

DOI: 10.19538/j.fk.2024100111

妊娠期子宫蜕膜息肉诊治中国专家共识(2024年版)

中国优生科学协会生殖道疾病诊治分会
中国研究型医院学会妇产科学专业委员会

关键词:妊娠期;子宫蜕膜息肉;诊断与治疗;专家共识
Keywords: pregnancy; uterine decidual polyps; diagnosis and management; expert consensus
中图分类号: R714.2 **文献标志码:** A

子宫蜕膜息肉(decidual polyps)也称子宫蜕膜脱垂,是指源于子宫腔或子宫颈内膜的间质细胞蜕膜化、增生、组织水肿脱垂至子宫颈管内或子宫颈口外。近年来,随着辅助生殖技术的广泛应用,妊娠期子宫蜕膜息肉的患者逐年增多,在体外受精-胚胎移植(in vitro fertilization and embryo transfer, IVF-ET)的患者中尤为明显,引发妇产科临床医生的关注。妊娠期子宫蜕膜息肉可导致蜕膜炎,继发宫腔感染、绒毛膜羊膜炎,新生儿感染以及新生儿脓毒症等^[1],同时增加孕妇产前出血的发生率^[2-3],以及流产和早产的发生风险^[4-5]。因此,妊娠期子宫蜕膜息肉增加了母儿不良妊娠结局的发生风险。

妊娠期子宫蜕膜息肉国内外文献资料少,多见于个案报道及小样本临床病例分析,目前尚无其统一的诊治推荐,因此妇产科医生常面临诊断及决策困难。如何及时诊断及鉴别诊断,如何采取适宜的干预措施已成为诊治妊娠期子宫蜕膜息肉亟待解决的问题。为此,中国优生科学协会生殖道疾病诊治分会及中国研究型医院学会妇产科学专业委员会组织专家撰写了《妊娠期子宫蜕膜息肉诊治中国专家共识》,以期提高妇产科医生对妊娠期子宫蜕膜息肉的认识,为妊娠期子宫蜕膜息肉的诊治提供参考,最大程度地保护母儿健康安全。本共识推荐级别及其代表意义见表1。

基金项目:国家重点研发计划“生育健康及妇女儿童健康保障”重点专项:“妇科恶性肿瘤患者生育力保护的临床前研究及应用”(2022YFC2704400);国家自然科学基金(81972448, 82172626, 82101772);天津市医学重点学科(专科)建设项目(TJSYXZDXK021);天津市卫生健康科技项目(ZC20005);天津市科技计划项目(18ZXDBSY00200, 18ZXDBSY00220)

通信作者:薛凤霞,天津医科大学总医院妇产科 天津市女性生殖健康与优生重点实验室,天津 300052, 电子信箱: xuefengxia@tmu.edu.cn;张慧英,天津医科大学总医院妇产科 天津市女性生殖健康与优生重点实验室,天津 300052, 电子信箱: huiying_zhang@163.com;王建六,北京大学人民医院,北京 100044, 电子信箱: wangjianliu@pkuph.edu.cn

表1 本共识推荐级别及其代表意义

推荐级别	代表意义
1类	基于高级别临床研究证据,专家意见高度一致
2A类	基于高级别临床研究证据,专家意见基本一致;或基于低级别临床研究证据,专家意见高度一致
2B类	基于低级别临床研究证据,专家意见基本一致
3类	不论基于何种级别临床研究证据,专家意见明显分歧

1 概述及发病机制

国内外资料显示^[3,6-21],妊娠期蜕膜息肉的发病年龄为22~39岁,平均约为29岁;初产妇约占2/3,经产妇约占1/3。子宫蜕膜息肉在妊娠妇女中总的发病率鲜有报道,Hirayama等^[22]报道其发病率约为3.7%。蜕膜息肉主要发生于孕早期,占整个妊娠期子宫蜕膜息肉的42%~83%^[3,6-21,23]。典型的蜕膜息肉仅见于妊娠妇女,少数不典型蜕膜反应息肉见于非妊娠期但长期接受孕激素治疗的女性,提示蜕膜息肉的形成可能与高孕激素水平有关^[24]。近年来,蜕膜息肉的检出率较前有所增加,可能与辅助生殖技术、大剂量黄体支持药物的应用,以及临床医生和病理科医生对于该疾病的认识提高有关^[23]。受精卵着床后,在雌、孕激素作用下,子宫内膜进一步增厚,血液供应更加丰富,腺体分泌更加旺盛、细胞内糖原增加,基质水肿;基质细胞肥大,分化成多边形的蜕膜细胞,细胞质内富含糖原和脂滴,此时的子宫内膜称为蜕膜。根据与胚胎的位置关系,蜕膜分为底蜕膜、包蜕膜和壁蜕膜3部分(图1)。目前,妊娠期蜕膜息肉根据其来源可分为宫腔型蜕膜息肉和子宫型蜕膜息肉(图2a~b),以宫腔型蜕膜息肉多见^[25]。

1.1 宫腔型蜕膜息肉 妊娠后子宫腔的内膜蜕膜化,蜕膜组织生长突入子宫颈管甚至脱出子宫颈口,但并不是所有的蜕膜都可以形成息肉。(1)底蜕膜:参与胎盘基底板的形成,其海绵区主要由动脉和广泛扩张的静脉构成,腺体几乎消失,不参与蜕膜息肉的形成。(2)包蜕膜:覆盖胎囊表面的蜕膜,与羊膜和绒毛膜密切接触,随胚胎生长而凸

