



• 妇幼保健 •

剖宫产瘢痕妊娠经阴道超声图像分析的临床意义

陈 洋

(益阳市中心医院 湖南益阳 413000)

摘要:目的: 讨论剖宫产瘢痕妊娠经阴道超声图像分析的临床意义。方法: 回顾性分析 2017 年 1 月~2017 年 12 月期间, 我院收治的 50 例剖宫产后瘢痕妊娠的患者, 上述患者均采用经阴道彩色多普勒超声诊断, 观察患者的超声情况。结果: 观察上述 50 例患者的图像分型, 大部分为 I 型, 占 46.00%, 其次为 II 型, 占 32.00%, 最少的为 III 型占 12%, 其中 III 型中的特殊型占 4%。结论: 剖宫产后瘢痕妊娠的阴道超声图像特征性较为明显, 可根据其图像为患者选择合理治疗方案, 是诊治剖宫产后子宫瘢痕妊娠的重要方式, 临床意义较为深远。

关键词:剖宫产瘢痕妊娠; 经阴道超声; 图像分析; 临床意义

中图分类号: R256.12 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 04-314-02

剖宫产瘢痕妊娠 (Cesarean scar pregnancy CSP) 是指早孕期 (<12 周) 妊娠囊种植于剖宫产后子宫瘢痕处的妊娠, 是一种特殊的异位妊娠。随着剖宫产率的提高和辅助生殖技术的广泛应用, 且二胎政策的开放, 异位剖宫产的发生率逐渐增加。经阴道超声检查是首选的诊断方式, 必要时可经腹部超声作为补充。其诊断标准[1]: 空虚的子宫腔, 子宫前壁或剖宫产瘢痕处可见妊娠囊或固体包块, 膀胱与妊娠囊间的肌层菲薄或消失, 多普勒检查可见滋养层或胎盘循环, 空虚的子宫颈管。

剖宫产疤痕妊娠的患者没有特异性表现, 阴道出血是最常见的症状, 但大多数病例都是通过常规的妊娠早期超声诊断确诊[2]。如果不及时的处理, 则会引发大出血, 危及患者的生命。因此, 我们对 2017 年本院所有剖宫产瘢痕妊娠病例的回顾性分析, 旨在讨论剖宫产后瘢痕妊娠经阴道超声图像特点分析的临床意义, 能有有效的降低误诊率, 特进行如下报道。

1 资料 and 方式

1.1 患者资料

回顾性分析 2017 年 1 月~2017 年 12 月期间, 我院收治的 50 例剖宫产后瘢痕妊娠的患者, 对其临床资料进行分析, 上述患者的年龄在 23~40 岁之间, 平均年龄为 (26.35±3.28) 岁, 距离上次剖宫产的时间为 1~4 年, 平均为 (2.39±0.37) 年, 产次为 1 次的患者为 40 例, 2 次的为 10 例。自然受孕为 49 例, 人工授精为 1 例。诊断孕龄为 5 周到 9 周之间。其中有 21 例不同程度的阴道出血或腹痛等症状, 其余 29 例无症状。所有患者均经妊娠早期阴道超声检查确诊。

1.2 方式

上述患者均采用经阴道彩色多普勒超声诊断, 其探头的频率为 5MHz 左右。检查前, 告知孕妇将膀胱排空, 取膀胱截石位, 将探头上涂抹耦合剂, 套上一次性无菌套, 随后伸入患者的阴道, 实施常规的检查。并进行多切面、多方位的扫查, 仔细观察患者孕囊的位置, 大小、是否有胚芽及原始心管搏动, 并分析子宫下段瘢痕和孕囊之间的联系, 必要时可结合经腹部超声检查。

1.3 图像分型标准

根据超声检查显示的着床于子宫前壁瘢痕处的妊娠囊的生长方向以及子宫前壁妊娠囊与膀胱间子宫肌层的厚度进行分型[3]。此分型方法有利于临床的实际操作。

I 型: (1) 妊娠囊部分着床于子宫瘢痕处, 部分或大部分位于宫腔内, 少数甚至达宫底部宫腔; (2) 妊娠囊明显变形、拉长、下端成锐角; (3) 妊娠囊与膀胱间子宫肌层变薄, 厚度 >3 mm; (4) CDFI: 瘢痕处见滋养层血流信号 (低阻血流)。

