

宫腹腔镜联合治疗子宫瘢痕妊娠处妊娠 1 例分析

陈靖坤 李文婷 梁杰^(通讯作者)

(中山大学孙逸仙纪念医院深汕中心医院 广东汕尾 516600)

【摘要】本文分析了宫腹腔镜联合治疗子宫瘢痕妊娠(CSP)的适应症、优势及术后并发症管理。CSP是一种特殊类型的异位妊娠,其临床表现常表现为停经后的阴道流血,宫腹腔镜手术适用于早期妊娠且孕囊位置合适的患者,具有创伤小、恢复快、并发症发生率低等优势。尽管如此术后仍可能出现感染、出血、器官损伤、粘连及复发等并发症,医生需通过有效的监测和及时的管理措施,确保患者的安全和术后恢复。通过综合评估和个体化治疗方案,提升宫腹腔镜联合治疗CSP的成功率。

【关键词】宫腹腔镜; 子宫瘢痕妊娠; 适应症; 术后并发症

Analysis of pregnancy

Chen Jingkun, Li Wenting, Liang Jie^(corresponding author)

Sun Yat-sen Memorial Hospital of Sun Yat-sen University, Shenzhen-Shantou Central Hospital, Guangdong Shanwei 516600

[Abstract] This paper analyzes the indications, advantages and postoperative complications of uterine scar pregnancy(CSP). CSP is a special type of ectopic pregnancy, and its clinical manifestations are often manifested as vaginal bleeding after menopause. Uterine laparoscopic surgery is suitable for patients with early pregnancy and appropriate gestational sac location, and it has the advantages of small trauma, quick recovery and low incidence of complications. However, complications such as infection, bleeding, organ damage, adhesion and recurrence may occur. Doctors need to ensure patient safety and postoperative recovery through effective monitoring and timely management measures. Through comprehensive evaluation and individualized treatment plan, improve the success rate of uterine laparoscopic combination treatment of CSP.

[Key words] uterine laparoscopy; uterine scar pregnancy; indications; postoperative complications

剖宫产子宫瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是一种罕见且复杂的妊娠类型,是受精卵着床在剖宫产切口处的一种异位妊娠类型。随着剖宫产率的上升,CSP的发生率逐渐增加,这一情况引起了临床医师的广泛关注。CSP的主要特点是在子宫瘢痕部位发生的异位妊娠,可能导致严重的母体并发症,包括子宫破裂、大量子宫出血,甚至切除子宫等。因此及早识别和有效治疗CSP对保障患者健康至关重要。目前治疗CSP的方法多种多样,包括药物治疗、清宫术、以及外科手术等,近年来宫腹腔镜联合手术因其微创性、恢复快、并发症少而受到青睐,该技术不仅能够精准定位瘢痕妊娠的位置,还能最大限度地保留正常子宫组织,保证患者安全。

1 病例报告

患者,女,40岁,主诉:“停经6周6天,阴道流血1天”。患者月经规律,末次月经:2024-02-03。2024-03-21无明显诱因出现少量阴道流血,伴有轻微腹痛,无其他不适。2024-03-22来我院急诊,查经阴道子宫附件B超示:早孕,胚胎大小相当于孕6周5天,胚胎大部分种植于剖宫产瘢痕处,子宫前壁下段剖宫产切口瘢痕厚度约1.1mm,双侧附件区未见明显异常肿块,考虑为子宫瘢痕妊娠。曾于2011年和2013年分别因“羊水过少”和“瘢痕子宫”行剖宫产手术,2次人工流产。入院查体:体温36.6℃,脉搏87次/分,

血压123/79mmHg,身高154cm,体重154kg。专科查体:外阴检查正常,阴道窥检发现少量咖啡样分泌物,宫颈正常,双合诊显示子宫前位,饱满,质地中等,无压痛。

辅助检查:经阴道子宫附件B超示:子宫前位增大,子宫前壁下段剖宫产疤痕处见孕囊回声,大小约25×23×11mm,内见卵黄囊及胚胎,CRL约8mm,伴有心管搏动及彩色血流信号,考虑瘢痕妊娠。急诊人绒毛膜促性腺激素:70530.00mIU/mL。盆腔MRI平扫示:子宫体积增大,前壁局部肌层欠连续,内见团状影,结合临床情况考虑为瘢痕妊娠,子宫浆膜层完整,双侧附件区未见明显异常。血常规、凝血、急诊生化、肝功、甲功、乙肝两对半及传染病三项、胸片均未见明显异常。