向宫腔,可参与蜕膜息肉形成。(3) 壁蜕膜:位于宫腔内壁除底蜕膜、包蜕膜之外其他部位,可参与蜕膜息肉的形成。

1.2 子宫颈型蜕膜息肉 妊娠后子宫颈局部内膜对孕激素产生高反应,当子宫颈间质细胞出现蜕膜化以及组织水肿后,在很短的时间内向外增生形成息肉样赘生物。

推荐意见:子宫蜕膜息肉中以宫腔型蜕膜息肉更为常见,子宫颈型蜕膜息肉少见,发病可能与妊娠期高水平激素,尤其是孕激素刺激有关(推荐级别:2B类)。

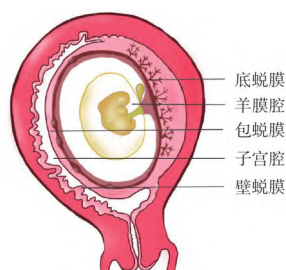
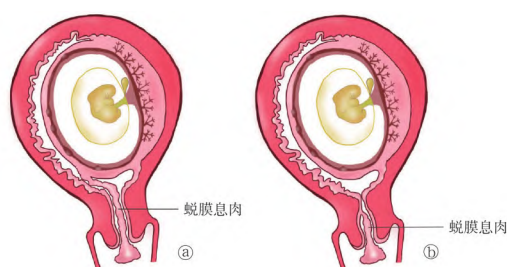


图1 蜕膜与胚胎的位置关系



a. 宫腔型蜕膜息肉; b. 子宫颈型蜕膜息肉

图2 子宫蜕膜息肉的分类

2 对母儿的影响

2.1 妊娠期感染风险增加 子宫蜕膜息肉贯穿子宫颈管,破坏子宫颈的天然屏障,使病原体能够侵入并在蜕膜组织中定植,从而可能导致蜕膜炎而继发绒毛膜羊膜炎。如果病原体进入羊膜腔或侵入绒毛膜血管造成血管炎,可直接进入胎儿血循环,抑或通过胎儿吞噬、呼吸运动及胎儿皮肤等途径造成胎儿各系统感染和脓毒症的发生^[1]。

2.2 早产和流产风险增加 一项包含 4172 例孕妇的回顾性队列研究发现,妊娠 12 周前发现子宫息肉但未行息肉切除的 92 例孕妇,有 5 例(5.4%)孕妇在 34 周前发生自发性早产,显著高于无息肉组(0.7%)^[26]。Hirayama 等^[22]回顾性分析了 2799 例无子宫颈息肉的孕妇(非息肉组)和 142 例妊娠早期子宫颈息肉孕妇(息肉组)的妊娠结局。息肉组中选择保守治疗患者 106 例,手术息肉切除者 36 例,其中病理为子宫蜕膜息肉 30 例(83.3%)、子宫颈内膜息肉 6 例(16.7%)。息肉组和非息肉组在孕 22~28 周流产率分别为 2.1% 和 0.3%、34 孕周前的早产率分别为 4.9% 和 0.8%、37 周前早产率分别为 13.4% 和 4.1%。结果提示,妊娠早期子宫颈息肉,无论病理类型为蜕膜息肉抑或子宫颈内膜息肉,均是晚期流产和自发性早产的独立危险因素($OR=13.0$)。

2.3 妊娠期出血风险增加 蜕膜反应受孕激素影响,孕激素水平的波动可能影响蜕膜的形成及稳定性^[2],加之蜕膜息肉表面血管丰富,故发生自发性出血的风险增加。孕期性生活或者妇科检查也可导致接触性出血。此外,蜕膜息肉周围的炎症反应可能使得血管变得更脆弱易于出血^[3],出血时间长也可导致妊娠期感染的风险增加。

推荐意见:妊娠期子宫蜕膜息肉可引起不良妊娠结局,可导致出血、流产以及早产的风险增加,引起妊娠期生殖道感染,甚至绒毛膜羊膜炎以及胎儿宫内感染(推荐级别:2A类)。

3 临床表现

患者发病的孕周不同,病程长短不一,息肉大小各异,有无合并感染,个体的症状和体征也存在很大差异。多数患者表现为阴道不规则流血和阴道分泌物异常,少数患者可无症状。

3.1 症状 子宫蜕膜息肉最常见的症状为无痛性阴道流血。多数患者表现为暗红色点滴流血或接触性流血,通常为间断性和反复性发作。早孕期反复阴道流血患者易误诊为先兆流产,而使用孕激素进行保胎,可能进一步刺激子宫蜕膜息肉增长;或先兆流产患者经孕激素保胎治疗后阴道流血仍未停止,在原有孕激素治疗的基础上进一步增加孕激素用量,形成“流血-保胎-流血增多-保胎药加量”的恶性循环。极少数患者一次阴道流血量可多达 200~300 mL^[6,13],罕见情况下甚至出现大量阴道流血导致头晕、冷汗、乏力,甚至意识不清等失血性休克的表现^[18]。子宫蜕膜息肉还可出现阴道分泌物增加,伴有分泌物异味或颜色改变,如血性阴道分泌物。部分患者无症状,仅在人工流产术前、孕期妇科或超声检查、分娩时偶然发现。

