

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2019.24.026
文章编号: 1005-8982 (2019) 24-0123-04

临床报道

经阴道彩超诊断剖宫产瘢痕部位妊娠的临床意义

符声玉, 龙璨

(湖南省妇幼保健院 超声科, 湖南 长沙 410008)

摘要: **目的** 探讨剖宫产术后前壁下段切口妊娠的早孕期经阴道彩超声像图特征。**方法** 回顾性分析2018年1月—2018年6月湖南省妇幼保健院收治剖宫产瘢痕部位妊娠患者178例。彩超重点观察子宫纵切面孕囊位置、孕囊下缘高回声距离前壁浆膜层最近距离及孕囊周边血流情况, 对其声像图特点进行归纳总结。**结果** 声像图特征表现为大部分位于子宫前壁下段型、大部分位于宫腔型、位于宫腔中下段及前壁下段混合型 and 大部分位于宫颈型。确诊176例, 误诊2例, 术前超声诊断与术后诊断符合率约98.9%。**结论** 经阴道彩超对剖宫产瘢痕部位妊娠诊断符合率高, 检查省时、直观, 对临床手术方式的选择起重要的指导价值, 并在追踪观察治疗效果时具有重要意义。

关键词: 妊娠, 异位; 剖宫产术; 超声检查

中图分类号: R719.8; R445.1

文献标识码: B

剖宫产瘢痕部位妊娠是指孕囊着床于子宫前壁下段的剖宫产疤痕处凶险的异位妊娠, 发生率为0.45%^[1]。剖宫产瘢痕部位妊娠的早期临床症状无特异性, 与早孕、难免流产、宫外孕及先兆流产等临床表现相似或交叉相同, 鉴别诊断较为困难。剖宫产瘢痕部位妊娠孕早期处理不当可危及患者生命或导致子宫切除, 孕晚期可发生前置胎盘或胎盘植入。产妇生产产程中易造成子宫破裂^[2-4], 分娩完后易发生胎盘不娩出或胎盘剥离面大出血。因此, 对该病的早期诊断及早期治疗极为关键。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析2018年1月—2018年6月湖南省妇幼保健院收治剖宫产瘢痕部位妊娠患者178例。患者均有剖宫产史(122例1次, 56例2次), 年龄21~48岁, 平均33.4岁; 孕次2~10次, 平均4.4次; 从前次剖宫产至此次剖宫产瘢痕部位妊娠的间隔时间5个月~19年, 平均6.7年; 停经38d~11个月(其中1例垂体泌乳素高11个月+未来月经并恶心呕吐来检查)。测血人绒毛膜促性腺激素(human chorionic

gonadotropin, HCG)升高, 59~265 033 mIU/ml, 平均43 348 mIU/L, 临床表现: 109例阴道不规则流血或仅1次流血(61.2%), 2例引产后阴道流血不净, 4例下腹痛, 4例早孕清宫后阴道流血不净, 6例阴道流血并腹痛; 53例以临床诊断早孕无任何不适症状就诊(29.8%)。来院检查的部分患者已在外院做过超声检查。其中, 外院误诊宫内早孕8例, 误诊切口假腔1例。误诊宫内早孕病例中有1例患者宫内放置节育器, 本院超声发现宫内节育器位置偏移。所有患者病例资料追踪手术或病理结果。

1.2 方法

使用彩色多普勒超声仪(荷兰PHILIPS公司, iU22、Affiniti50型)、(美国GE Volusion E6、E10、730型)及(德国SIEMENS公司, 2000型), 阴道探头频率3~9 MHz, 检查前均排空膀胱(≥ 30 min要求再排尿1次), 充分暴露外阴部并采取膀胱截石位, 双手抱膝盖并使膝盖尽量贴近胸口, 阴道探头套一次性避孕套, 常规扫查子宫及双附件区。当发现孕囊时常规问诊是否有过剖宫产史, 当可疑剖宫产瘢痕部位妊娠时, 仔细观察子宫正中切面孕囊位置, 测量并记录孕囊下缘高回声距离前壁浆膜层的最近距离及孕囊下缘高回

收稿日期: 2019-06-17

[通信作者] 龙璨, E-mail: 404833900@qq.com; Tel: 18900746775

声距离宫颈内口的最近距离、运用彩色多普勒观察并记录孕囊周边血流情况。

2 结果

2.1 临床结果与超声诊断结果

178 例患者中, 彩超正确诊断剖宫产瘢痕部位妊娠 176 例, 其中 1 例彩超误诊为不全流产, 另 1 例彩超误诊为峡部妊娠。超声诊断与临床符合率为 98.9%, 敏感性为 98.9%, 漏诊率为 1.1%。