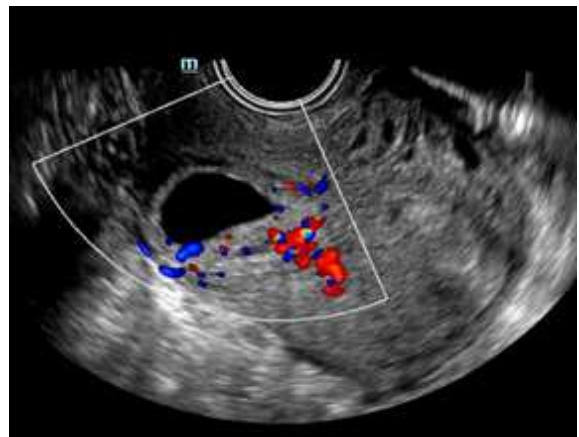


图1 经阴道子宫附件B超图像

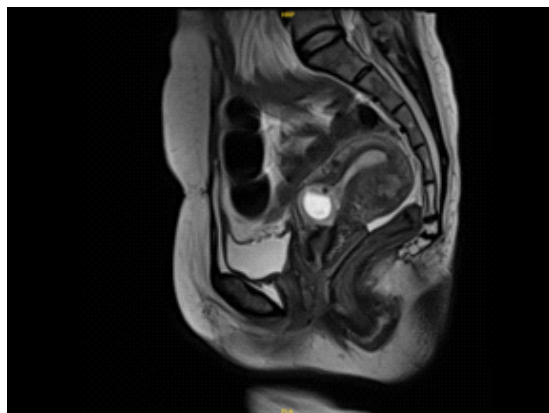


图 2 MRI 图像

根据病史及辅助检查，诊断为 III 型剖宫产瘢痕妊娠，考虑继续妊娠存在瘢痕妊娠处破裂、出血性休克及子宫切除风险，手术指征明确。遂在急诊介入科进行“双侧子宫动脉造影+选择性栓塞术”，栓塞成功后，转手术室行“腹腔镜下子宫瘢痕缺陷修补术+双侧输卵管切除+宫腔镜检查+负压吸宫术”。术中经腹腔镜见：子宫瘢痕处一大约 2*3cm 紫蓝色妊娠囊，仅见浆膜层；在腹腔镜监测下行清宫术+宫腔镜检查，后将子宫瘢痕连续折叠缝合。患者手术顺利，术后恢复良好。

2 讨论

2.1 临床表现与诊断方法

子宫瘢痕妊娠（CSP）是一种特殊类型的异位妊娠，通常发生在剖宫产后子宫瘢痕处，CSP 的临床表现和诊断方法具有独特性，往往使得早期诊断变得复杂，临床上 CSP 患者最常见的症状是停经后的阴道流血，这通常是患者首次就医的主要原因。在本病例中，患者在停经 6 周 6 天后，突然出现少量阴道流血，伴随轻微腹痛，符合典型 CSP 的表现。阴道流血的特征常常是鲜红色或棕色，并可能伴有血块，流量一般较少，患者在就医时往往会描述为“停经后阴道少量流血”，这与正常妊娠的出血情况明显不同，此外 CSP 患者可能出现腹部不适、腰痛等非特异性症状，这些症状因个体差异而有所不同，并且可能被误诊为其他妇科疾病，如宫内早孕、不全流产或难免流产等。

对于 CSP 的诊断，医生需通过详细询问病史，了解患者的既往妊娠史，尤其是剖宫产病史，以便于判断是否存在子宫瘢痕妊娠的风险，结合相关辅助检查，综合判断是诊断的关键。在影像学检查中，经阴道彩色多普勒超声是诊断 CSP 的首选方法，该方法能够清晰显示孕囊的位置、大小及与子宫瘢痕的关系，在正常妊娠中孕囊位于子宫腔内，而在 CSP 中，孕囊常位于子宫瘢痕内，超声图像可能显示“双层子宫壁”现象，且在子宫前壁的瘢痕区可见低回声囊肿。超声诊断 CSP 的敏感性可达 85%–90%，特异性约为 95%–97%，超声可以通过彩色多普勒显示子宫瘢痕部位的血流情况，常