3.2 体征 专科检查见息肉呈舌样赘生物,可多发或单发,以单发多见。息肉的蒂长短不一,蒂部可附着于子宫腔内,多见于宫腔下段,亦可位于子宫颈管内。息肉大小亦有所不同,偏小者如绿豆大小,部分呈棒槌状或长条状,有报道较长者可达 8 cm,甚至脱出阴道外口^[12]。若息肉未发生嵌顿,通常为粉红色,质稍韧,有光泽及弹性,表面可覆盖黏液样分泌物,非脓性,不易擦拭,触之不易出血;若发生嵌顿缺血,息肉呈紫红色,质脆,触之易出血;若发生坏死感染,表面可见脓苔,伴恶臭,严重者子宫颈外口无法辨识,类似于宫颈癌。息肉可随患者体位而变化,如臀高位时息肉可能小幅度向子宫颈管内回缩。

极少数患者可出现大量阴道流血,严重者可出现心率加快、血压下降、冷汗、昏迷等失血性休克表现。当蜕膜息肉继发感染时,可出现阴道分泌物多伴有异味,严重者呈急性病容,体温升高,下腹部有压痛、反跳痛及肌紧张,可伴有腹胀、肠鸣音减弱或消失,子宫呈激惹状态,宫体有压痛,胎心率增快等表现。

推荐意见:子宫蜕膜息肉的主要临床表现为阴道流血和分泌物增多,子宫颈可见息肉样赘生物,其数量、大小、形状、颜色等各异(推荐级别:2A类)。

4 诊断及鉴别诊断

诊断需询问患者有无发生子宫蜕膜息肉的高危因素,如是否为辅助生殖技术助孕、是否因先兆流产等原因应用大量孕激素药物保胎治疗等。结合患者症状,进行必要的体格检查,尤其对于妊娠早期的阴道流血,窥器检查阴道流血来源、子宫颈形态及阴道分泌物性状等十分重要。诊断及鉴别诊断的辅助检查包括几方面。

4.1 超声检查 妊娠期子宫增大,经腹超声显示子宫颈病变困难,建议行经阴道超声检查。蜕膜息肉超声表现为子宫颈管内单发或多发低至中等回声团块,呈条形或舌状。特征性的超声表现为:子宫颈内口扩张,团块常贯穿整个子宫颈管,向上与宫腔下段处蜕膜组织界限不清,向下可达子宫颈外口,甚至脱出于子宫颈外口(图3)。部分患者可探及来源于宫腔下段的动脉血流信号,也可探及点状、短棒状血流信号或未探及明显的血流信号。随体位及宫腔压力变化可有一定活动度,超声检查可见息肉在子宫颈管内的位置并不固定。李仁丽等^[27]回顾性分析了经病理证实的子宫颈蜕膜息肉早孕患者188例,其中术前经阴道超声提示子宫颈蜕膜息肉样病变156例(83.0%),136例(72.3%)可探及来源于宫腔下段的动脉血流,经阴道超声诊断符合率达83.0%,误诊率为11.1%,漏诊率为5.9%。

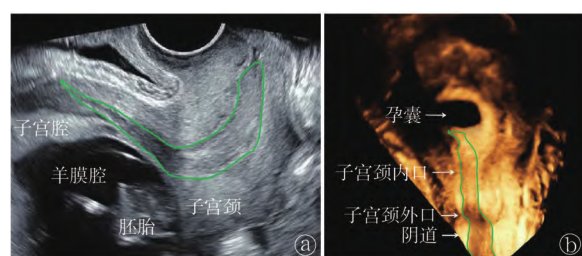


图3 蜕膜息肉的超声表现
a. 蜕膜息肉超声二维平面图:绿色标识显示蜕膜息肉蒂部顶端位于子宫颈内口上方,与宫腔下段的蜕膜组织界限不清,下缘未达子宫颈外口;b. 蜕膜息肉超声三维重建图:绿色标识显示蜕膜息肉起自宫腔下部,子宫颈内口开放,贯穿子宫颈管,脱出至阴道内

图3 蜕膜息肉的超声表现

4.2 子宫颈细胞学检查 由于少数蜕膜息肉阴道检查与子宫颈癌类似,且部分患者孕前未规律行子宫颈细胞学及人乳头瘤病毒(HPV)筛查,因此需行子宫颈细胞学检查除外子宫颈病变。妊娠期子宫颈脱落细胞学检查可表现为特殊类型细胞如舟状细胞、蜕膜细胞、Arias-Stella反应腺细胞等^[28],部分细胞改变易与子宫颈病变相混淆。因此,临床医生应于子宫颈细胞学申请单上注明“妊娠期”,当妊娠期子宫颈细胞学检查结果难以判读时,应由高年资病理科医生进行甄别,避免过度诊断或漏诊。

4.3 阴道镜检查 当不能除外子宫颈恶性病变,高危型HPV检查阳性或子宫颈细胞学检查提示高度病变或不除外高度病变时,需要进一步行阴道镜检查以鉴别。子宫蜕膜息肉可表现多种形式,大多数为息肉样赘生物,多为粉