2.2 临床治疗追踪

所有患者给予甲氨蝶呤和米非司酮联合用药, 178 例患者中 117 例患者进行静脉麻醉下宫腔镜清宫术, 术后再次收入院者 2 例; 38 例进行子宫动脉栓塞术联合静脉麻醉下宫腔镜清宫术, 术后再次收入院者 1 例; 7 例进行静脉麻醉下清宫术; 6 例进行开腹手术 (3 例子宫下段胎物向外膨隆, 其前方未见肌层组织, 2 例子宫下段胎物前方未见肌层组织, 1 例因胎物前方肌层 0.07 cm 行子宫动脉栓塞术联合阴式剖宫产疤痕病灶清除术, 因病灶位置太高切除困难转为开腹手术), 5 例进行子宫动脉栓塞术联合阴式剖宫产疤痕病灶清除术 (4 例剖宫产疤痕部位妊娠物达浆膜层, 1 例肌层厚 0.11 cm)。4 例进行腹腔镜剖宫产剖宫产疤痕部位妊娠病灶清除术及宫腔镜检查术 (1 例因宫腔镜清宫术失败再次入院胎物达浆膜层下; 1 例胎物位于切口内并向外膨隆, 前方肌层约 0.06 cm, 1 例外院误诊宫内早孕清宫术中大出血转至本院, 胎物向外膨隆, 未见正常肌层; 1 例胎物前方肌层约 0.1 cm)。1 例阴式剖宫产疤痕病灶清除术 (外院误诊为宫内早孕清宫术后流血 >20 d)。没有子宫切除患者。

2.3 超声诊断分型

声像图特征表现为大部分位于子宫前壁下段型 33 例 (18.5%), 大部分位于宫腔型 47 例 (26.4%), 位于宫腔中下段 94 例 (52.8%) 及前壁下段混合型, 大部分位于宫颈型 4 例 (2.2%)。

2.4 剖宫产瘢痕部位妊娠声像图特征

大部分位于子宫前壁下段型切口妊娠的声像图特征 33 例, 典型超声特征为宫腔内及宫颈管腔内均未见孕囊回声, 宫腔内可见内膜样高回声厚约 0.30 ~ 1.23 cm 或液暗区夹有光斑光点厚约 0.48 ~ 1.70 cm。①早早孕型: 超声表现为宫颈内外口紧闭, 子宫前壁下段内可见一液暗区, 周边回声增强, 类似双环征表现, 液暗区前缘达子宫前壁下段 (相

当于切口处), 下缘靠近或达宫颈内口, 其内未见卵黄囊及胚芽声像, 液暗区平均经线 >1.0 cm。彩色多普勒血流成像 (color doppler bloodflow imaging, CDFI): 周边见点状及短条状血流信号或无血流信号 (见图 1)。②孕囊型: 此型典型超声表现为子宫前壁下段内可见一孕囊, 边界尚清、尚规则, 张力可, 其内可见卵黄囊和 / 或胚芽声像, 活胚时胚芽内可见心管搏动, 孕囊前缘高回声距离子宫前壁下段 (相当于切口处) 最近距离 0.0 ~ 0.4 cm, CDFI: 孕囊周边的血流信号大部分来自宫前壁下段 (见图 2)。③流产型: 典型声像图特征是子宫前壁下段内探及不均匀区, 内为稍高回声夹有液暗区, 其部分轮廓凸出于子宫轮廓之外, 前缘距离前壁下段浆膜层最近距离约 0.28 cm。CDFI: 不均匀区内及周边的血流信号主要来自于宫前壁中下段 (见图 3)。