见的表现为孕囊周围有丰富的血供，这为 CSP 的确诊提供了重要依据^[1]。

盆腔 MRI 也是诊断 CSP 的重要影像学手段，MRI 能够更准确地评估子宫肌层的完整性、孕囊的浸润深度及瘢痕组织的血流情况。MRI 在判断子宫壁厚、瘢痕形态等方面具有优越性，其敏感性和特异性均高于超声检查，MRI 还可帮助评估是否存在其他合并症，如膀胱或肠道的侵犯，进一步为治疗方案的制定提供参考。在 CSP 的诊断过程中，需特别注意与其他疾病的鉴别，如先兆流产、输卵管妊娠和滋养细胞肿瘤等，输卵管妊娠通常表现为早期妊娠期间剧烈腹痛及阴道流血，而流产则可能伴有腹痛及组织排出。滋养细胞肿瘤则以异常高的 hCG 水平和相关影像学改变为特征，医生需具备丰富的临床经验和扎实的专业知识，才能准确识别 CSP 的特征性表现，避免误诊和漏诊。hCG 水平的变化能够反映胚胎的活性，通常情况下正常妊娠的 hCG 水平应在每 48 小时内翻倍增长，然而在 CSP 患者中，hCG 水平的变化可能并不符合正常妊娠的规律，若 hCG 水平在 48 小时内仅增加 30% 或出现下降，则提示可能存在妊娠异常或并发症，一般来说 hCG 的正常范围在妊娠 6 周时应在 1,080–56,500 mIU/mL 之间，而在 CSP 患者中，hCG 水平的异常变化将为临床诊断提供有力支持^[2]。

2.2 宫腹腔镜联合治疗的适应症与优势

宫腹腔镜联合手术作为现代微创技术在妇科领域的重要应用，已被广泛应用于多种子宫疾病的治疗，包括子宫瘢痕妊娠（CSP），其适应症和优势在不断发展中，特别是在处理 CSP 时，具有独特的价值。在确定宫腹腔镜联合治疗 CSP 的适应症时，医生通常依据几个关键因素来判断，患者的妊娠周数是一个重要的考量标准。根据目前的临床指南，宫腹腔镜联合治疗通常适用于妊娠周数在 6 周到 10 周之间的患者，这一时期的孕囊相对较小，手术风险较低。孕囊的位置也是关键判断标准，若孕囊位于子宫前壁的瘢痕处且未侵及周围重要组织（如膀胱或肠道），则适合进行宫腹腔镜联合手术。影像学检查（如超声和 MRI）可用于评估孕囊与周围结构的关系，若超声显示孕囊的最大直径小于 4 cm 且未伴随明显的内出血，通常可以考虑手术^[3]。临床表现若患者出现阴道流血和腹痛等症状，但无重度出血（如一次性出血超过 200 mL）或休克症状（如血压低于 90/60 mmHg），则可考虑手术治疗，轻度流血和疼痛在 CSP 患者中相对常见，而重度症状则提示潜在的并发症。

宫腹腔镜联合治疗 CSP 相较于传统开腹手术，具有多个明显优势。首先是手术创伤小，宫腹腔镜手术通过小切口进入腹腔，通常只需 3 到 5 个小切口，减少了术后疼痛、并发症以及住院时间，接受宫腹腔镜手术的患者术后住院时间平均为 24 小时，远低于开腹手术的 3 到 5 天。术后恢复快，由于创伤小宫腹腔镜手术后患者通常能在术后 1 周内恢复正常活动，而开腹手术则需较长时间恢复，宫腹腔镜手术患者在术后 3 天内恢复正常日常活动的比例高达 80%，而开腹

手术患者仅为30%。术后并发症发生率低,宫腹腔镜手术可减少感染、出血等并发症的发生,宫腹腔镜手术的感染率约为1%~2%,而开腹手术的感染率可高达5%~10%,由于手术操作精细,术后瘢痕形成的风险也相对较低,有助于保护患者的生育功能。宫腹腔镜手术的可视化特点使得医生在操作过程中可以更清晰地观察到子宫和周围器官的结构,从而提高了手术的安全性和成功率,宫腹腔镜能够实时监测孕囊的情况,准确定位并安全去除孕囊,降低了对周围组织的损伤,宫腹腔镜治疗CSP的成功率高达85%~90%,且复发率低于5%。宫腹腔镜手术为后续的生育提供了良好的机会,由于手术损伤小、术后恢复快,患者在经过适当的术后随访和观察后,通常可以在6个月内恢复生育能力,接受宫腹腔镜治疗的CSP患者,其再次妊娠率可达到70%~80%。