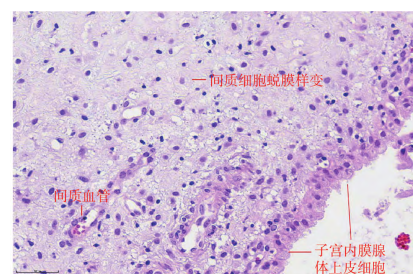
红色,质稍韧,表面有光泽,似被覆一层黏液,无明显组织糟脆感,触之不易出血(图4a);极少数由于嵌顿缺血息肉多呈紫红色,质脆易出血,发生坏死感染时可见脓苔。醋白试验无明显增厚的醋白上皮,不伴点状血管及镶嵌(图4b)。棉签协助轻轻推开脱出的蜕膜组织,可见其来自于子宫颈内口,与子宫颈管呈游离状。



a. 直接观察;b. 醋白试验后

图4 蜕膜息肉阴道镜表现

4.4 病理组织学检查 对于临床上传送检的子宫颈息肉标本,当出现如下情况之一时应考虑蜕膜息肉可能:(1)标本取自孕妇。(2)标本呈片状,表面粉红色,柔软、脆弱、易出血。(3)间质细胞表现出广泛蜕膜化。(4)腺上皮显示高孕激素反应、高分泌或萎缩反应。(5)无胎盘绒毛或妊娠滋养细胞(图5)。对于子宫内来源的标本,应先检查胎盘绒毛和滋养细胞成分,以排除自然流产,如果无上述成分,镜下呈弥漫性腺体分泌和间质细胞的蜕膜化,则可考虑诊断为子宫蜕膜息肉。而子宫颈内膜息肉伴蜕膜变,可见多成分背景,如厚壁的血管、间质纤维化、子宫颈腺体增生,甚至慢性炎细胞浸润,在此基础上息肉间质细胞出现局限性蜕膜化。



子宫内源间质细胞出现广泛蜕膜化改变

图5 蜕膜息肉病理表现(HE染色,×40)

此外,对息肉的描述还应注意包括其伴随特征,如糜烂、炎症、坏死、出血和血栓。特别值得注意的是血栓,研究显示,子宫蜕膜息肉伴血栓形成的患者妊娠不良结局的发生率较高^[23]。Zou等^[23]对550例妊娠期切除的子宫颈息肉进行回顾性分析,发现250例息肉经病理最终证实为蜕膜息肉,其中52例患者最初病理诊断被误诊为子宫颈内膜息肉伴蜕膜变,误诊率为20.8%,提示蜕膜息肉的病理诊断误诊率较高,需要妇产科医生和病理科医生进行有效沟通,结合临床特点及病理组织学特点作出明确诊断。

4.5 鉴别诊断

4.5.1 非子宫颈性病变 在妊娠早期,需要与自然流产、异位妊娠等出血性疾病相鉴别;在妊娠中、晚期,需要与胎盘相关疾病,如前置胎盘、胎盘早剥、前置血管破裂等相鉴别。在妊娠期出现阴道流血时,阴道窥器检查非常必要。然而,由于孕妇因担心阴道窥器检查可能造成流产、早产、胎膜早破等,往往拒绝检查,且部分临床医师顾虑阴道窥器检查可能引起不必要的纠纷而忽略该检查的必要性,抑或在接诊主诉为阴道流血的孕妇时,单纯考虑常见的胎盘或胎膜因素而忽略子宫颈因素。这常常造成漏诊或误诊。

因此,尤其对于妊娠早期出血的患者,需要完善阴道窥器检查和超声检查等鉴别出血原因。

4.5.2 子宫颈相关病变

4.5.2.1 妊娠合并子宫颈内膜息肉 子宫颈内膜息肉是由于慢性炎症刺激,导致子宫颈管局部黏膜增生并逐渐从基底部向子宫颈外口突出而形成的良性病变,与蜕膜息肉的发生机制不同。蜕膜息肉与子宫颈内膜息肉临床鉴别最为困难,往往需要结合患者的病史、妇科检查、超声,甚至病理结果(手术切除者)等进行鉴别。见表 2。

表 2 子宫蜕膜息肉与子宫颈内膜息肉鉴别要点

项目	子宫蜕膜息肉	子宫颈内膜息肉
病史	孕前妇科检查/超声检查(-)	孕前检查有/无子宫颈息肉
妇科检查		
颜色	粉红色(大多数)/紫红色(嵌顿缺血时)	鲜红色
质地	质稍韧,有光泽,被覆一层黏液	质脆,无明显黏液覆盖
触血	不易出血	易出血
超声检查		
回声	低中等回声	中高等回声
蒂部	多位于宫腔下部(宫腔型) 少数位于子宫颈管内(子宫颈型)	多位于子宫颈管内(近子宫颈外口)
走形	常贯穿整个子宫颈管(宫腔型)	子宫颈管下段
子宫颈内口	扩张(宫腔型)	闭合
改变体位	体位、宫腔压力变化时,息肉可回缩(宫腔型)	无变化
病理检查		
镜下改变	(宫腔型)全部为蜕膜组织,间质细胞蜕膜化呈弥漫性改变,可见萎缩子宫内膜腺体结构 (子宫颈型)子宫颈间质细胞弥漫性蜕膜化,可见子宫颈黏液柱状上皮及子宫颈腺体	多成分背景,如厚壁血管、间质纤维化、子宫颈腺体增生,甚至慢性炎细胞浸润等,妊娠期也可出现子宫颈间质细胞蜕膜化,但大多局限 ^[25]