II 型: (1) 妊娠囊部分着床于子宫瘢痕处, 部分或大部分位于宫腔内, 少数甚至达宫底部宫腔; (2) 妊娠囊明显变形、拉长、下端成

锐角; (3) 妊娠囊与膀胱间子宫肌层变薄, 厚度 ≤3 mm; (4) CDFI: 瘢痕处见滋养层血流信号 (低阻血流)。

III 型: (1) 妊娠囊完全着床于子宫瘢痕处肌层并向膀胱方向外凸; (2) 宫腔及子宫颈管内空虚; (3) 妊娠囊与膀胱之间子宫肌层明显变薄、甚或缺失, 厚度 ≤3mm; (4) CDFI: 瘢痕处见滋养层血流信号 (低阻血流)。

其中, III 型中还有 1 种特殊的超声表现 CSP, 即包块型, 其声像图的特点[4]

(1) 位于子宫下段瘢痕处的混合回声 (呈囊实性) 包块, 有时呈类实性; 包块向膀胱方向隆起; (2) 包块与膀胱间子宫肌层明显变薄、甚或缺失; (3) CDFI: 包块周边见较丰富的血流信号, 可为低阻血流, 少数也可仅见少许血流信号、或无血流信号。包块型多见于 CSP 流产后 (如药物流产后或负压吸引术后) 子宫瘢痕处妊娠物残留并出血所致。

2 结果

2.1 观察上述 50 例患者的图像分型, 大部分为 I 型 (其中 1 例人工授精属于此型), 其次为 II 型, 最少的为 III 型, 详情见下表。

2017 年剖宫产瘢痕妊娠患者的图像分型

| 分型 | 例数 | 所占比 |
|----------|----|--------|
| I 型 | 29 | 58.00% |
| II 型 | 15 | 30.00% |
| III 型 | 4 | 8.00% |
| III 型特殊型 | 2 | 4.00% |
| 合计 | 50 | |

2.2 上述 III 型特殊型的 2 例患者, 均是在外院行负压吸引术后转入我院治疗。超声图像为囊实性混合回声包块, 其血流信号情况为, 有血流信号的患者为 1 例, 无血流信号的为 1 例。

3 讨论

剖宫产后瘢痕妊娠属于异位妊娠的一种, 其发生机制尚不明确, 有学者认为剖宫产术后子宫内层恢复不理想, 其切口部位的血供较小, 瘢痕愈合不良, 形成通向宫腔窦道, 导致孕囊在此处着床, 或可能与缝合技术有关等。临床中针对于该疾病秉持着早发现 and 早治疗的方针, 临床诊断该疾病首选的方式为阴道超声检测。对于有剖宫产的患者, 通过阴道超声检测可发现是否有妊娠囊, 宫腔内无妊娠囊则为异位妊娠, 发现其瘢痕处有孕囊或者包块, 就确定为剖宫产后瘢痕妊娠, 但是在进行阴道超声检测的过程中, 需要注意详细的观察异常回声的图像特点, 并且要明确孕囊或包块与肌层、血流之间的情况。

通过此次研究可以看出, 根据着床于子宫前壁瘢痕处的妊娠囊的生长方向以及子宫前壁妊娠囊与膀胱间子宫肌层的厚度可以分为 3

(下转第 320 页)



• 妇幼保健 •

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-------|
| 研究组 | 45 | 3.21± | 5.24± | 6.75± |
| | | 0.35 | 0.25 | 0.59 |
| P 值 | | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

2.3 两组患儿不良反应发生情况

对照组患儿出现恶心3例,呕吐6例,躁动2例,不良反应总发生率为24.44%(11/45);研究组患儿出现恶心1例,呕吐1例,躁动0例,不良反应总发生率为4.44%(2/45),研究组不良反应发生率明显低于对照组,组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3. 讨论

小儿扁桃体病变是儿科常见疾病,由于感染导致,该类疾病具有较高的发生率,临床最佳的根治方法是手术治疗,传统的手术是在局麻状态下进行,由于患儿年龄较小,疼痛耐受力极低,甚至有患儿在中途放弃治疗,手术治疗给患儿的身体和心理均带来一定的挑战,且传统手术采取局麻治疗,术后并发症发生率极高[3]。小儿扁桃体切除术是在呼吸道中进行的小手术,临床多采取全身麻醉联合气管插管等方式,在麻醉药的选择上,需选取起效速率快、消除速率快且对患儿的身体和心理影响较小的麻醉药物进行,确保患儿在整个麻醉期间呼吸循环功能稳定,且术后苏醒安全而舒适[4]。

七氟醚是一类新型的吸入麻醉药,药物呈液体状态,是无色透明,略带香味,且无刺激性,且苏醒效果和麻醉诱导较明显,同时麻醉诱导和苏醒期间较为平稳,临床使用过程中较容易调节麻醉深度,在小

