

- 报,2012,18(3):378-380,383.
- 20 肖映波.保留肋骨经胸膜外前方入路病灶清除植骨融合华氏钢板固定治疗胸椎结核[J].职业卫生与病伤,2004,19(3):242.
- 21 张会军,朱昌生.脊柱结核手术入路的研究现状[J].长治医学院学报,2013,27(4):317-320.
- 22 张鹏翼,于沈敏,蔡兵,等.椎旁肌间隙入路与传统后正中入路治疗胸腰段椎体骨折的比较研究[J].脊柱外科杂志,2013,11(2):72-74.
- 23 苗强,魏虎,刘炎琴.经椎弓根入路治疗胸腰椎结核[J].延安大学学报(医学科学版),2010,8(1):29-30.
- 24 Menard D, Pecarrere JL, Ramarosan F. Extra-pulmonary tuberculosis in Antananarivo. Principal localizations and biological diagnosis [J]. Arch Inst Pasteur Madagascar, 1995, 62(1):77-82.
- 25 Ando K, Imagama S, Wakao N. Single-stage removal of thoracic dumbbell tumors from a posterior approach only with costotransversectomy [J]. Yonsei Med J, 2012, 53(3):611-617.
- 26 Wiltse LL, Bateman JC, Hutchinson RH, et al. The paraspinal sacrospinal approach to the lumbar spine [J]. J Bone Joint Surg Am, 1968, 50(5):919-926.
- 27 陈晓晓,尚平,温月凤,等.椎旁肌间隙入路与传统后正中入路在胸腰椎后路手术中的应用比较[J].中国脊柱脊髓杂志,2012,22(10):925-930.
- 28 Arnold PM, Anderson KK, McGuire RA Jr. The lateral transposas approach to the lumbar and thoracic spine: a review [J]. Surg Neurol Int, 2012, 3(Suppl 3):s198-s215.
- 29 Le Huec JC, Lesprit E, Guibaud JP, et al. Minimally invasive endoscopic approach to the cervicothoracic junction for vertebral metastases: report of two cases [J]. Eur Spine J, 2001, 10(5):421-426.
- 30 Picetti GD 3rd, Pang D, Bueff HU. Thoracoscopic techniques for the treatment of scoliosis: early results in procedure development [J]. Neurosurgery, 2002, 51(4):978-984.
- 31 Visocchi M, Masferrer R, Sonntag VK, et al. Thoracoscopic approaches to the thoracic spine [J]. Acta Neurochir (Wien), 1998, 140(8):737-743.

[收稿日期 2015-09-10][本文编辑 谭毅 刘京虹]

新进展综述

剖宫产瘢痕妊娠的临床研究进展

梁婵玉(综述), 谭毅(审校)

作者单位: 547000 广西,河池市人民医院妇产科

作者简介: 梁婵玉(1980-),女,研究生学历,主治医师,研究方向:产科疾病的诊治。E-mail:liangchanyu0904@163.com

[摘要] 剖宫产瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是一种比较少见的异位妊娠,随着剖宫产率的增加,其发生率呈现了增长的趋势,并引起了产科医师的关注。该文对其临床研究的进展情况作一简要的介绍。

[关键词] 剖宫产瘢痕妊娠; 异位妊娠; 治疗

[中图分类号] R 714.2 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2016)02-0181-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.02.30

Clinical research of cesarean scar pregnancy LIANG Chan-yu, TAN Yi. Department of Gynecology, the People's Hospital of Hechi City, Guangxi 547000, China

[Abstract] Cesarean scar pregnancy (CSP) is a relatively rare ectopic pregnancy. With the increase of cesarean section rate, the incidence of CSP shows a growing trend, which causes the attention of the obstetricians. In this paper, the progress of its clinical research is reviewed.