4.5.2.2 妊娠合并黏膜下肌瘤 妊娠合并黏膜下肌瘤为子宫颈管内或子宫颈外口实性肿物,表面光滑,质地较蜕膜息肉硬。超声表现为子宫颈内口开放,宫腔下段内可见条状偏低回声向下延伸到子宫颈管或阴道内,可见子宫内膜下肌层发出的蒂,部分可见来源于子宫肌层的条状血流信号。

4.5.2.3 妊娠合并子宫颈癌 两者均表现为阴道不规则流血,极少数蜕膜息肉继发感染者易与子宫颈癌混淆。需要结合患者病史、子宫颈细胞学检查、HPV 筛查、阴道镜检查、超声,以及必要时盆腔 MRI 进行鉴别诊断,最终鉴别诊断依赖组织病理学检查。

推荐意见:蜕膜息肉常需要结合有无应用大剂量孕激素的病史,症状、体征以及特异性的超声表现进行诊断,并且需要与引起妊娠期阴道流血、子宫赘生性肿物的疾病进行鉴别(证据级别:2A 类)。

5 治疗

妊娠期发现的子宫颈赘生物不仅使孕妇及家属感到

焦虑,而且还给主诊医生的诊疗方案制定带来困难。一方面,孕妇及其家属对产前产时出血、继发感染对胎儿的影响以及子宫颈赘生物潜在的恶性风险感到担忧;另一方面,由于对治疗后妊娠结局的不确定性也给临床医生带来压力及困扰。因此,最大程度地规范妊娠期子宫蜕膜息肉的治疗流程显得尤为重要。首先,临床医生应尽可能明确息肉的来源,需要通过患者的病史、妇科检查、超声检查等手段,鉴别是子宫蜕膜息肉还是子宫颈内膜息肉,鉴别要点详见表 2。在明确诊断为子宫蜕膜息肉的情况下,除非患者出现阴道大量流血或继发严重感染,否则妊娠期的首选治疗方法是期待治疗,以减少妊娠胎儿丢失的可能。其次,研究表明子宫蜕膜息肉患者约占所有妊娠期发现子宫颈赘生物患者的 41%~45%^[23,29],然而相当一部分患者在获取明确病理学证据之前,难以完全明确诊断。但是,无论是蜕膜息肉抑或是子宫颈内膜息肉,妊娠期的临床处理通常是相似的,其治疗方式主要取决于患者的症状,可根据症状的严重程度进行分层管理(图 6)。

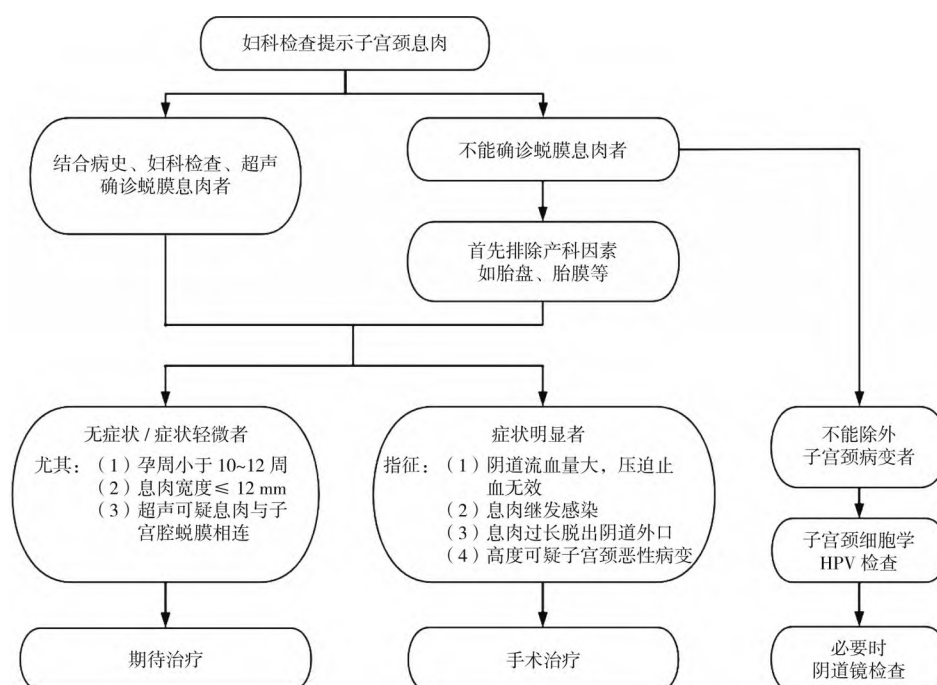


图6 妊娠期子宫颈蜕膜息肉分层管理流程图

5.1 一般治疗 妊娠期子宫颈蜕膜息肉患者需要注意保持外阴清洁,重视阴道分泌物检查,必要时进行子宫颈分泌物培养。辅助生殖技术治疗后妊娠者,应注意黄体支持药物的剂量调整,保胎患者注意孕激素用药应尽量使用最低有效剂量保胎,同时注意避免阴道用药等。