儿吸入性麻醉中取得较好的临床效果[5]。瑞芬太尼是一类阿片受体激动剂,进入机体后被血液和组织中的非特异性酯酶水解,作用时间短,起效快,应用后对肝肾功能损害绩效。本次研究结果表明,在麻醉前,两组患儿的平均动脉压和心率各项指标接近,插管时,研究组的各项指标波动幅度小于对照组;研究组患儿自主呼吸恢复、意识恢复和拔管时间均明显低于对照组;不良反应发生率明显低于对照组,组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,在小儿扁桃体手术麻醉中应用瑞芬太尼复合七氟醚进行麻醉,有利于维持患儿各项指标稳定,降低不良反应发生率,值得临床大力推崇。

参考文献

- [1] 黄素霞.七氟醚复合瑞芬太尼麻醉在小儿扁桃体切除术中的麻醉效果[J].医药论坛杂志,2015,36(5):137-138.
- [2] 柯昌禄,杨煜霞.七氟醚复合瑞芬太尼在小儿扁桃体切除术中的麻醉效果[J].白求恩医学杂志,2015,13(3):269-270.
- [3] 李亚莉.七氟醚复合瑞芬太尼在小儿口腔手术麻醉中的应用效果观察[J].全科口腔医学杂志,2015,2(5):104-105.
- [4] 李蕾.瑞芬太尼复合七氟醚用于小儿扁桃体手术麻醉的临床观察[J].世界最新医学文摘,2017,17(91):88-88.
- [5] 梁敏,李运繁,陶显红,等.瑞芬太尼复合七氟醚用于小儿扁桃体手术麻醉的临床效果分析[J].北方药学,2015,12(12):24-25.

(上接第314页)

型,其中I型较为常见。由于瘢痕妊娠会给患者带来严重的后果,因此临床一经确诊就需要及时的进行治疗,终止妊娠、去除病灶、在保障患者生命安全的前提下,尽量的保留患者生育能力。通过阴道超声检查对瘢痕处妊娠的超声图像进行分析,选择合理的治疗方式。

目前CSP治疗方案尚未统一,没有证据证明哪种干预措施最优,需根据患者年龄、血 β -HCG水平、超声图像以及对生育的要求等,选择合适的治疗方法。但文献认为手术直接清除病灶方法比单纯药物治疗有效[1]。I型推荐子宫动脉栓塞后B超监视下清宫术,II型多推荐子宫动脉栓塞术后宫腔镜下清宫,或腹腔镜、开腹子宫局部病灶切开取囊及缝合术;III型及特殊型患者可在腹腔镜或开腹直视下取出胚囊,直接缝合伤口或将原瘢痕切除后重新缝合。对已形成较大包块明显凸向膀胱,子宫菲薄或血彩丰富的患者,发生出血风险增加[5],可在子宫动脉栓塞后行子宫疤痕修补术。因此有效的诊断方式可以决定患者的治疗方案。

在此次研究结果中我们可以看出,观察上述50例患者的图像分型,大部分为I型,占46.00%,其次为II型,占32.00%,最少的为III型占12%,其中III型中的特殊型占4%。而III型特殊型患者均是在外院行负压吸引术后转入我院治疗,超声图像表现为囊实性混合回声包块,有血流信号的患者为1例,无血流信号的为1例。这将帮

助患者选择合适的治疗方案。总之,剖宫产后瘢痕妊娠的阴道超声图像特征性较为明显,可根据其图像为患者选择适宜的治疗方案,避免子宫出血及破裂,不仅能保证患者的生命,还能最大程度的保留其生育能力,是诊治剖宫产后瘢痕妊娠的重要方式,临床意义较为深远。

参考文献:

- [1]Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21) RCOG/AEPU Joint Guideline/November 2016;DOI:1111/1471-0528.14189.
- [2]OuYang Z, Yin Q, Xu Y,et al.Heterotopic cesarean scar pregnancy: diagnosis, treatment, and prognosis.[J] J Ultrasound Med. 2014 Sep; 33(9):1533-7. doi: 10.7863/ultra.33.9.1533.
- [3] 金力,陈薇琳,周应芳,等.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识[J] 中华妇产科杂志,2016,51(8):568-572.
- [4] 刘真真,戴晴,王铭,等.包块型剖宫产瘢痕妊娠临床及超声特征分析[J].中国医学影像技术,2013,29(6):1006-1010.
- [5] Gao L,Huang Z,Gao J,et Al.Uterine Artery embolization followed by dilation and curettage Within 24 Hours compared With systemic methotrexate for cesarean scar pregnancy[J].Int J Gynaecol Obstet,2014,127(2):147-151.DOI:10.1016 /j.ijgo. 2014.05. 005.