

## 彩色 B 超诊断疤痕子宫妊娠 13 例分析

朱莹<sup>1)</sup>, 李思嫒<sup>2)</sup>

(1) 云南九洲医院医学影像科, 云南昆明 650224; 2) 昆明医科大学, 云南昆明 650031

[关键词] 彩色 B 超; 疤痕子宫; 妊娠

[中图分类号] R445.1 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706(2012)05-0142-02

随着剖宫产率的逐年上升, 剖宫产术后疤痕部位妊娠 (after cesarean scar pregnancy, CSP) 的发生率有明显上升趋势, 如早期不能正确诊断、及时处理, 易导致难于控制的大出血, 甚至危及生命, 回顾分析云南九洲医院近 4 a 来所治的 13 例病例, 目的在于利用彩色多普勒超声能做到早期诊断, 指导临床正确处理提供重要的依据。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

2007 年 3 月至 2011 年 6 月在云南九洲医院诊治的 13 例患者, 年龄 22~28 岁, 平均 30 岁, 均有剖宫产史, 其中 9 例有 1 次剖宫产史, 4 例有 2 次剖宫产史, 手术方式均为子宫下段横切口, 上次剖宫产距此次疤痕部位妊娠间隔时间为 1~5 a, 检查表现: 13 例患者均有停经史, 停经时间为 5~9 周, 全部尿 HCG 检查阳性, 血  $\beta$ -HCG 升高, 伴阴道流血 5 例。

#### 1.2 仪器与方法

采用东芝纳米-17 超声诊断及美国 GE 公司产品: LOGIQP5 诊断仪, 经腹部及阴道联合扫查。腹部探头频率为 3.5 MHz, 阴道探头频率为 5~8 MHz。常规扫查子宫及双侧附件区, 重点观察孕囊 (或包块) 与宫腔、子宫前壁疤痕处的关系, 并测量孕囊 (或包块) 的大小, 形态与膀胱壁间的距离, 分析局部血流情况。

### 2 结果

13 例患者彩色 B 超均诊断为疤痕子宫妊娠,

超声图像有 2 种表现: 孕囊型 7 例, 不均质包块型 6 例。孕囊型: 即宫腔及宫颈管内未见孕囊, 而于子宫峡部前壁疤痕处可见偏于一侧典型孕囊, 平均直径约为 2.28~3.57 cm。本型中 2 例仅见卵黄囊, 5 例均可见胚芽及原始心管搏动, 彩色多普勒均显示孕囊与前壁疤痕处血流信号丰富, PW 检测出为低速、低搏动频谱。不均质包块型: 即宫腔线清晰, 宫颈管存在, 于子宫峡部前壁疤痕处可见一混合性不均质回声团, 略向子宫壁浆膜外突出, 宫颈膨大, 内口扩张, 外口闭合, 宫腔及宫颈管内无孕囊。本型中 1 例因外院行人流术后阴道出血不止, 疑似“子宫穿孔”经 120 急救中心送入云南九洲医院, B 超检查见子宫峡部肌层回声不均, 菲薄, 甚至连续疑似“中断”, CDFI: 血流信号丰富, 而宫腔下段以疤痕为中心探及大小约 5.6 cm × 4.9 cm 混合性不均质包块, 另 1 例因诊断“稽留流产”收入院治疗, 口服米非司酮 2 d, 行超导可视人流, 术中出血 2 500 mL, 后经宫腔水囊压迫止血, 继续给予杀胚治疗, 1 月后复查, 尿 HCG 转阴, 宫壁血肿吸收, 子宫恢复正常。余 4 例均为下腹微痛伴阴道少许流血就诊, 检查时发现疤痕周围宫腔下段内见混合性不均质团块, 局部血流信号丰富。

### 3 讨论

CSP 是指孕囊着床于剖宫产术后的疤痕处, 属于异位妊娠的一种, 它是一种较罕见的剖宫产远期并发症, 常因误诊行人工流产而引起大出血。

从剖宫产疤痕妊娠的病因及发病机制来看, 剖宫产疤痕妊娠是一种特殊的异位妊娠, 占异位妊

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目 (81160302)