[Key words] Cesarean scar pregnancy (CSP); Ectopic pregnancy; Treatment

剖宫产瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是指受精卵着床种植于剖宫产术后子宫瘢痕处的一种少见的异位妊娠。CSP于1978年由Larsen等^[1]首先报道。但是,当时并未引起医学界的重视。随着剖宫产率的增高,CSP的发生率也呈现了上升的趋势,由独家医院所报道的CSP病例数也由几例增

加至几十例,甚至百例以上^[2-5]。目前,CSP已成为产科医师所关注的热点课题。CSP若不能及时诊断并采取合理的措施进行处理,将会发生难以控制的大出血,甚至切除子宫,危及患者的生命。国内医疗管理部门对CSP也很重视。为了提高CSP的诊疗水平,中华医学会计划生育学分会参考国内外相关

文献,制定了《CSP 诊断与治疗共识》^[6],以供医学界参考。近年来国内外学者对 CSP 的研究已取得了一些成果,本文仅就 CSP 的临床研究进展情况作一简要的综述。

1 流行病学

鉴于目前未有诊断 CSP 的统一标准,因此,CSP 的确切发生率未能确定。据文献的不完全统计,国外报道 CSP 发生率为 1:1 800 ~ 1:2 216,占异位妊娠的 6.1%^[7,8];国内报道 CSP 发生率为 1:1 368,占异位妊娠的 1.1%^[9]。总体而言,近年来文献报道的 CSP 例数不断增加,其发生率呈现逐渐升高的趋势,究其原因,可能与剖宫产率逐渐增高,辅助生殖技术的推广使用,临床医师对 CSP 认识提高,超声诊断水平提高及磁共振成像的使用等因素有关。近年来,有研究者观察到,少数 CSP 患者出现再次 CSP 即复发性剖宫产瘢痕妊娠(recurrent cesarean scar pregnancies, RCSP)的情况^[10,11],个别连续出现 4 次 CSP^[12];也有报道出现宫内妊娠合并剖宫产瘢痕妊娠(heterotopic cesarean scar pregnancy, HCSP)的情况^[13];这些情况比较特殊,由于发生率低,至今仍未有标准的治疗方案。

2 发病机制

目前,CSP 的发病机制未清楚,可能为受精卵通过子宫内膜和剖宫产瘢痕间的微小腔道着床在瘢痕组织中,其后胚囊由瘢痕组织的肌层和纤维组织包绕,完全与子宫腔隔离。目前认为,除剖宫产外,其他子宫手术如刮宫术、肌瘤切除术及子宫子宫镜手术等也可形成子宫内膜和剖宫产瘢痕间的微小腔道。瘢痕组织中胚囊可继续发育、生长,但有自然破裂而导致大出血的危险。胚囊滋养细胞也可能穿透子宫下段瘢痕组织,胚囊落入腹腔继续生长,形成腹腔妊娠^[14]。

3 临床的分型

由于采用的标准不同,目前 CSP 分型有多种。目前采用较多的是 Vial 等提出的分型:一种是内生型(Vial-I 型),胚囊种植在前次剖宫产切口的瘢痕处,但整体朝向宫腔生长,有继续妊娠的可能,但常常至中、晚期发生胎盘植入及严重出血等并发症。另一种是外生型(Vial-II 型),胚囊完全种植在瘢痕缺损处并朝向膀胱及腹腔生长,孕早期即发生出血甚至子宫破裂,危险性极大^[6,15]。

4 临床表现

CSP 临床表现无明显特异性,其临床表现因胚囊种植深浅和胚胎发育情况而有所不同。患者可有

以下主要表现:(1)早孕反应。与宫内妊娠早孕反应相似。(2)阴道出血。约一半患者以阴道出血就诊,可表现为停经后阴道出血淋漓不断,或一开始即为突然大量出血,甚至休克;人工流产术中大量出血不止,甚至休克,或术后出血持续不断或突然增加;药物流产后阴道出血持续不净或突然增加,行清宫手术时发生大出血。大多数患者无腹痛,少数为轻微腹痛。如短时间出血较多,可出现失血性休克症状。大多数无特殊体征,个别病例妇科检查时发现子宫峡部膨大^[4,6]。

5 影像学及实验室检查

5.1 影像学检查 由于 CSP 临床表现无明显特异性,因此,超声特别是经阴道彩超检查等辅助检查显得尤为重要。经阴道彩超检查对 CSP 诊断的准确率可达到约 85%。于晓兰等^[4]总结 100 例 CSP,92 例通过经阴道彩超检查得到确诊,诊断敏感性达 93%。超声显像主要特点:子宫腔与颈管内未见胚囊;子宫峡部前壁瘢痕处见胚囊附着或不均质团块;瘢痕处肌层连续性中断,肌层变薄,与膀胱间隔变窄。彩色多普勒血流显像(CDFI)显示胚囊或不均质团块周围可见高速低阻血流信号,阻力指数(RI)一般 < 0.4 ~ 0.5。CDFI 与 B 超显像配合有助于明确诊断并指导治疗^[6]。对于诊断困难的 CSP,必要时可通过磁共振、宫腔镜以及腹腔镜等协助诊断。

