

·名医撷华·

## 尤昭玲教授对子宫切口假腔的诊疗经验及再妊娠结局的风险评估

杨 硕<sup>1</sup>, 尤昭玲<sup>2\*</sup>, 邓菁瑛<sup>1</sup>

(1.湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208; 2.湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007)

**[摘要]** 子宫切口假腔已成为严重影响育龄妇女身心健康和生殖安全的痼疾之一。尤昭玲教授学贯中西, 关注该病 10 余载, 通过临证实践和论证, 从概念、病因病机、病变特点、分度依据、基本治则、治疗方案、再妊娠风险评估等方面不断完善其理论体系与诊治策略。提出内外结合、分期调治的基本治疗方案, 并率先提出对假腔患者再妊娠结局进行风险评估, 提倡个性化治疗方案, 以保证女性生殖生命安全。

**[关键词]** 子宫切口假腔; 尤昭玲; 再妊娠结局; 风险评估

**[中图分类号]** R271

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2016.08.010

### Experiences of Professor You Zhaoling Based on Diagnosis and Treatment of Uterus Incision Lacuna and Risk Assessment of Next Pregnancy Outcome

YANG Shuo<sup>1</sup>, YOU Zhaoling<sup>2\*</sup>, DENG Jingying<sup>1</sup>

(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China; 2. The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

**[Abstract]** Uterus incision lacuna has become a pertinacious illness, which seriously affects the psychosomatic health and reproductive safety of fertile women. Through clinical practice and demonstration for more than ten years, Professor You Zhaoling, who has a thorough knowledge of both Western and Chinese medicine, constantly improve its theory system and strategy of diagnosis and treatment, from concept, causa morbi and mechanism, lesion characteristic, degrees basis, basic treatment principle, therapeutic schedule and risk assessment of next pregnancy outcome. She puts forward the basic therapeutic schedule of internal and external therapy and treatment in different stages. She takes the lead in putting forward making risk assessment of patient's next pregnancy outcome. Advocate personalized treatment programs to ensure the female reproduction and life safety.

**[Keywords]** uterus incision lacuna; You Zhaoling; next pregnancy outcome; risk assessment

子宫切口假腔(简称“假腔”),又称为剖宫产瘢痕缺陷,是指剖宫产术后子宫下段切口愈合缺陷或瘢痕裂隙,以致切口部位子宫肌层不连续,形成与宫腔相通的凹陷。中医无“假腔”病名,根据其症状归入“经期延长”、“崩漏”、“月经过多”等范畴<sup>[1]</sup>。随着我国生育政策的调整、剖宫产率和现代检测技术的提高,其发病率日益增高,而受到关注。临床以剖

宫产后阴道异常出血伴经期前后腰骶/小腹酸、胀、痛为主要表现。因其临床表现无特异性,常被漏诊或误诊。该病易诱发组织感染、坏死,加剧经期延长,且再妊娠可能引起胎盘植入、子宫破裂、阴道大出血等严重后果,已成为严重影响育龄妇女身心健康和生殖安全的痼疾之一,应受到中西医妇科临床广泛而有效的认识和重视。

**[收稿日期]** 2016-03-26

**[基金项目]** 国家自然科学基金资助项目(81503611);湖南省自然科学基金资助项目(2015JJ6078);湖南省教育厅优秀青年基金资助项目(15B180)。

**[作者简介]** 杨 硕,女,医学博士,讲师,研究方向:妇科疑难病症防治。

**[作者简介]** \* 尤昭玲,女,教授,博士研究生导师, E-mail: youzhaoling012@163.com。

尤昭玲教授,博士研究生导师,第四批全国名中医药专家学术经验继承工作指导老师,享受国务院政府特殊津贴专家。尤昭玲教授学贯中西,从事中医和中西医结合妇产科临床、教学、科研近40年,在妇产科出血性病证、不孕症、内分泌失调等疑难病症防治方面具有丰富的临床经验和较高的学术造诣。关注、临证该病10余载,不断总结完善其中医理论和治疗方案。笔者有幸随师临证,受益匪浅,现将个人体会总结如下,以飨同道。