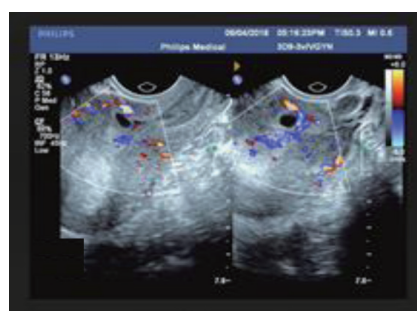


图 1 早早孕型剖宫产瘢痕部位妊娠

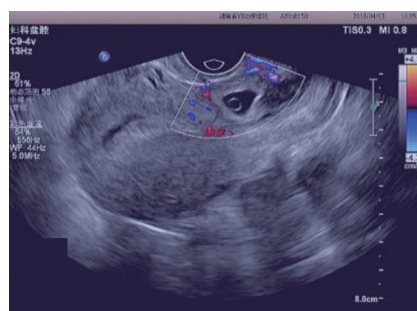


图 2 孕囊型剖宫产瘢痕部位妊娠

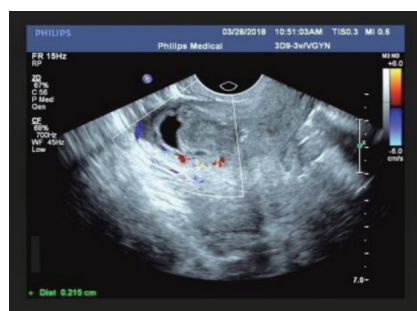


图 3 流产型剖宫产瘢痕部位妊娠

大部分位于宫腔型剖宫产瘢痕部位妊娠的声像图特征。47 例, 其停经时间较长, 典型超声表现为孕囊较大, 尤其较长, 部分孕囊内可见卵黄囊和 (或) 胚芽声像, 活胎时可见心管搏动, 孕囊下缘高回声达宫颈内口, 孕囊前缘高回声距离子宫前壁下段 (相当于切口处) $0.00 \sim 0.55$ cm。CDFI: 孕囊周边血流信号主要来自子宫前壁中下段 (见图 4)。宫腔内可见一孕囊, 孕囊下段呈狭长状, 牵拉向下至子宫前壁下段前次的剖宫产瘢痕部位, 部分病例子宫长轴矢状切面孕囊中下段前后壁的高回声合并在一起呈现一种“被”牵拉向下指向瘢痕部位的僵硬感 (见图 5)。此时检查者若不仔细甄别, 极易误认为是宫腔内妊娠。另外一种情况 (见图 6), 子宫正中纵切面孕囊形态表现为类 8 字形, 孕囊两端较圆顿, 中间较窄周边的高回声贴合在一起。

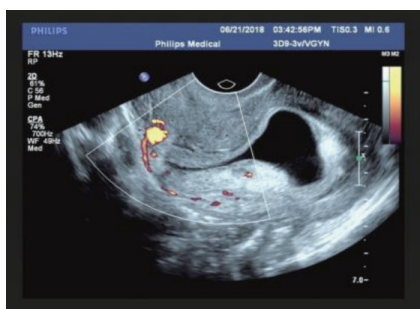


图 4 孕囊下段呈狭长状

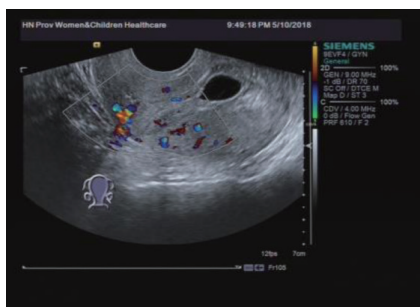


图 5 孕囊中下段高回声贴合在一起

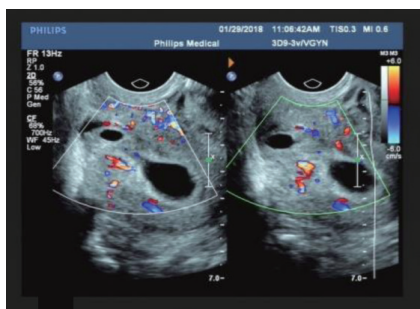


图 6 孕囊中段高回声贴合在一起孕囊呈类 8 字形

混合型剖宫产瘢痕部位妊娠的声像图特征 94 例 (见图 7), 典型表现为宫腔中 / 下段及宫前壁下段 (相当于切口处) 可见一孕囊, 孕囊周边高回声下缘达宫颈内口, 前缘距前壁下段 (相当于切口处) 浆膜层最近距离 $0.00 \sim 0.44$ cm。CDFI: 孕囊周边血流信号主要来自子宫前壁中下段。另外一种情况 (见图 8) 表现为宫腔下段及宫前壁下段 (相当于切口处) 可见不均匀区, 其内可见杂乱分布的稍高回声、低回声及液暗区, 其前方可见变薄的子宫肌层组织, 甚至部分不均匀区前缘局部达浆膜层下。CDFI: 不均匀区周边血流信号较丰富, 其内未见明显血流信号或仅见较少血流信号。