5.2 实验室检查 临床上血 β -人绒毛膜促性腺激素(β -hCG)测定有助于妊娠的诊断,但无助于 CSP 的诊断,主要用于指导治疗方法的选择和监测治疗效果。

6 治疗

一般认为,CSP 的治疗目标为终止妊娠、去除病灶、保障患者的安全。原则为尽早发现,尽早治疗,减少并发症,避免期待治疗和盲目刮宫。应根据患者年龄、病情、超声显像、血 β -hCG 水平以及对生育的要求等,制定个性化的治疗方案^[6]。目前 CSP 的治疗方法主要包括药物治疗、手术治疗和子宫动脉栓塞术(UAE)治疗等。

6.1 药物治疗 治疗 CSP 的最常用药物是甲氨蝶呤(methotrexate, MTX)。MTX 是一种二氢叶酸还原酶抑制剂,可通过抑制体内四氢叶酸的生成,使 DNA 的生物合成受阻,从而抑制滋养细胞增生,破坏绒毛,使胚胎组织坏死、脱落和吸收。其应用指征尚无一致意见,一般认为可用于以下情况:一般情况良好,无明显腹痛,无持续或大量活动出血;血 β -hCG < 5 000 IU/L;超声示妊娠包块 < 4 cm,未见心

管搏动;患者要求保留生育能力,不愿手术;无肝、肾、血液系统合并症及相关用药禁忌证者。MTX 治疗 CSP 有全身给药、局部给药及联合给药三种途径。全身给药一般为肌肉注射。MTX 单次给药剂量为 50 mg/m^2 ,效果不明显者可于1周后重复用药1次;连续给药 MTX 的剂量为 1 mg/kg ,第1、3、5、7天各肌肉注射1次;四氢叶酸 0.1 mg/kg ,于第2、4、6、8天各肌肉注射1次,10 d后血 $\beta\text{-hCG}$ 下降 $< 50\%$ 者可再行第2个疗程。局部给药是经超声引导下妊娠囊内局部注射 MTX,其剂量视具体情况而定。联合给药有多种方案,目前报道的有全身 MTX 联合米非司酮、全身 MTX 联合局部 MTX、全身 MTX 联合局部氯化钾、全身 MTX 联合局部高渗葡萄糖等。从目前报道的情况来看,MTX 在治疗 CSP 方面确有较好的疗效^[2,16-20]。

6.2 手术治疗

6.2.1 清宫术 由于剖宫产瘢痕处组织薄弱,收缩性差,清宫术时易致子宫穿孔、大出血,可危及患者的生命,故一般不主张应用。有条件的医院在做好充分抢救的情况下,可根据患者的具体病情选择性地谨慎使用,并需术前告知患者并签署知情同意书。

6.2.2 宫腔镜手术 主要适用于以下情况:患者生命体征平稳,无相关手术禁忌证;内生型 CSP;妊娠囊直径较小;血 $\beta\text{-hCG}$ 值较低者。此术对 CSP 有较好的疗效。杨清等^[21]应用宫腔镜手术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠64例,结果63例 CSP 患者采用超声监测下宫腔镜 CSP 病灶切除术,1例采用腹腔镜监测下宫腔镜 CSP 病灶切除术,均收到了良好的治疗效果。目前认为,宫腔镜下 CSP 病灶切除术是一种安全有效治疗 CSP 的微创方法,尤其适用于内生型 CSP。

6.2.3 腹腔镜手术 腹腔镜下 CSP 病灶切除术至今未有统一的手术指征。目前认为这种手术适用于诊断明确而且生命体征平稳的患者。临床研究表明,这种方法对具有上述适应证的患者具有较好的疗效。王克芳等^[22]对13例 CSP 行腹腔镜下 CSP 病灶切除术,手术顺利,患者术后3~5 d出院,血 $\beta\text{-hCG}$ 于术后1~3周恢复正常,术后2个月所有患者均恢复月经,无不规则阴道出血。