## 1 诊疗特色

### 1.1 病变与病势特点

本病多发生在剖宫产后2~8年,是剖宫产的远期并发症之一。随着近年来以剖宫产后阴道异常出血而就诊的病例数增多,越来越多的假腔患者被确诊。尤教授认为此病乃腔内经血不循常道依时而泄,离经之血瘀积腔内,滞于月事之后,淋漓点滴不净,时而表现为经期延长,时而崩中漏下。主要临床表现为四种类型的阴道异常出血:经期延长(9~20 d)、返经(经净后2~3 d淋漓5~10 d)、间隙性经期延长(经净后5~6 d淋漓3~4 d)、阴道不规则出血(完全无规律性、时多时少),伴经期前后腰骶/小腹牵扯或放射性酸、胀、痛,甚或酸胀/酸痛如折,翻身、体位改变、经期、性交后加剧。阴道超声检查操作简单且敏感性高,是目前诊断该病的首选检查方法。超声下可见子宫前壁下段有与宫腔相通的液暗区,该处子宫肌层菲薄、不连续,其假腔大小、形态及子宫肌层分离程度随月经周期而变化。一般检查时间以经期或阴道异常出血时为佳<sup>[2]</sup>。重点检查液暗区的位置和大小、腔尖端与浆膜层距离(简称“浆距”)、腔内口上下缘与宫颈内口距离(简称“宫颈内口距”)以及腔内口和子宫内膜是否有息肉等情况。宫腔镜下可见子宫下段切口处呈憩室样改变,可确诊此病。

### 1.2 临床分度及依据

尤教授总结了假腔的三大临床分度依据,即出血时长与出血量、酸胀痛症状的持续时间与程度、经阴道超声检查示假腔大小与浆距,并据此将假腔分为轻、中、重三度。轻度:经期延长<10 d,阴道淋漓、出血量少,轻微、偶发腰骶/小腹酸、胀、痛,阴道超声检查示子宫下段切口肌壁缺损,多呈“V”型改变,可见薄层内膜与肌壁,浆膜层连续,浆距>5 mm;中度:

10 d<经期延长<15 d,经血或阴道异常出血量多,伴随经期而加重的腰骶/小腹酸、胀、痛,阴道超声检查示子宫下段切口肌壁缺损达浆膜层,肌层甚薄,浆膜层尚平整连续,3 mm<浆距<5 mm;重度:经期延长>15 d,阴道持续淋漓出血、量多,腰骶/小腹酸、胀、痛甚如折,阴道超声检查示子宫下段切口肌壁缺损达浆膜层,浆距<3 mm,与子宫相通处>10 mm。

### 1.3 内外结合,分期调治

尤昭玲教授经过反复临床实践与推敲,不断完善子宫切口假腔相应中医疾病的命名、理论与治疗方案。提出其中医病名为“胞宫假腔”。尤教授认为剖宫产手术位置不当(过高或过低)、局部缝合不当(过多或过密)、子宫内膜异位切口等金刃损伤胞宫胞脉,以致局部组织愈合不良、坏死或感染,是导致子宫切口假腔的主要病因。患者禀赋虚弱,加之产后失血伤气,气血愈虚,疮口难敛,久病成腔是其重要诱因。气虚不摄,热瘀互结是其基本病机。确立益气化瘀、清热凉血、敛腔止血的基本治则。运用中药内服结合外敷法,自拟假腔经验方“参芪四花汤”、“外敷包”等,提出内外结合、分期调治,旨在收敛疮口、止血调经。同时强调在治疗中“通涩并用”、“清补同行”,使疮口收敛,假腔渐愈,瘀去血止经调。

1.3.1 月经调治期(月经周期第1~6天):温通宣散逼血离腔 瘀血不去,血难归经,离经之血瘀积腔内不循常道依时而泄,或为经期延长,或为崩中漏下。尤教授自拟“妇科外敷包”,由艾叶、萆薢、茴香根、虎杖、没药、茵陈、枳实等药物组成,嘱患者于月经周期第1天开始敷用,连敷6 d,1日外敷小腹2次,1包敷3 d,以温通胞宫、行气散寒、化瘀消积。以外敷之法既达到逼血离腔的目的,又避免了辛温宣散之品加重胞宫假腔经期延长、崩漏等出血症状。

1.3.2 缩腔敛腔期(月经周期第4~9天):益气清热化瘀敛腔止血调经 尤教授认为气虚失摄、热瘀互结是胞宫假腔的基本病机。自拟经验方“参芪四花汤”(党参12 g,黄芪12 g,白术10 g,百合花5 g,金银花10 g,玳玳花10 g,木槿花5 g,连翘10 g,茜草10 g,乌贼骨15 g,龙骨10 g,石榴皮10 g,金樱子10 g,甘草5 g等。)为底方治疗,从月经周期第4天开始服用,每日1剂,水煎服,连服6 d,以益气化瘀、清热凉血、敛疮止血。全方强调益气与清热同行,收涩与化瘀为用,同时巧用轻扬宣散之品,慎

