

经阴道超声介入配合药物治疗剖宫产术后瘢痕妊娠

韩晓玲, 杜美玲, 汪向红

【摘要】 目的:探讨经阴道超声在子宫瘢痕处妊娠的诊断和保守治疗中的意义。方法:回顾性分析 12 例子宫瘢痕处妊娠患者的临床资料及诊治经过,并总结其声像图特点。12 例患者均有血人绒毛膜促性腺激素升高,其中人工流产术后阴道出血 9 例,不明原因停经 3 例。12 例均行经阴道超声检查。10 例子超引导下向胎囊内注射氨甲喋呤(MTX)并联合米非司酮口服治疗。2 例血管造影检查后行子宫动脉栓塞及清宫。结果:12 例患者经阴道超声检查显示子宫前壁下段胎囊,周边及内部血流信号丰富,呈高速低阻型,阻力指数(RI) <0.6 ,诊断为剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠。经过以上保守治疗后全部病灶内血流信号明显减少,RI >0.6 。结论:经阴道超声检查是诊断剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠的主要方法;经阴道超声介入配合药物治疗是其重要治疗方法,对该病的保守治疗具有较大的作用。

【关键词】 剖宫产术; 瘢痕妊娠; 超声检查,介入性

【中图分类号】 R714.22; R815 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2011)05-0557-03

Exploration of the diagnosis and therapy of cesarean scar pregnancy by transvaginal color Doppler ultrasonography HAN Xiao-ling, DU Mei-ling, WANG Xiang-hong, Department of Ultrasound, Xinhua Hospital of Hubei, Wuhan 430015, P. R. China

【Abstract】 Objective: To observe the effects of transvaginal color Doppler ultrasonography (TVCDU) on the diagnosis and conservative therapy of cesarean scar pregnancy (CSP). **Methods:** 12 cases of cesarean scar pregnancy from 2007 to 2010 were analyzed retrospectively. The β -HCG levels of all the patients were higher than normal. 9 cases had vaginal bleeding after artificial abortion, 3 cases had menolipsis without definite reasons. 10 cases were treated by TVCDU-guided injection of MTX to gestational sac and oral administration of mifepristone. 2 cases were treated by embolisation of uterine artery and cesarean delivery after vasography. **Results:** 12 cases were diagnosed as cesarean scar pregnancy by TVCDU, RI <0.6 . After above-mentioned treatments, the blood flow in the gestational sac was decreased, RI >0.6 . **Conclusion:** TVCDU is an important method for diagnosis of CSP. Combination of TVCDU-guided intervention with oral administration of mifepristone is an important method of conservative treatment, which is advantageous to the therapy results.

【Key words】 Cesarean section; Pregnancy, cesarean scar; Ultrasonography, interventional

剖宫产术后瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是指孕囊、受精卵或胚胎着床于剖宫产术后的切口瘢痕上,是孕囊着床于前次剖宫产瘢痕处的异位妊娠,发生率约为 0.045%,在有剖宫产史的异位妊娠中占 6.1%^[1]。早期预防、早期诊断、早期处理是降低 CSP 危害的关键因素^[2]。本院经阴道彩色多普勒超声检查(transvaginal color Doppler ultrasonography, TVCDU)确诊并在超声引导下注入氨甲喋呤并辅以米非司酮口服,治疗取得良好效果。本文回顾性分析 2007 年 3 月~2010 年 3 月本院诊治的 12 例 CSP 病例资料,旨在探讨 TVCDU 在 CSP 诊治中的价值。

材料与方 法

患者年龄 26~42 岁,平均 31.3 岁,均为子宫下段剖宫产。剖宫产至发病最短 1 年,最长 16 年,患者均无心、肺、肝、肾等慢性疾病。12 例患者均有停经史,停经时间 42~93 d,平均 57.3 d。

经阴道超声检查使用仪器为 Philips Envisor

作者单位:430015 武汉,湖北省新华医院超声科(韩晓玲),妇产科(杜美玲、汪向红)

