

瘢痕妊娠的超声诊断策略

薛凤霞 董海伟

天津医科大学总医院 妇产科

近年来，随着剖宫产率的增加，瘢痕妊娠发病率逐年上升。瘢痕妊娠患者常表现为停经后不规则阴道出血，大多患者在发生子宫破裂等严重并发症之前临床症状轻微，临床表现无明显特异性，仅凭临床表现诊断困难。大多患者仅在早孕时行常规超声检查发现。因此，对于有剖宫产病史的患者再次妊娠时，行彩色多普勒超声检查是必要的。随着超声诊断水平的进步，可以早期、明确诊断，减少了难以控制的阴道出血或因子宫破裂而切除子宫的发生，也及时挽救了患者的生命。

超声检查可直观地提供子宫瘢痕及瘢痕妊娠的图像，为临床诊断提供有力证据。

剖宫产术后子宫瘢痕常表现为瘢痕处由黏膜层向浆膜层的楔形凹陷或三角形裂隙。

目前，大多数学者认为瘢痕妊娠表现为三种类型：

(1) 孕囊型：在子宫下段瘢痕部位可见典型的孕囊声像，不突向宫腔，孕囊与膀胱壁之间子宫肌层变薄或该处正常子宫肌层不连续。彩色多普勒超声于孕囊周边未测及血流信号或可测及低阻血流信号（图1）。

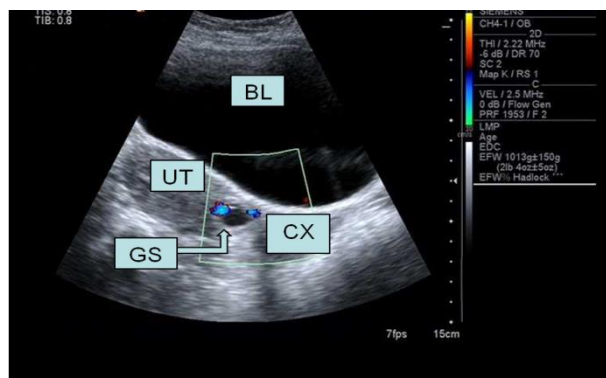


图1 患者，41岁，孕2产1，主因停经40⁺天，自测尿HCG(+)来院就诊。经腹超声，正中矢状切面发现孕囊位于子宫下段瘢痕部位，大小1.7 cm×1.5 cm，未见突向宫腔，彩

色多普勒提示孕囊周边点状血流，即孕囊型瘢痕妊娠（BL：膀胱，UT：子宫，CX：宫颈，GS：孕囊）

（2）孕囊部分位于宫腔型：一部分孕囊附着在瘢痕处，大部分孕囊位于剖宫产瘢痕上方的宫腔内或伸入宫颈管内，剖宫产瘢痕处子宫肌层变薄。彩色多普勒超声显示孕囊周边血流来源于子宫下段前壁肌层，肌层血流增加，血流显示越丰富，越能表现为典型的滋养层血流特征，即持续存在的高速低阻血流信号。此类型部分胚胎可能持续生长甚至成活儿出生(图2)。

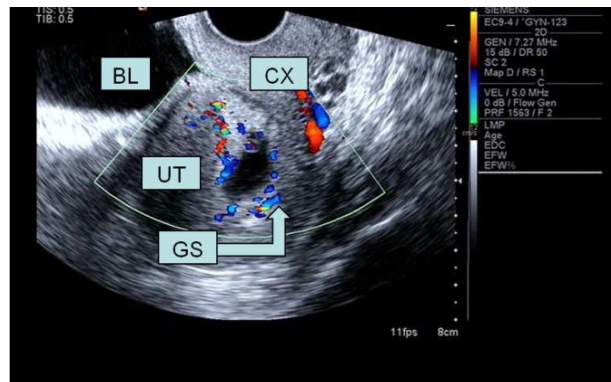


图2 患者41岁，孕2产1，主因停经60⁺天，下腹疼痛而入院就诊。经阴道超声，正中矢状切面显示孕囊种植于子宫下段瘢痕处，大部分孕囊位于子宫瘢痕上方的宫腔内，大小3.7 cm×1.8 cm，子宫下段瘢痕处肌层未见明显外突，彩色多普勒显示孕囊周边可见持续存在的血流信号，即孕囊部分位于宫腔型瘢痕妊娠（BL：膀胱，UT：子宫，CX：宫颈，GS：孕囊）

此型瘢痕妊娠超声表现不典型，应当更加重视，仔细观察孕囊种植部位与剖宫产瘢痕的关系，在妊娠早期做出正确诊断及合适分型，为临床医生的治疗提供充分信息。否则常规的清宫术不能清除伸入瘢痕处生长的绒毛，术后常有妊娠组织残留，导致患者持续性阴道出血，从而形成另一种瘢痕妊娠，即包块型瘢痕妊娠。