用活血动血之品,祛瘀行血而不动血,又避免闭门留寇,从而达到收敛疮口,止血调经而不留瘀的目的。

## 2 假腔患者再妊娠结局的风险评估

假腔患者再次妊娠可能引起子宫切口胎盘植入、瘢痕妊娠(异位妊娠)等产科严重并发症,且子宫下段瘢痕处肌层薄弱、收缩无力,往往造成先兆流产、稽留流产、类前置胎盘、类胎盘早剥、早产、子宫破裂等不良妊娠结局,应予以足够关注和重视。因其早期疤痕未破裂时多表现为无痛性阴道少量出血或无明显不适症状,仅在检查中偶然发现,若未能及时确诊或漏诊,随着妊娠进展极易引起不可控制的大出血,严重威胁患者生命<sup>[3-4]</sup>。因而尤教授率先提出应对假腔患者再妊娠结局进行必要的风险评估。评价妊娠前和瘢痕妊娠情况下其妊娠安全性,以判断是否适宜妊娠和妊娠持续,并指导假腔患者再妊娠前后的个性化治疗方案的制定。

### 2.1 妊娠前风险评估

需关注假腔求子患者假腔大小、形态、位置及腔壁肌层厚度,即主要根据假腔的大小、形态、腔壁肌层厚度、浆距以及宫颈内口距等对假腔患者进行妊娠前安全性评价,判断适宜妊娠与否。

假腔越大,阴道异常出血时间越长,伴随症状越明显<sup>[5]</sup>。假腔根据形态可分为漏斗型、矩状型、管状型及囊状型四种类型,妊娠风险依次增高。其中,漏斗型假腔三径之和 $<3\text{ cm}$ ,患者经期 $<10\text{ d}$ ,且浆距 $>5\text{ mm}$ 时可能月经正常,临床症状相对轻微,腔内妊娠率低,妊娠风险较小;囊状型假腔三径之和 $>6\text{ cm}$ ,患者经期 $>15\text{ d}$ ,腔内妊娠率高,妊娠风险极高。子宫肌层非孕时厚约 $8\text{ mm}$ 。子宫下段含肌纤维较少,且局部血供较差,随着孕周增加,子宫下段变薄,尤其是剖宫产妇假腔患者再次妊娠后随着宫腔压力的增大,切口疤痕处组织不断拉伸变薄,子宫假腔肌层菲薄者更容易发生破裂、大出血等意外。因而子宫肌层菲薄,浆距 $<3\text{ mm}$ 或缺损深度 $>6\text{ mm}$ 者不宜妊娠。再者,剖宫产手术切口位置过高或过低直接影响切口的血供和愈合,是形成子宫切口假腔的主要影响因素。宫颈内口距过短,亦是导致前置胎盘、胎盘早剥、先兆流产、产后出血等影响假腔患者妊娠结局的重要因素。此外,双腔、腔连腔、经多次修整术者亦不宜妊娠。

### 2.2 瘢痕妊娠风险评估

假腔再孕首先应根据着床部位区分宫内妊娠与异位妊娠,排除腔内妊娠。剖宫产史中瘢痕妊娠的发生率为 $0.15\%$ <sup>[6]</sup>,剖宫产瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy,CSP)是特殊部位的异位妊娠,即受精卵或胚胎着床于剖宫产术后切口愈合不良或内膜发育缺陷而形成的子宫切口瘢痕处,是严重的产科并发症之一,其发病率逐年增加。阴道彩色多普勒超声检测能明确胚胎与子宫切口瘢痕的位置关系、血流情况及肌壁完整性,是其诊断关键。主要根据胚胎的生长趋势,胎盘附着处子宫肌层厚度、完整性及回声变化,胎盘下缘与宫颈内口距离,胚胎与宫角距离等对假腔妊娠患者进行妊娠安全性评价,判断是否适宜妊娠持续。

CSP 根据绒毛植入子宫瘢痕处后向宫腔内或宫壁发展的不同生长趋势可分为内生型和外生型。内生型 CSP 可期待治疗使妊娠持续至中、晚期,但需要随诊密切关注胎盘附着处子宫肌层厚度、完整性及回声变化,胎盘下缘与宫颈内口距离以及胚胎与宫角距离,排除前置胎盘、胎盘植入、宫角妊娠等导致子宫破裂及阴道大出血的风险。阴道彩色多普勒超声对于胎盘植入具有特异性诊断价值,超声下显示胎盘附着处子宫肌层变薄甚或消失,胎盘内及与肌层交界处血流异常丰富,呈“漩涡征”等<sup>[4]</sup>。此外,CSP 患者子宫切口瘢痕处肌层菲薄,随着孕周增加,无论内生型和外生型,瘢痕处肌层缺陷加重,肌层厚度 $<1\text{ mm}$  阈值时应警惕子宫破裂。对于内生型 CSP 患者妊娠晚期应密切关注,检测瘢痕处肌层厚度在阈值 $1\text{ mm}$  以下时应予剖宫产手术终止妊娠。外生型 CSP 又称为假腔妊娠,由于绒毛植入子宫切口假腔内并不断向肌壁发展,甚至妊娠早期即穿透子宫肌层引起子宫破裂、阴道大出血等危及妇女生命。一经确诊,应及时、适时、择时积极采用药物保守治疗和手术治疗方法终止妊娠。浆距 $<3\text{ mm}$ 者不宜手术治疗终止妊娠。同时应预防人流、刮宫术等因腔内残留和穿孔引起的大出血等产科意外,以保留患者子宫生育功能,保证女性生殖生命安全。