6.2.4 宫、腹腔镜联合手术 目前认为宫、腹腔镜联合手术的适应证主要包括(1)具有腹腔镜手术指征者。(2)I型 CSP,妊娠囊直径较大时。(3)I、II型 CSP 经预处理后,妊娠囊缩小不明显。(4)可疑 CSP 破裂,但患者生命体征平稳。(5)妊娠囊周

围血流丰富。(6)子宫下段瘢痕与周围组织粘连或合并盆腔炎性疾病后遗症等^[23]。临床研究表明,这种联合手术对 CSP 患者有较好的疗效。骆亚平等^[24]应用这种联合手术治疗8例外生型 CSP 患者,所有患者均治疗成功,无一例需要输血,也无并发症发生。

6.2.5 经阴道手术 目前尚无统一的经阴道 CSP 病灶切除术的手术适应证。目前一般认为,患者需同时满足以下条件:无阴式手术禁忌证包括无阴道狭窄、阴道畸形及阴道炎等;妊娠时间 < 10 周;妊娠包块 $\leq 6 \text{ cm}$ 。临床研究表明,这种手术治疗 CSP 有较好的效果。单莉莉等^[25]的研究表明,这种手术治疗 CSP 的效果优于 UAE 的治疗效果。

6.3 子宫动脉栓塞术治疗 UAE 能迅速、有效止血,联合超声监护下清宫是目前首选的治疗 CSP 保全子宫行之有效的方法,几乎适用于所有 CSP 患者,其效果优于单纯 MTX 治疗后清宫。此方法创伤小、安全、快捷,适用于具备血管介入治疗条件的医院。清宫术最好在 UAE 后3 d内进行,术中尽量清除胎囊绒毛,加快病变的吸收。此外,一些学者报道 UAE 可与 MTX 联合应用,即术前或术后肌肉注射 MTX 或在行 UAE 前将 MTX 注入双侧子宫动脉内,可保留患者生育功能,也是治疗 CSP 的一种安全有效方法。目前的临床研究表明,这种方法治疗 CSP 有较好的效果^[25-28]。

7 结语

综上所述,随着剖宫产率的增加,CSP 发生率逐年增加。目前,其发病确切机制还不完全清楚。如未能对 CSP 作出早期诊断并及时正确的治疗,将会造成漏诊或治疗不恰当,导致大出血甚至子宫切除等严重后果。由于缺乏大样本的研究,CSP 的治疗方案尚未统一,故目前只能根据患者的具体病情采用恰当的个体化治疗方案。对于高危人群应加强筛查,以便早期明确诊断,选择及时、适当的治疗方法,取得更好的治疗效果。

参考文献

- 1 Larsen JV, Solomon MH. Pregnancy in a uterine scar sacculus—an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report [J]. S Afr Med J, 1978, 53(4): 142-143.
- 2 Muraji M, Mabuchi S, Hisamoto K, et al. Cesarean scar pregnancies successfully treated with methotrexate [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2009, 88(6): 720-723.
- 3 Wang JH, Xu KH, Lin J, et al. Methotrexate therapy for cesarean section scar pregnancy with and without suction curettage [J]. Fertil

