

# 经阴道超声诊断子宫切口妊娠 1 例

陈思思\*, 郭莉萍\*\*

(贵阳医学院附院 妇产科, 贵州 贵阳 550004)

[关键词] 阴道; 超声检查; 诊断子宫切口妊娠

[中图分类号] R445.1; R714 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2013)02-0214-02

剖宫产术后子宫切口妊娠 (caesarean scar pregnancy, CSP), 是指胚胎附着于剖宫产术后形成的子宫切口疤痕狭小缝隙上的妊娠, 属于少见的异位妊娠中的一种, 其发生率在有剖宫产史的异位妊娠中占 6.1%<sup>[1-2]</sup>, 比前置胎盘更具危险性<sup>[3]</sup>。近年来, 随着剖宫产发生率升高, 切口妊娠的发生率也逐年上升, 子宫切口妊娠缺乏典型的临床表现, 与正常早孕、先兆流产、输卵管妊娠等难以鉴别, 诊断困难。经阴道超声因其准确、直观、快速等优点而成为诊断子宫切口妊娠的首选方式, 现将经阴道超声诊断子宫切口妊娠 1 例病例报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 患者, 女, 35 岁。因“停经 61 d, 阴道流血 1 周”入院, 无腹痛腹胀等特殊不适。G<sub>5</sub>P<sub>2</sub>, 既往 2 次剖宫产史, 2 次人流产史。此为第 5 次妊娠。查体: 生命征平稳, 心肺(-); 腹软, 见长约 8 cm 的手术瘢痕, 全腹部无压痛及反跳痛, 移动性浊音(-)。妇查: 外阴发育正常, 阴道通畅, 见少量暗红色血液, 宫颈光滑, 无举摆及触痛, 子宫前位, 正常大小, 双侧附件区未扪及异常。辅助检查: 尿 HCG(+), 血 HCG 130 300.00 IU/L, 超声检查诊断为“切口妊娠”。

**1.2 方法** 采用美国 PHILIPS IU22 彩色超声诊断仪, 经阴道探头, 频率 4~8 V。患者排空尿液, 取膀胱截石位, 经阴道超声进行纵切、横切、斜切观察子宫及双附件。

## 2 结果

纵切位上可见子宫后位, 宫腔内未见孕囊, 见

宫内节育环, 子宫前壁峡部可见孕囊。纵切位上, 子宫前壁峡部可见孕囊大小 34 mm × 20 mm, 囊内见胚芽 8 mm, 未见原始心管搏动(图 1)。孕囊距子宫前壁峡部浆膜层最薄处为 5.8 mm, 彩色多普勒(CDFI)显示孕囊周边环状血流信号, 双侧附件区未见明显团块。超声检查提示切口妊娠、宫内节育环。以“切口妊娠”收住院, 入院后予米非司酮及 MTX 杀胚治疗 5 d, 血 HCG 114 700.00 IU/L。在充分备血的情况下行清宫术, 将刮出组织送病检。术中、术后阴道流血多, 予按摩子宫, 促进子宫收缩等处理后无缓解, 行子宫动脉介入栓塞术治疗, 手术顺利, 术后 5 d 复查血 HCG 2 622.00 IU/L。复查阴道超声见: 子宫后位, 宫腔内见囊实性团块 14 mm × 21 mm, 子宫前壁峡部见回声不均团块 44 mm × 37 mm, 团块与子宫肌层分界不清, 团块未见血流信号, 超声检查提示为宫腔内囊实性团块(积血待排)和子宫前壁峡部回声不均团块(图 1)。再次予米非司酮、MTX 药物保守治疗 5 d 后, 血 HCG 402.50 IU/L, 阴道超声见子宫前壁峡部回声不均团块 21 mm × 32 mm, 团块无血流信号(图 2, 图 3)。刮出组织病检为胎盘绒毛及退变蜕膜组织, 伴中性粒细胞浸润, 诊断明确。经治疗 13 d, 患者血 HCG 明显下降, 子宫前壁峡部团块较前减小, 患者出院, 出院后随诊复查阴道超声及血 HCG 直至转阴。