## 3 病案举隅

患者李某,女,32岁,2015年8月25日初诊。主诉:经期延长2<sup>+</sup>年,有孕求。现病史:近2年来经期



延长,每次行经 15~20 d,7 d 正常月经后阴道少量咖啡色分泌物持续 10 余日方止。平素月经周期正常,末次月经 2015 年 8 月 14 日至就诊时未净,量中等,色黯红,有血块,伴经期腰骶酸痛明显。白带色偏黄,偶感外阴瘙痒。平素易感神疲乏力,易感冒,睡眠欠佳,多梦,纳可,二便调。舌紫黯,苔薄黄,脉弦细。孕产史:孕 1 产 1。患者于 2011 年行剖宫产手术。辅助检查:阴道彩色超声示子宫下段前壁可见一 4.0 mm×3.5 mm 的不规则液暗区,浆距 4.3 mm,子宫内膜回声不均匀。内分泌激素水平检查正常。故考虑为假腔引起的经期延长。西医诊断:子宫切口假腔。中医诊断:胞宫假腔(气虚血瘀型)。予自拟中药复方“内炎方”加减,10 剂,1 日 1 剂,水煎服,以益气清热,逐瘀敛腔。嘱患者自测基础体温(basal body temperature, BBT),记录月经卡,忌发物,避孕。下次月经周期第 1~6 天以外敷包敷小腹,1 日 2 次,1 包敷 3 d。月经周期第 4~9 天服用“参芪四花汤”加减方:党参 12 g,黄芪 12 g,白术 10 g,百合花 5 g,金银花 10 g,玳玳花 10 g,木槿花 5 g,红景天 10 g,绞股蓝 10 g,白茅根 10 g,荆芥穗 10 g,连翘 10 g,茜草 10 g,乌贼骨 15 g,龙骨 10 g,石榴皮 10 g,金樱子 10 g,炙甘草 5 g。6 剂。以上方药连续治疗 6 个月经周期,2016 年 2 月 18 日再次复诊。末次月经 2016 年 2 月 9 日-14 日,月经 6 d 干净,量色质可,诸症皆消,舌淡红,苔薄白,脉缓滑,BBT 双相,B 超复查子宫下段无明显异常,子宫内膜回声均匀。故调理试孕。

#### 4 结语

假腔发病率日益增高,已成为严重影响育龄妇

女身心健康和生殖安全的痼疾之一。因其临床表现无特异性,常被漏诊或误诊,尚缺乏足够的重视和完善的诊疗方法。尤昭玲教授立足于临床,关注该病十余载,临床疗效显著。通过临证实践和论证,结合中医理论与现代医学检测技术,反复推敲、构思完善其理论体系与治疗方案。尤教授提出其中医病名为“胞宫假腔”,总结了假腔的病变与病势特点、临床分度及依据,认为气虚不摄,热瘀互结是其基本病机,确立了益气化瘀、清热凉血、敛腔止血的基本治则。提出内外结合、分期调治的基本治疗方案,自拟中药经验方“参芪四花汤”、“外敷包”等,用药强调“通涩并用”、“清补同行”。并率先提出对假腔患者再妊娠结局进行风险评估,判断是否适宜妊娠和妊娠持续,提倡假腔患者再妊娠前后的个性化治疗方案,以保证女性生殖生命安全。从概念、病因病机、临床表现、分度及依据、治疗方案、再妊娠结局风险评估的意义和依据等方面对子宫切口假腔进行全面、系统、综合的思考、归纳和总结,对于建立临床诊治该类病症的思路和方法具有重要的参考价值 and 临床意义。

#### 参考文献:

- [1] 冯桂玲,尤昭玲.尤昭玲教授诊治“子宫切口假腔”经验[J].湖南中医药大学学报,2012,32(9):44-46.
- [2] 张博,曾学敏.剖宫产切口憩室诊治方法探讨[J].中国妇幼保健,2013,28(17):2 831-2 833.
- [3] 王丹丹,杨清.剖宫产术后瘢痕妊娠的诊治[J].中国实用妇科与产科杂志,2012,28(9):651-654.
- [4] 王永莉,刘燕,张丽平等.彩色多普勒超声在胎盘植入诊断中的应用[J].中国煤炭工业医学杂志,2013,16(1):37-39.
- [5] 周夏芸,尤昭玲.尤昭玲教授辨证治疗子宫切口假腔三步法[J].湖南中医药大学学报,2014,34(7):29-31.

(本文编辑 贺慧娥)