5.2 期待治疗 对于妊娠期明确或未明确诊断蜕膜息肉且无症状或症状轻微者,首选期待治疗。期待治疗的主要原因包括:(1)研究显示,妊娠期蜕膜息肉有自然消退的可能,60%~70%的蜕膜息肉于妊娠38周前消退,大部分患者通常会在产后4~6周前自然消退^[12,22,30]。王彤等^[31]通过超声动态监测发现,随着孕周增加,子宫蜕膜息肉的位置向宫腔内移动,其回缩至宫腔比例分别为24孕周前59.09%,32孕周前90.91%。(2)蜕膜息肉由于是妊娠期间质细胞蜕膜化改变,故明确诊断的蜕膜息肉不存在恶变之虞;子宫颈内膜息肉的恶变率约为0.08%~0.2%^[32-33]。(3)部分蜕膜息肉蒂部宽且位于子宫颈管内,多数手术治疗只能从子宫颈外口水平切除,无法实现完全切除,如血管回缩至子宫颈内口上方,导致止血困难,可诱发严重出血。

研究显示期待治疗后患者可以获得较为满意的妊娠结局。对蜕膜息肉的个案报道进行分析后发现^[3,6-21],采用保守治疗者18例,平均发病孕周为妊娠14周,其中因绒毛膜羊膜炎妊娠20周流产1例,33~36孕周之间早产3例,余14例均足月产,新生儿预后良好。Yoshida等^[34]报道对20例诊断为妊娠期蜕膜息肉的孕妇进行期待治疗,诊断蜕膜息肉平均孕龄为9周,其中1例在妊娠13周时自然流产,10例早产,9例为足月产,平均分娩孕周为36周(26~39周)。其中13例子宫颈缩短患者于孕25周前行子宫颈环扎术,

术后未出现流产及感染。2例子宫颈缩短患者未行子宫颈环扎术,于孕28周前流产。因此,期待治疗后出现晚期流产、早产可能与蜕膜息肉继发感染导致宫腔感染以及子宫颈机能不全有关。因此,适度减少应用孕激素、合理应用抗菌药物预防感染、评估有无子宫颈机能不全并积极治疗,对改善妊娠结局可能有效。

5.3 手术治疗 关于妊娠期切除蜕膜息肉的循证医学证据有限,因此其安全性存在争议。多数研究认为妊娠期子宫颈息肉切除术可能会增加流产、早产风险,尤其是蜕膜息肉切除术后流产和早产风险更高^[4,22,29,35-36]。Riemma等^[4]荟萃分析显示,妊娠期无论是蜕膜息肉切除,还是子宫颈内膜息肉切除,均与流产和早产的风险增加有关,且蜕膜息肉切除会进一步增加孕妇早产的风险($RR=6.13$)。Tokunaka等^[29]研究显示,蜕膜息肉切除术后患者自然流产率和早产率为12.2%和34.2%,分别明显高于子宫颈内膜息肉切除患者分别为0和4.8%。Fukuta等^[35]研究发现,息肉大于12mm、术前存在阴道流血的症状、手术时孕周小于10周、病理类型为蜕膜息肉是34孕周前早产的独立危险因素。Huang等^[36]对妊娠期子宫颈赘生物切除的孕妇共307例进行研究,子宫蜕膜息肉孕妇流产、早产发生率分别为14.9%、16.8%,明显高于子宫颈内膜息肉的5.6%、9.1%,且蜕膜息肉是流产的独立危险因素。也有极少数研究提示,蜕膜息肉切除术未增加早产及流产的风险^[37],但术合并阴道炎、术时孕周 ≤ 12 周及术后阴道流血是未足月分娩的危险因素,故推荐在孕12周后进行手术,同时要注意术前阴道炎及术后阴道流血的围术期管理。

当出现下列情况之一时考虑手术治疗:(1) 阴道流血

量大。(2)息肉表面被覆脓苔继发感染。(3)息肉过长甚至脱出阴道外口时。(4)高度可疑子宫颈恶性病变。手术应遵循解决母体症状、尽量减小对胎儿的影响为原则。考虑到孕妇及家属的顾虑,需充分告知相关风险,并取得知情同意。常见的手术方法包括:(1)非能量器械手术方法:套扎切除术适用于蒂部粗大、血运丰富,但未发生明显嵌顿者。通过丝线将结扎环套扎在息肉蒂部,收紧并固定线结,切除结扎环下方息肉组织。(2)能量器械手术方法:单极电切是通过器械与患者自身形成回路,电极集中电流产生热量,患者身体是电回路的一部分,妊娠期使用单极电切可能对胎儿造成电损伤,因此妊娠期手术应避免使用单极能量器械,可采用双极电切术。经阴道直视下,于子宫颈外口水平双极电凝切除蜕膜息肉,此法尤其适用于息肉嵌顿,组织糟脆者。(3)改良宫腔镜手术:亦有文献报道可采用改良宫腔镜手术^[38],无需扩张子宫颈内口,无需膨宫,且不进入宫腔,宫腔镜直视下将镜体自子宫颈外口置入子宫颈管内,经腹超声监测下于子宫颈内口下方 1 cm 处,双极电切蜕膜息肉蒂部,但由于宫腔镜治疗子宫蜕膜息肉的文献报道较少,尚需要进一步临床探讨。无论何种手术方法,术前应重视围术期子宫颈及阴道分泌物培养检查结果以及必要的抗感染治疗。因此,术中注意手术操作轻柔,充分止血,适当延长压迫时间,同时注意围术期抑制宫缩治疗。