（3）包块型：子宫下段形态失常，前壁下段可见囊实性或实性混合回声包块，突向膀胱

胱,内部回声紊乱,系因前两种瘢痕妊娠清宫不全或不全流产后,残留的妊娠组织继续生长,与周围的血凝块共同形成。子宫前壁下段正常子宫肌层菲薄或消失,浆膜层连续性可见中断。彩色多普勒显示包块处有丰富的高速低阻血流频谱,病灶处常形成动静脉瘘。这一型瘢痕妊娠最容易误诊,病情最为凶险,超声医师及临床医生均应充分认识、足够重视,否则同样会导致大出血或子宫破裂的恶性结局(图3)。

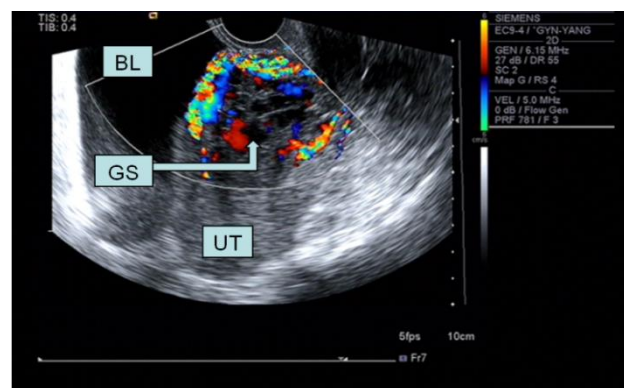


图3 患者41岁,孕2产1,外院清宫术后3个月因腹痛来我院就诊。经阴道超声,正中矢状切面显示子宫下段明显膨大,内部可见囊实性混合回声包块,约4.3 cm×3.1 cm,子宫下段瘢痕处肌层外突、菲薄,彩色多普勒显示周边可见较丰富血流信号,即包块型瘢痕妊娠(BL:膀胱,UT:子宫,GS:孕囊)

不同类型瘢痕妊娠应注意与不同疾病鉴别。

(1)孕囊型及孕囊部分位于宫腔型应进行以下鉴别:①难免流产妊娠囊下移至瘢痕处,妊娠囊周边未见明显丰富彩色血流信号,或在妊娠囊上方可见彩色血流信号,此时宫颈内口可见开放。超声检查可见孕囊变形,无胎心,横切孕囊位于宫颈中心;子宫前壁下段瘢痕部位肌层连续性完好,回声均匀;血 β -HCG水平下降明显。②着床于子宫下段后壁的妊娠囊,在妊娠囊的后方才可见丰富彩色血流信号。③宫内妊娠,孕囊上端位置较高,到达宫腔内,孕囊下端虽达宫腔下段,但仍距剖宫产瘢痕较远。而孕囊部分位于宫腔型瘢痕妊娠仍可见部分妊娠组织位于瘢痕处,彩色多普勒显示此处有特征性的高速低阻血流信号,若继续妊娠,

则容易形成植入胎盘。④宫颈妊娠，宫颈处球形膨大，宫颈管内可及妊娠囊或回声杂乱，横切妊娠囊为偏心囊状结构，彩色多普勒显示宫颈血流丰富，可见滋养层血流；宫颈内口闭合，外口扩张；剖宫产瘢痕处肌层回声均匀，未见变薄征象；瘢痕妊娠则显示宫颈正常或宫颈内口可见扩张，宫颈外口闭合。⑤子宫动静脉瘘，子宫下段肌层呈不均质回声改变，血流信号丰富，但血、尿 HCG 均为阴性。

(2) 包块型瘢痕妊娠的患者应进行以下鉴别：①恶性滋养细胞疾病，可有或无剖宫产病史，其包块可位于子宫的任何部位，超声表现为子宫增大，肌层弥漫回声不均，呈“蜂窝状”无回声区，肌层血流信号异常丰富，可记录到极低阻力的动脉性频谱，找到动静脉瘘性频谱则有特异性；血 β -HCG 也异常升高；包块型瘢痕妊娠剖宫产病史明确，包块通常位于子宫下段，与剖宫产瘢痕关系密切。②肌瘤变性，瘤体旋涡状结构消失，内部回声多样化，血流频谱多呈高阻力型，需结合妊娠史及血 β -HCG 判断。

对于曾有剖宫产病史的患者发现再次妊娠时，应该常规进行超声检查。目前推荐经腹超声与经阴道超声联合检查：充盈膀胱后，经腹超声检查盆腔内子宫及双侧附件区情况，并仔细观察子宫前壁下段与膀胱的关系；然后嘱患者排尿后行经阴道超声检查，评估孕囊与剖宫产术后瘢痕的关系，细致观察孕囊大小、形态、内部回声及孕囊附着处子宫肌层厚度以及是否存在肌层缺如，其中矢状位长轴切面最有助于确定孕囊与瘢痕的位置关系。也可运用三维彩色能量多普勒超声定量检测瘢痕妊娠微循环参数，结合其他辅助检查，为该疾病的临床诊疗提供有价值的信息。

总之，瘢痕妊娠是一种少见且潜在危险性较大的异位妊娠，超声早期、正确诊断及临床及时、恰当处理对患者意义重大。经腹超声联合经阴道超声检查是早期诊断瘢痕妊娠的首选方法，是不可替代的。