作者简介:韩晓玲(1963-),女,湖北武汉人,副主任医师,主要从事妇产科超声诊断工作。

HD,探头为 E6509,频率 4.2MHz。行妇产科常规超声检查,观察子宫宫腔、宫颈结构,肌层回声,病灶大小、形态、内部回声、血供情况、胎囊位置及发育情况。

9 例在外院行人流术后有少量阴道流血来我院,阴道流血时间 18~32 d,其中无痛性阴道少量流血 6 例,阴道流血如月经量 3 例;3 例因不明原因停经来我院。住院时间 15~30 d。以上患者血人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotropin, β -HCG)值均增高,为 199~7526 IU/l。12 例均依据剖宫产病史,临床表现及辅助检查明确诊断。

结 果

1. 超声检查结果

超声检查:宫腔内无孕囊,子宫内膜清晰;宫颈增宽,宫颈前壁肌层内测及强回声块,其内夹杂有囊状及迂曲管状无回声,边界不清,向宫外突出,其前方与膀胱之间肌层变薄,厚度 0.17~0.40 cm;其余部分肌层回声尚均匀。彩色多普勒能量图见宫颈前壁肌层包块内和周围有环绕的丰富血流信号,呈现“彩环”征。频谱多普勒显示大量静脉样血流频谱及高速低阻的动脉血流频谱,阻力指数(resistance index, RI) <0.6 (图 1)。

2. 治疗结果

10例在超声引导下对妊娠囊进行介入治疗,抽出囊液,注入氨甲喋呤(MTX) 80 mg,同时口服米非司酮 50 mg,2次/天,共服3天;2例行子宫动脉造影,同时行子宫动脉栓塞。随访血 β -HCG下降接近正常值后,在B超监视下行吸、刮宫术,出血量均 <70 ml,术中见宫体增大,下段前壁凸出,局部呈蓝紫色,壁菲薄。吸、刮物病理结果:凝血、少量绒毛及蜕膜组织。治疗后超声监测:子宫前壁下段病灶明显缩小,内部及周边血流信号稀少呈星点状,或完全消失,RI >0.6 ,血 β -HCG下降至正常值(图2)。

讨论

剖宫产瘢痕妊娠是一种罕见的异位妊娠,是剖宫产的远期并发症。由于对该疾病的认识有限,多数CSP被诊断为宫内妊娠或难免流产,且其治疗过程中多数行清宫术或人工流产术,导致术中或术后发生阴道大出血^[3]。加强对该疾病的认识,早期预防、早期诊断、早期处理是降低CSP危害的关键因素。

1. 超声检查结果

CSP的最早超声征象为底蜕膜区回声带消失,若超声声像图显示胎盘与子宫壁间有界限不清的液性暗区,并有肌层变薄,提示肌层下血肿形成,在暗区内见到不同程度光点反射,反映积血情况;若渗透进入周围组织,可见回声增强、增多。当胎盘边缘已与子宫壁分离,血液外流时,不见血肿图像,故超声检查能够早期诊断CSP^[4]。近期,有学者在使用新型的三维多普勒彩色超声时发现其能分辨子宫瘢痕部位新生血管的改变,这对判断子宫栓塞治疗后的效果尤为有效。

2. 诊断

1997年Godin等^[5,6]提出CSP的超声学诊断标准:①宫内无妊娠囊;②宫颈管内无妊娠囊;③妊娠囊生长在子宫下段前壁;④妊娠囊与膀胱之间的子宫肌层有缺陷。胎盘形成后可显示:①在胎盘与子宫浆膜、膀胱壁之间看不到低回声带或只有极薄回声带;②子宫浆膜、膀胱壁所形成的强回声线变薄、不规则或者断裂;③胎盘组织的强回声超过子宫浆膜甚至侵入临近器官如膀胱壁。TVCDU诊断CSP的敏感度高达86.4%,为首选检查方法。由于彩色超声分辨力更高,并可以观察其周边的血流,故本院应用彩超进行确诊和对治疗效果的跟踪随访。