推荐意见:根据患者有无症状及其严重程度决定治疗方式,对于无症状或症状轻微者采用期待治疗,对于阴道流血量多或息肉伴感染者可行手术治疗(证据级别:2B类)。

6 结语

子宫蜕膜息肉可增加妊娠期感染、流产以及早产的风险,主要临床表现为阴道流血和分泌物增多。应重视对早孕期孕妇的阴道检查,特别是辅助生殖技术以及长期保胎孕妇,以免延误诊治。子宫蜕膜息肉需要与引起妊娠期阴道流血和子宫赘生性肿物的其他疾病进行鉴别,主要结合患者病史、症状、专科检查、超声以及病理学检查确诊。根据患者症状轻重进行分层管理,症状轻微者可行期待治疗,症状明显者可行手术治疗,重视围术期抗感染及抑制宫缩治疗。

利益冲突:专家组所有成员均声明不存在利益冲突。

执笔专家:陈媛媛(天津医科大学总医院);徐茜(天津医科大学总医院);王刚(天津医科大学总医院);田文艳(天津医科大学总医院);张师前(山东大学齐鲁医院)

参与共识制定和讨论专家(按姓氏笔画排序):马晓欣(中国医科大学附属盛京医院);王玉东(上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院);王世宣(华中科技大学同济医学院附属同济医院);王永军(首都医科大学附属北京妇产医院);王刚(天津医科大学总医院);王建六(北京

大学人民医院);王建东(首都医科大学附属北京妇产医院);王晓黎(海南医学院附属妇幼保健院);王颖梅(天津医科大学总医院);王新宇(浙江大学医学院附属第四医院);田文艳(天津医科大学总医院);任琛琛(郑州大学第三附属医院);邬素芳(上海市第一人民医院);刘从容(北京大学第三医院);刘国忠(天津坤如玛丽妇产医院);刘淑娟(空军军医大学西京医院);孙宇辉(哈尔滨医科大学附属第一医院);孙秀丽(北京大学人民医院);孙蓬明(福建省妇幼保健院);闫晔(天津医科大学总医院);杨硕(北京大学第三医院);杨慧霞(北京大学第一医院);李蓉(北京大学第三医院);吴桂珠(上海市第一妇幼保健院);汪希鹏(上海交通大学医学院附属新华医院);汪宏波(华中科技大学同济医学院附属协和医院);张广民(赤峰市第二医院);张师前(山东大学齐鲁医院);张旭红(天津医科大学总医院);张丽琴(天津医科大学总医院);张松灵(吉林大学第一医院);张晓玲(江西省妇幼保健院);张姬(中国医科大学附属盛京医院);张辉(河北医科大学第四医院);张瑜(中南大学湘雅医院);张蔚(武汉大学中南医院);张慧英(天津医科大学总医院);陈芳(潍坊市人民医院);陈晓军(上海市第十人民医院);陈敦金(广州医科大学附属第三医院);陈媛媛(天津医科大学总医院);林永红(成都市妇女儿童中心医院);郑莹(四川大学华西第二医院);赵扬玉(北京大学第三医院);赵淑萍(青岛市妇女儿童医院);胡丽娜(重庆医科大学附属第二医院);姚书忠(中山大学附属第一医院);秦莹莹(山东大学生殖医院);徐大宝(中南大学湘雅三医院);徐茜(天津医科大学总医院);徐燕颖(天津医科大学第二医院);郭瑞霞(郑州大学第一附属医院);黄向华(河北医科大学第二医院);崔竹梅(青岛大学附属医院);崔满华(吉林大学第二医院);商宇红(大连医科大学附属第一医院);韩丽萍(郑州大学第一附属医院);韩姤(天津医科大学总医院);程文俊(江苏省妇幼保健院);漆洪波(重庆医科大学附属第一医院);谭文华(哈尔滨医科大学附属第二医院);薛凤霞(天津医科大学总医院);瞿全新(天津市第一中心医院)

特别致谢:感谢天津医科大学总医院李纤纤医师对本文所做的绘图工作。

参考文献

- [1] 刘亚敏,漆洪波.羊膜腔感染的病因及诊治[J].中国实用妇科与产科杂志,2023,39(12):1183-1185.
- [2] Deligdisch L. Hormonal pathology of the endometrium[J]. Mod Pathol, 2000, 13(3):285-294.
- [3] Batkoska M, Korošec S, Frangež HB. A rare case of symptomatic recurrent decidual polyp in each pregnancy in a woman with primary infertility[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 2022, 49(9):191.
- [4] Riemma G, Della CL, Vitale SG, et al. Surgical management of endocervical and decidual polyps during pregnancy: systematic review and meta-analysis[J]. Arch Gynecol Obstet, 2023, 307(3):673-680.