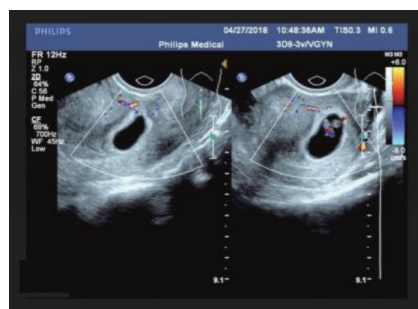


图 7 孕囊位于宫腔中下段及前壁下段

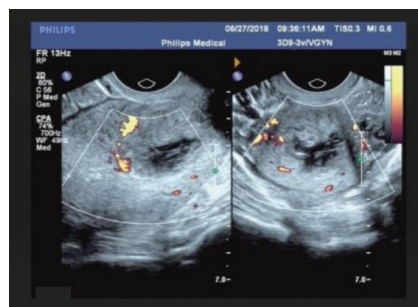


图 8 不均质回声区位于宫腔中下段及前壁下段

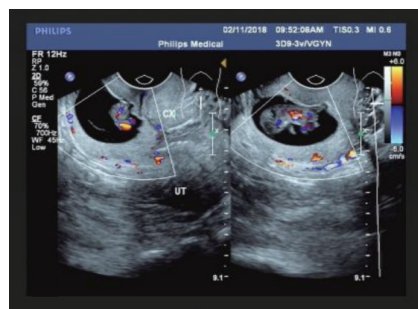


图 9 孕囊大部分位于宫颈内

囊及胚芽声像,宫腔内可见内膜样回声。CDFI:孕囊周边的血流信号主要来自于宫前壁下段。

3 讨论

剖宫产瘢痕部位妊娠是指孕囊的绒毛着床于子宫前壁下段前次剖宫产瘢痕部位危险的特殊类型的异位妊娠,占所有异位妊娠的 6.1%^[5]。国外 GODIN 等^[6]对早期剖宫产瘢痕部位妊娠的 B 超影像标准如下:①宫腔内及宫颈管无典型孕囊;②孕囊种植于子宫前壁峡部;③孕囊前缘与膀胱壁间的宫壁肌层组织菲薄。目前认为,可能与剖宫产术后子宫切口愈合不良有关。孕囊着床后因蜕膜缺损或缺陷而致绒毛易植入子宫肌层;多次宫腔手术史导致子宫内膜及肌层损伤,感染概率增加,使受精卵产生趋化作用易于着床于子宫切口处,本组 178 例患者中有 93 例有 ≥ 2 次人流史较支持这一观点。

早早孕型需与切口憩室及宫颈腺囊肿鉴别:其中切口憩室一般呈形态欠规则类三角形、漏斗形或管形^[7],无明显张力,与宫腔相通。宫颈腺囊肿一般表现为椭圆形液暗区,边界清晰,壁薄,张力好,后壁回声增强。但后两者均无 HCG(+),均无液暗区周边回声增强。大部分位于宫腔型剖宫产瘢痕部位妊娠均需与宫内正常妊娠鉴别,后者孕囊早孕期一般位于宫腔中上段,形态规则,孕囊长径相对前后径未见那么冗长。混合型剖宫产瘢痕部位妊娠中不均质型需要与剖宫产术后复查所见的子宫切口血肿鉴别,后者血肿周边及内血流信号均不明显。大部分位于宫颈型剖宫产瘢痕部位妊娠需要与宫颈妊娠鉴别:宫颈妊娠多表现为宫颈管向外膨大,宫颈管腔内可见孕囊但宫颈内口多关闭,孕囊多不超过宫颈内口,剖宫产瘢痕部位处

血流信号可不丰富。

本组误诊 1 例为不全流产,系接诊医师只问诊到患者近期在外院有过人流史,而没有详细问诊到患者有过剖宫产史。另 1 例误诊为峡部妊娠,系孕囊周边的血流信号主要来自宫后壁下段,而宫腔镜术中临床医师发现剖宫产瘢痕部位见孕囊组织。

综上所述,对停经患者行超声检查,均应询问有无剖宫产史;尤其合并阴道流血症状者,应尽早确定孕囊着床部位,切记盲目清宫。临床医师可根据超声医师的提示选择最佳的手术方式,能减少再次手术,甚至最大限度地避免子宫切除术,保留患者的生理生育功能。

参 考 文 献:

- [1] 孙秋蕾,颜苹.彩色多普勒超声诊断子宫切口妊娠的临床价值[J].临床超声医学杂志,2013,15(3):208-209.
- [2] 申恒春.剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠 93 例分娩方式探讨[J].实用妇产科杂志,2013,29(3):234-236.
- [3] ÇAKIR GUNGÖR A N, OGUZ S, HACIVELIOĞLU S, et al. Predictive value of striae gravidarum severity for intraperitoneal adhesions or uterine scar healing in patients with previous caesarean delivery[J]. Matern Fetal Neonatal Med, 2014, 27(13): 1312-1315.
- [4] 高丽欣,刘群.瘢痕子宫再次剖宫产的并发症分析[J].中国全科医学,2012,15(23):2709-2711.
- [5] 罗卓琼,周平,高峰,等.腔内彩超诊断剖宫产术后子宫下段早期瘢痕妊娠的临床价值[J].中国超声医学杂志,2008,24(1):65-67.
- [6] GODIN P A, BASSIL S, DONNEZ J. An ectopic pregnancy developing in a Previous caesarean section scar[J]. Fertil Steril, 1997, 67(2): 398-400.
- [7] 黎迎春,程瑞文,谈珍瑜.经阴道超声检查对 36 例子宫切口假腔形成的分析[J].中国中西医结合影像学杂志,2015,13(2):184-185.

(唐勇 编辑)