## 3 讨论

剖宫产术后子宫下段切口处妊娠, 是胚胎着床于剖宫产子宫的切口处, 因此处肌层薄, 收缩力差, 止血不易, 绒毛直接侵蚀局部血管, 局部血流异常

\* 贵阳医学院妇产科学专业 2010 级硕士研究生。

\*\* 通信作者 E-mail: 20852791@qq.com



注:A 为手术前,B 为术后。

图 1 子宫超声检查结果

Fig. 1 Result of uterus ultrasonic examination before the operation



图 2 超声检查显示子宫前壁峡部团块

Fig. 2 The picture of ultrasonic examination showing the mass at the anterior wall of the uterus isthmus

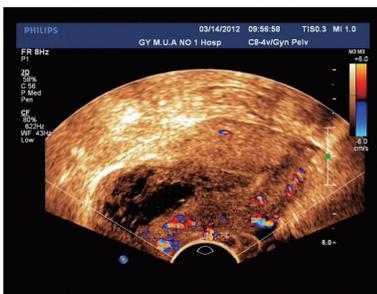


图 3 彩色多普勒血流显示团块无血流信号

Fig. 3 The CDFI picture showing no blood flow signal in the mass

丰富,如不警惕,行宫腔操作时极易造成子宫大出血,危及生命<sup>[4]</sup>。切口妊娠由于早期一般无腹痛表现,部分患者仅有少许阴道流血,常易被忽略,或被误诊为先兆流产。对于有剖宫产史并再次妊娠的患者,在孕早期应警惕切口妊娠,应行阴道超声检查了解是否为切口妊娠。切口妊娠的超声诊断标准<sup>[5-6]</sup>:(1)宫腔及宫颈内未探及妊娠囊;(2)妊娠囊或包块位于子宫前壁峡部或既往剖宫产瘢痕处;(3)妊娠囊或包块与膀胱之间的子宫前壁下段肌层变薄或连续性中断;(4)在妊娠囊或包块周边探及明显的环状血流信号,附件区未探及包块、子

宫直肠凹无游离液波(CSP破裂除外)。结合患者剖宫产史、停经史及血HCG值基本可诊断切口妊娠。本案例阴道超声检查宫腔内未见孕囊,子宫前壁峡部可见孕囊,且子宫前壁肌层变薄,孕囊周边见环状血流信号,双附件未见明显团块,符合子宫切口妊娠的超声诊断标准,诊断明确。

超声诊断切口妊娠应注意:孕囊型切口妊娠与难免流产、宫颈妊娠鉴别,团块型切口妊娠与不全流产、滋养细胞疾病或血块等鉴别。

经阴道彩色超声由于探头频率较高,且直接接触被扫查部位,可以准确、清晰地观察妊娠位置、妊娠囊与切口的关系,切口瘢痕处肌层厚度,妊娠与肌壁的分界以及宫颈与宫腔的情况,结合血流的分布情况与血流频谱分析,结合血 $\beta$ -HCG值,可明确诊断,为正确的治疗方案提供依据<sup>[7]</sup>。一旦经阴道超声诊断为剖宫产术后子宫下段切口处妊娠,切勿盲目进行清宫术,最好能在超声监视下清宫,并做好充分备血、子宫动脉介入栓塞治疗、必要时开腹切除子宫的准备;对周边血流相对不丰富的子宫切口妊娠可进行保守治疗,治疗过程中采用经阴道彩超进行监视和追踪观察。本患者反复多次进行经阴道超声检查,监测子宫前壁峡部包块变化,出院后仍多次复查超声进行追踪观察直至正常。

### 4 参考文献

[1] Rotas MA, Haberman S, Levgrur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management [J]. *Obstet Gynecol*, 2006(6): 1373 - 1377.  
 [2] 郭久柏, 张琦. 子宫动脉栓塞与甲氨蝶呤治疗子宫切口妊娠的比较研究 [J]. *天津医学*, 2010(5): 429 - 431.