- Steril, 2009, 92(4):1208-1213.
- 4 于晓兰, 张楠, 左文莉. 剖宫产瘢痕妊娠 100 例分析[J]. 中华医学杂志, 2011, 91(45):3186-3189.
 - 5 Wang Q, Peng HL, He L, et al. Reproductive outcomes after previous cesarean scar pregnancy: follow up of 189 women[J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2015, 54(5):551-553.
 - 6 中华医学会计划生育学分会. 剖宫产瘢痕妊娠诊断与治疗共识[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(25):1731-1733.
 - 7 Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment cesarean section scar[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2003, 21(3):220-227.
 - 8 Seow KM, Huang LW, Lin YH, et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2004, 23(3):247-253.
 - 9 任彤, 赵峻, 万希润, 等. 剖宫产瘢痕妊娠的诊断及处理[J]. 现代妇产科进展, 2007, 16(6):433-436.
 - 10 Nguyen-Xuan HT, Lousquy R, Barranger E. Diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy[J]. Gynecol Obstet Fertil, 2014, 42(7-8):483-489.
 - 11 欧阳振波, 苏欢欢, 张秋实, 等. 复发性剖宫产术后子宫瘢痕妊娠一例报告并文献复习[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(4):298-299.
 - 12 Gupta S, Pineda C, Rubin S, et al. Four consecutive recurrent cesarean scar pregnancies in a single patient[J]. J Ultrasound Med, 2013, 32(10):1878-1880.
 - 13 种轶文, 马彩虹. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠合并宫内妊娠一例[J]. 中华妇产科杂志, 2013, 48(5):397.
 - 14 封有吉, 沈铿, 主编. 妇产科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社, 2012:76.
 - 15 Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2000, 16(6):592-593.
 - 16 纪新强. 甲氨蝶呤和米非司酮联合治疗非破裂型输卵管妊娠[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17(5):299-300.
 - 17 李艳梅. 甲氨蝶呤妊娠囊内注射与肌内注射治疗胚囊型剖宫产瘢痕妊娠的疗效对照分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2015, 2(4):120-121.
 - 18 王艳辉. 米非司酮联合甲氨蝶呤治疗剖宫产瘢痕妊娠[J]. 中国实用医刊, 2015, 42(20):43-44.
 - 19 Kutuk MS, Uysal C, Dolanbay M, et al. Successful medical treatment of cesarean scar ectopic pregnancies with systemic multidose methotrexate: single-center experience[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2014, 40(6):1700-1706.
 - 20 梁宝权, 郑艾, 李春梅. 203 例剖宫产瘢痕妊娠的临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2011, 27(5):391-393.
 - 21 杨清, 朴曙花, 王光伟, 等. 宫腔镜手术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠 64 例临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 2010, 45(2):89-92.
 - 22 王克芳, 王菊荣, 李斌. 腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠[J]. 中国微创外科杂志, 2011, 16(6):496-497, 501.
 - 23 段华, 孙馥菁. 内镜在剖宫产瘢痕妊娠诊治中的应用[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(4):249-252.
 - 24 骆亚平, 王彦龙, 杨丽. 宫腹腔镜联合诊治剖宫产术后子宫瘢痕妊娠 8 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2012, 28(12):1070-1071.
 - 25 单莉莉, 乐爱文, 肖天慧, 等. 经阴道子宫下段切开取胚与子宫动脉栓塞术治疗剖宫产瘢痕妊娠的比较性研究[J]. 中国微创外科杂志, 2013, 13(7):611-613.
 - 26 朱冬梅, 杜春彦, 王洁华. 子宫动脉栓塞联合清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠的临床观察[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(15):3499-3500.
 - 27 张秀军. 子宫动脉栓塞联合宫腔镜治疗剖宫产瘢痕妊娠的临床分析[J]. 现代养生, 2015, (4):131-132.
 - 28 韩红敬, 刘媛琴, 关菁, 等. 子宫动脉栓塞联合宫腔镜治疗剖宫产瘢痕妊娠 42 例临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2012, 13(6):405-408.

[收稿日期 2015-11-30][本文编辑 谭毅 吕文娟]

书写文稿摘要、关键词和作者简介的要求

根据国家新闻出版广电总局发出的(1999)17号文件精神,人编正式期刊要执行《中国学术期刊(光盘版)检索与评价数据规范》,为此,来稿中请书写摘要、关键词和作者简介。论著摘要采用结构式摘要,内容包括目的、方法、结果、结论,“四要素”连排,不分段。其他文体可采用报道指示性摘要。摘要均用第三人称写法。关键词尽可能选用《医学索引》(Index Medicus)的医学主题词表(MeSH)中的词语。重点文稿还须增加英文摘要及关键词。作者简介包括姓名、出生年、性别、学历、学位、职称、研究方向(任选)等。

参考文献中英文作者姓名的著录方法

医学期刊的论文中,引用英文文献的比例很高,但有不少作者将英、美人的姓名搞错,以至用光盘核对时出现错姓、错名或姓名全错。英、美人姓名的习惯写法是:“名”可以有1个、2个或3个,但“姓”只有一个。姓是不可以简写的;“名”可以缩写,第一个字母大写,不用缩写点。

例如:John Quincy Public 写为 Public JQ

· 本刊编辑部 ·