2.3 术后并发症及管理

宫腹腔镜联合手术在治疗子宫瘢痕妊娠(CSP)中具有诸多优势,但术后并发症仍然是临床关注的重点,了解并管理这些并发症,对于提高患者的安全性和术后恢复至关重要。

2.3.1 术后并发症:

(1) 感染:感染是最常见的术后并发症之一,宫腹腔镜手术后感染率约为1%至2%,感染通常表现为发热、腹痛、阴道流血等症状,感染的风险与术中细菌污染、术后护理不当及患者基础疾病(如糖尿病)的存在密切相关。

(2) 出血:术后出血可能发生于手术部位或腹腔内,术后出血发生率约为2%至5%。出血可能表现为阴道流血、腹痛及血压下降等症状,严重时可能导致休克,出血的原因通常包括手术中血管损伤、凝血功能异常等。

(3) 器官损伤:在手术过程中,周围器官(如膀胱、肠道、血管)的损伤可能导致严重并发症。器官损伤的发生率在0.5%至1%之间,损伤后可能出现腹腔内出血、尿失禁、肠梗阻等症状。

(4) 粘连:手术后形成腹腔粘连是另一个常见并发症,尤其是在经历过多次手术的患者中,粘连发生率可高达30%至50%,临床上粘连可导致慢性腹痛、肠梗阻等症状,严重影响患者的生活质量。

(5) 复发:CSP的复发率相对较低,但在某些情况下仍可能发生,复发率约为5%至10%。复发通常与术后随访

和监测不足有关。

2.3.2 并发症管理:

(1) 感染管理:预防措施:术前应进行适当的抗生素预防,通常在术前30分钟给予静脉注射抗生素,如头孢类药物,以降低感染风险。

早期识别:术后应密切监测患者的体温、腹痛及阴道分泌物,若出现发热($\geq 38^{\circ}\text{C}$)、持续腹痛或异常阴道分泌物,应及时进行血液培养和影像学检查。

治疗:确诊为感染后,应根据培养结果选择合适的抗生素进行治疗,必要时可考虑静脉给予更强效的抗生素。

(2) 出血管理:监测:术后应定期监测患者的生命体征,特别是血压和心率,以识别潜在的出血情况。

处理:若出现阴道大量流血或血压显著下降(如收缩压低于90 mmHg),应立即进行超声检查以评估出血来源,并可能需要进行再次手术以控制出血。

(3) 器官损伤管理:

预防措施:在手术前详细评估患者的病史和影像学检查结果,避免在高风险区域操作。

识别与处理:术中若发生器官损伤,应立即进行修复。术后应密切监测相关症状,并在必要时进行影像学检查以评估损伤情况。

(4) 粘连的管理:

减少风险:在手术过程中,采取适当措施(如使用生物材料或药物)以降低粘连的发生率。

症状处理:若患者术后出现肠梗阻或持续腹痛,应进行影像学检查以评估粘连情况,必要时可考虑再次手术。

(5) 复发的管理:

随访监测:术后定期进行超声检查,以监测是否存在复发情况,通常建议术后6个月内进行至少一次超声随访。

治疗方案:若复发,需综合考虑患者的病史和具体情况,可能需要再次手术或其他辅助治疗。

宫腹腔镜联合手术后并发症的管理是提高治疗效果和患者安全的关键,医生应充分了解各种并发症的风险,采取预防措施并进行早期识别与干预,以确保患者的术后恢复和生活质量,通过科学的管理策略,可以最大限度地减少并发症的发生,提高宫腹腔镜治疗CSP的成功率。

参考文献:

- [1]刘宝,池余刚,胡丽娜,等.宫腔镜治疗部分II型子宫瘢痕妊娠的临床研究[J].现代妇产科进展,2020,29(2):3.
 - [2]梁海霞.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠运用宫腔镜手术治疗的临床效果研究[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(2):12-15.
 - [3]史桂英.宫腔镜治疗部分II型子宫瘢痕妊娠的临床研究[J].2021(8):10-12.
- 作者简介:陈靖坤(1991.11-),男,汉族,河南虞城人,本科,住院医师,研究方向:妇科。
李文婷(1994.06-),女,汉族,河南宁陵人,本科,住院医师,研究方向:妇产科。
梁杰(1981.09-),女,汉族,河南平舆人,研究生,主任医师,研究方向:复发性流产。