(下转第 217 页)

无进展,出现宫缩乏力,胎头先露部下降受阻是诱发子宫破裂的因素之一,故严密观察产程,及时告知孕妇及家属产程情况,取得其配合,也是避免子宫破裂的关键因素。子宫破裂的高危因素有具剖宫产指征而患者不同意手术者、子宫手术史(剖宫产、多次宫腔操作、子宫肌瘤剔除、子宫间质部妊娠行楔形切除术等)、葡萄胎治疗后避孕未达两年而受孕、多产(>4次)、巨大儿、羊水过多等,该患者属有剖宫产指征但不同意手术。不能忽视不典型先兆子宫破裂的经验积累,Dane<sup>[3]</sup>报道 1 例产妇产子宫左侧壁下段破裂,发生宫旁内出血,产后失血性休克,因症状不典型,延误治疗而致产妇死亡。由于目前疤痕子宫妊娠试产致子宫破裂成为主要因素,故疤痕子宫最好以剖宫产术终止妊娠为宜,如经阴道分娩,则分娩后常规行宫腔及宫颈探查,及时发现子宫破裂并酌情修补;非疤痕妊娠者孕晚期住院时 B 超监测子宫下段厚度,指导临床选择分娩方式,颜莘等<sup>[4-5]</sup>报道 223 例子官前壁肌层  $\geq 2.0$  mm,未发生子宫破裂或先兆破裂。孕期加强

子宫破裂高危因素监护,建议患者适时和适宜方式终止妊娠。

### 3 参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:211.
- [2] Kelly Albrech, Gail Lam. Preterm spontaneous uterine rupture in a non-labouring grand multipara: a case report[J]. *Obstet Gynaecol*, 2008(7):586-589.
- [3] Dane B, Dane C. Maternal death after uterine rupture in an unscarred uterus: A case report[J]. *Emerg Med*, 2009, 37(4):393-395.
- [4] 曹泽毅. 中华妇产科学(临床版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011:269.
- [5] 颜莘,高春燕,陈莉萍. 超声对子宫晚期妊娠先兆破裂的诊断价值[J]. *临床超声医学杂志*, 2009(7):481-482.

(2012-10-12 收稿, 2013-02-01 修回)

编辑:文箬颖

(上接第 213 页)

### 3 参考文献

- [1] Hoek HW, Van HD. Review of the prevalence incidence of eating disorders[J]. *Int J Eat Disoder*, 2003(34):383-396.
- [2] Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining

factors[J]. *Br J Psychiatry*, 2011(199):5-7.

- [3] Attia E. Anorexia Nervosa: Current Status and Future Directions[J]. *Annu Rev Med*, 2010(61):425-443.
- [4] Helena Draxler, Arto J. Hiltunen. A modification of enhanced cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa[J]. *Clinical Case Studies*, 2012(11):201-217.

(2012-06-13 收稿, 2012-12-13 修回)

编辑:文箬颖

(上接第 215 页)

- [3] 邓梅先,柯水香. 剖宫产术后子宫切口妊娠的诊治方法探讨[J]. *中华现代妇产科学杂志*, 2009(4):26-28.
- [4] 沈化及,孙慧婷,施加霞. 剖宫产子宫切口疤痕妊娠 50 例分析[J]. *实用临床医药杂志*, 2012(15):147-148.
- [5] Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy[J]. *BJOG*, 2007(3):253-263.

- [6] 程立莉. 腔内超声用于子宫切口妊娠的诊断分析[J]. *当代医学*, 2013(2):29-30

- [7] 符元春,田艾军. 经阴道彩超对子宫切口妊娠的价值[J]. *中国超声诊断杂志*, 2005(7):543.

(2012-12-13 收稿, 2013-02-10 修回)

编辑:潘 娅