3. 治疗

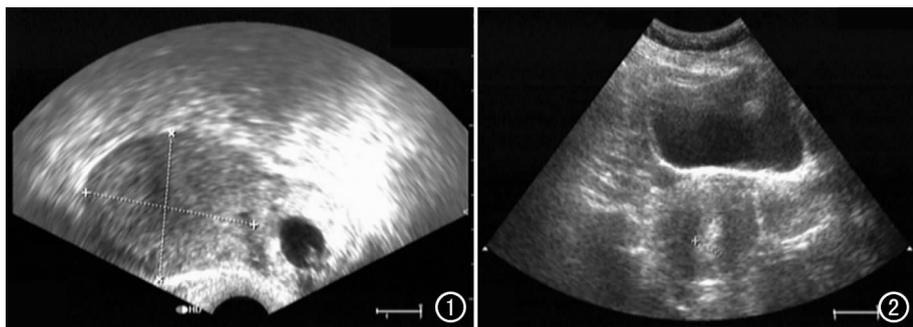


图1 彩色多普勒超声图示子宫下段妊娠囊,直径2.5cm左右。图2 治疗后4个月复查超声示妊娠囊明显缩小。

超声引导下对妊娠囊进行介入治疗或子宫动脉栓塞加B超监护下刮宫,是目前保全子宫行之有效的首选止血方法^[7,8]。这种非手术的方法简便,创伤小,安全、快捷,并且可保留生育能力,而且,超声可以实时显示治疗前后的变化。MTX局部用药,还能减轻MTX的不良反应,如胃肠道反应、脱发、口腔炎、肺炎等。因此,对于诊断明确,临床情况平稳的患者,此种治疗方法可作为首选^[9]。

随访血 β -HCG接近正常后,在B超监测下行刮宫术,出血量均 <70 ml,并保全子宫。随着近年来腹腔镜的广泛应用,腹腔镜楔形切除瘢痕处妊娠胎囊,并修补子宫,以及经宫腔镜剥离胎囊,然后电凝止血,均有成功的报道^[10]。若清宫术中出血仍较多,可给予促宫缩,阴道填塞纱布条止血,几天后待血 β -HCG值进一步下降,绒毛活性进一步降低时再在彩超监护下清宫。

治疗后随诊时,所有患者血 β -HCG水平进行性下降,病灶逐渐缩小,内部血流信号减少,RI值升高。当血 β -HCG降至正常时,病灶内部及周边血流信号稀少,RI >0.6 。这一表现可作为治疗成功的超声诊断依据。随着剖宫产比例的增加,子宫剖宫产切口处瘢痕妊娠的发生率会增加,超声检查仍是目前最重要的诊断方式,对于要求保留子宫的年轻妇女,超声引导下介入治疗是首选治疗方法。

参考文献:

- [1] Little EA, Moussavian B, Horrow MM. Cesarean delivery scar ectopic pregnancy[J]. *Ultrasound Q*, 2010, 26(2):107-109.
- [2] Maheut L, Seconda S, Bauville E, et al. Cesarean scar pregnancy: a case report of conservative management[J]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2010, 39(3):254-258.
- [3] Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review[J]. *Obstet Gynecol Survey*, 2002, 57(8):537-543.
- [4] Mabuchi S, Kawase C, Muraji M, et al. A case of recurrent cesarean scar pregnancy[J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2009, 88(9):1059-1060.
- [5] Urkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine cesarean section scar[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2003, 21

(5):220-227.

- [6] Godin PA, Bassil S, Donnez D. An ectopic pregnancy developing in a previous cesarean section scar[J]. Fertil Steril, 1997, 67(2):398-400.
- [7] Colomé C, Cusidó MT, Hereter L, et al. Conservative treatment by endoscopy of a cesarean scar pregnancy: two case reports[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 2009, 36(2):126-129.

- [8] Al-Nazer A, Omar L, Wahba M, et al. Ectopic intramural pregnancy developing at the site of a cesarean section scar: a case report [J]. Cases J, 2009, 2(1):9404.
- [9] 单震丽, 朱建龙, 洪向丽. 剖宫产术后 43 例瘢痕妊娠的治疗的探讨[J]. 中国妇幼保健, 2009, 24(23):3216-3218.
- [10] 王世阔. 剖宫产瘢痕部位妊娠[J]. 实用妇产科杂志, 2009, 25(4):195-196. (收稿日期:2010-08-24)