[作者简介] 朱莹 (1958~), 女, 云南昆明市人, 医学大专, 副主任医师, 主要从事医学影像学临床工作。

[通讯作者] 李思嫒. E-mail: basic2010medical@163.com

娠的6.1%,其发病机制尚未明确,可能与孕卵运行过快;通过宫腔时尚未具有种植能力;剖宫产切口愈合不良;疤痕宽大;憩室形成;孕囊着床于前壁疤痕处;受精卵着床发生蜕膜缺损,滋养细胞直接侵入子宫肌层粘连、植入甚至穿透子宫壁等有关<sup>[1]</sup>,CSP的早期诊断及治疗尤为重要,如超声不能对CSP做出诊断,导致行人流术时不能有效止血,可危及生命,或术后不给予继续杀胚治疗,继续观察血 $\beta$ -HCG下降情况,而演变为滋养细胞性疾病也有之,本组病例中1例系员工家属因“疤痕子宫,难免流产”行人流术,1月后来院复查,发现子宫增大,子宫肌层回声显著不均,血流信号丰富,经上级医院检查诊断“疤痕妊娠”,子宫肌层浸润而行子宫全切除,由于术前未做出CSP诊断,人流术后未及时复查、未继续给予杀胚治疗及观察血 $\beta$ -HCG情况,导致滋养细胞直接侵入子宫肌层并不断生长所致.彩色多普勒超声检查是诊断CSP的首选方法,笔者根据工作经验提出以下诊断标准供检查时参考:(1)疤痕子宫声像,宫腔内无孕囊;(2)宫颈管内无孕囊;(3)孕囊位于子宫峡部前壁疤痕处,或距

疤痕处约1cm;(4)膀胱与妊娠囊之间肌层薄弱,距离小于0.5cm<sup>[2]</sup>;(5)如系不均质团块型,团块位于子宫前壁峡部,可向浆膜外突出,无论团块大小,均与疤痕为中心出现,血流信号丰富;(6)人流术后近期复查时见疤痕处肌层回声不均或血流信号丰富要提高警惕,结合 $\beta$ -HCG做出后期诊断,以供临床治疗参考.

应用二维彩色多普勒超声检查,对CSP的早期诊断及指导临床处理有重要意义,可观察孕囊(或包块)位置、大小、血流与宫腔及子宫疤痕处的关系,具有准确、方便、可重复、无痛等优点,可做到早期诊断,指导临床,从而避免盲目行人流术而导致严重后果.

#### [参考文献]

- [1] 袁爱娟.剖宫产术后子宫疤痕妊娠临床分析[J].现代实用医学,2007,19(3):203.
- [2] 沈延政.门诊超声解图手册[M].第2版.南京:江苏科学技术出版社,2009:227-228.

(2012-02-04收稿)

(上接第138页)

#### [参考文献]

- [1] HWANG E, KIM Y H, YUK S M, et al. Factors that predict spontaneous passage of a small distal ureteral stone < 5 mm[J]. J Endourol, 2010, 24(10): 1681-1685.
- [2] LAM J S, BINQHAM J B, GUPTA M. Endoscopic treatment of fibro-epithelial polyps of the renal pelvis and ureter[J]. Urology, 2003, 62(5): 810-813.
- [3] FAERBER G J, AHMED M M, MARCOVICH R, et al. Contemporary diagnosis and treatment of fibroepithelial

ureteral polyp[J]. J Endourol, 1997, 11(5): 349-351.

- [4] ROBERT I. CAREY, VINCENT G. BIRD. Endoscopic management of 10 separate fibro-epithelial polyps arising in a single ureter[J]. Surgical Techniques Inurology, 2006, 67(2): 413-415.
- [5] 毛登久, 杨松林. 腔内技术诊治输尿管继发息肉28例报告[J]. 中国内镜杂志, 1998, 4(3): 74-75.
- [6] 刘昌明, 盛明雄, 李惠长, 等. 输尿管结石并发输尿管息肉75例分析[J]. 现代泌尿外科杂志, 2010, 15(5): 355-356.

(2012-02-15收稿)