Turner 综合征并骨折一例

· 病例报道 ·

余永桂, 李胜

【中图分类号】R814.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2011)05-0559-01

病例资料 患者,女,40岁。外伤后左肩关节疼痛半小时就诊。入院临床查体:患者生命体征平稳,心肺听诊无异常,身高 143 cm,体重 32 kg,呆滞面容、理解能力差、沟通困难。专科查体:左肱骨外科颈区域肿胀、压痛。双肘关节均不能弯曲,活动障碍,呈对称性外翻畸形,余关节活动自如。患者丈夫诉患者自幼双肘关节活动障碍,家族中无类似病例出现,自结婚 20 年无月经出现、无孕育史,乳房平坦、无阴毛,余未见异常。实验室核型分析为 45, XO。入院 X 线片示左肱骨外科颈骨质断裂,骨折远端骨干局部骨质硬化。双侧肱骨、膝关节、右侧肘关节及尺桡骨、右腕及右手均骨质疏松,双侧肱骨头表面凹凸不平,长骨骨干均变细、皮质变薄,右肘关节融合,掌骨征阳性,腕骨角约 94°,右尺桡骨远端形态失常,表面凹凸不平,双膝关节干骺端肥大(图 1)。X 线诊断:结合临床考虑为杜纳综合征合并左肱骨外科颈病理性骨折。X 线结合临床诊断为杜纳综合征并左肱骨外科颈病理性骨折。

讨论 杜纳综合征又称性腺发育不全综合征。本病多因父母年龄较大,父母或母方的染色体不分离所引起。其发生率文献报道不一^[1,3]。本病核型以单体型 45, X 最常见,占 60% 以上^[1]。患者表现型为女性,身材矮小,成人身高一般不超过 150 cm。面容呆板,皮肤常有色素痣。性腺萎缩呈条索状,原发性闭经,子宫小,外生殖器发育不良,成年后仍保持幼稚状态。乳房不发育,阴毛和腋毛稀少或缺如。后发迹低,蹠颈,肘外翻。第 4、5 指(趾)骨与掌跖骨变短畸形。本病可合并心、肾、骨骼的各种先天性畸形^[2]。尿中有大量促性腺激素。X 线表现为普遍性骨质疏松,尤以手、足、脊柱诸骨为著。骺骨化中心出现时间正常,但干骺愈合延迟,掌骨征阳性^[1](指骨优势^[2])、腕骨角减小,正常腕骨角均值为 131.5°,本病小于 117°,本例仅 94°。肘外翻(提携角)加大。胫骨内侧平台向下倾斜及干骺疣状突起。

本病例临床表现与文献^[1,2]报道一致,X 线表现亦可见典型的手、腕部特征性改变,四肢出现对称性的骨质发育异常,尽管左肘、腕及手未行 X 线检查,但临床查体得以证实双肘为对称性外翻畸形,且肘关节不能屈伸,考虑亦为关节融合所致。本病可合并骨骼的各种先天性畸形,但本病例四肢骨及关节对



图 1 杜纳综合征并骨折。a) X 线正位片示右手第 3-5 掌骨明显缩短,指骨细长;b) X 线正位片示左肩关节骨干变细,明显缩短,而肱骨头相对膨大,肱骨外科颈断裂(箭),断端骨质硬化;c) X 线侧位片示右肘关节融合(箭);d) 左膝关节 X 线正位片示股骨内侧髁肥大(箭),胫骨内侧髁向内侧轻度凸出。

称性骨质异常、部分关节融合改变少见。

鉴别诊断:此病需与奴南(Noonan)综合征相鉴别,后者又称假性杜纳,具有与杜纳综合征类似的表现。男女均可见,为一遗传性疾病而非染色体畸变,核型分析正常。

参考文献:

- [1] 吴恩惠. 医学影像诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001. 326-327.
- [2] 王云钊. 中华影像医学-骨肌系统卷[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002. 620-621.
- [3] 余红, 赵小平, 黄燕. 53 例 Turner 综合征的临床表现与核型分析 [J]. 医学理论与实践, 2009, 22(7):830-831.

(收稿日期:2010-05-11 修回日期:2010-06-02)

作者单位:442000 湖北,湖北医药学院附属人民医院显微骨科(余永桂),放射科(李胜)
作者简介:余永桂(1977-),男,湖北十堰人,硕士,主治医师,主要从事骨科疾病的微创治疗工作。
通讯作者:李胜, E-mail:lish1981@126.com