- [5] Bolgarina Z, Desai HN, Senaratne M, et al. Cervical and vaginal decidualis: insights on management and a systematic review of observational studies on pregnancy complications and management outcomes (including vaginal birth)[J]. *Cureus*, 2023, 15(8):e44479.
- [6] Klein J, Domeier LH. An unusual decidual reaction in the cervix[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1946, 51:423-426.
- [7] Haas RL. The significance of decidual polyps in otherwise normal pregnancies[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1947, 54(1):124-126.
- [8] Spivack M. Shedding of decidua during uterine pregnancy and its clinical significance[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1949, 57(5):989-995.
- [9] Lapan B. Deciduosis of the cervix and vagina simulating carcinoma[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1949, 58(4):743-747.
- [10] Hilbert GH, Coleman FC. Decidual polyps of the cervix[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1951, 61(4):919-922.
- [11] Armenia CS, Shaver DN, Modisher MW. Decidual transformation of the cervical stroma simulating reticulum cell sarcoma[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1964, 89:808-816.
- [12] Gornall AS, Naftalin NJ, Brown LJ, et al. Massive necrosis of cervical ectopic decidua presenting in labour[J]. *BJOG*, 2000, 107(4):573-575.
- [13] Oladipo A, Mathew J. Cervicitis decidualis: a rare cause of antepartum hemorrhage[J]. *J Low Genit Tract Dis*, 2005, 9(1):52.
- [14] van Diepen D A, Hellebrekers B, van Haaften AM, et al. Cervical decidualis imitating dysplasia[J]. *BMJ Case Rep*, 2015, 2015:bcr2015210030.
- [15] Xiaoyin W, Qingping Z, Mei Y, et al. Diagnosis and treatment of cervical ectopic decidua during pregnancy[J]. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2018, 45(3).
- [16] Levin G, Rottenstreich A. 2nd trimester miscarriage following decidual polypectomy[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2018, 225:262-263.
- [17] Seo N, Tachibana D, Misugi T, et al. First trimester findings of decidual polyp: Caution to avoid polypectomy[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2020, 249:109-110.
- [18] Mangla M, Nautiyal R, Shirazi N, et al. Ectopic Cervical Deciduosis: A Rare Cause of Antepartum Hemorrhage in Mid Trimester[J]. *Eurasian J Med*, 2021, 53(2):152-154.
- [19] Buttery J, Harry A, Kapoor S. Intrapartum hemorrhage secondary to circumferential ectopic cervical decidualis: A case report[J]. *Case Rep Womens Health*, 2021, 31:e328.
- [20] Verma ML, Sankhwar PL, Qayoom S, et al. Rare presentation of cervical decidualis as antepartum haemorrhage[J]. *BMJ Case Rep*, 2022, 15(3):e245569.
- [21] Oh JW, Lee EJ, Jin YM. Vaginal hemorrhage associated with decidualized rectovaginal deep infiltrating endometriosis during the third trimester of pregnancy: a case report[J]. *J Korean Soc Radiol*, 2022, 83(5):1121-1127.
- [22] Hirayama E, Ebina Y, Kato K, et al. Cervical polyps in early pregnancy are a risk factor for late abortion and spontaneous preterm birth: A retrospective cohort study[J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2022, 156(1):64-70.
- [23] Zou J, He Y, Chen H, et al. A Clinicopathologic Analysis of Decidual Polyps: A Potentially Problematic Diagnosis[J]. *Int J Clin Pract*, 2022, 2022:2200790.
- [24] 沈丹华. 子宫内息肉的病理诊断及恶变风险[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2022, 38(3):263-266.
- [25] 郑文新, 沈丹华, 郭东辉, 等. 妇产科病理学[M]. 2版. 北京: 科学出版社: 346.
- [26] Wakimoto T, Hayashi S, Koh I, et al. Relationship between unremoved cervical polyp in pregnancy and spontaneous preterm birth[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2022, 227(6):891-899.
- [27] 李仁丽, 宋丹阳, 孟璐, 等. 探讨经阴道超声在早孕期妊娠合并宫颈蜕膜息肉样病变的诊断价值[J]. *中国超声医学杂志*, 2021, 37(6):689-691.
- [28] 马莉, 卞美璐, 刘军, 等. 妊娠相关宫颈细胞形态学特点及其临床处理[J]. *中华妇产科杂志*, 2011, 46(2):84-87.
- [29] Tokunaka M, Hasegawa J, Oba T, et al. Decidual polyps are associated with preterm delivery in cases of attempted uterine cervical polypectomy during the first and second trimester[J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2015, 28(9):1061-1063.
- [30] Kondi-Pafiti A, Grapsa D, Kontogianni-Katsarou K, et al. Ectopic decidua mimicking metastatic lesions—report of three cases and review of the literature[J]. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2005, 26(4):459-461.
- [31] 王彤, 宋丹阳. 经阴道超声评估妊娠合并宫颈蜕膜息肉对妊娠结局的影响[J]. *中国超声医学杂志*, 2023, 39(12):1393-1396.
- [32] Mackenzie IZ, Naish C, Rees CM, et al. Why remove all cervical polyps and examine them histologically?[J]. *BJOG*, 2009, 116(8):1127-1129.
- [33] Younis MT, Iram S, Anwar B, et al. Women with asymptomatic cervical polyps may not need to see a gynaecologist or have them removed: an observational retrospective study of 1126 cases[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010, 150(2):190-194.
- [34] Yoshida T, Misugi T, Uemura R, et al. Analysis of perinatal events complicated with decidual polyp[J]. *Placenta*, 2019, 87:68-69.
- [35] Fukuta K, Yoneda S, Yoneda N, et al. Risk factors for spontaneous miscarriage above 12 weeks or premature delivery in patients undergoing cervical polypectomy during pregnancy[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2020, 20(1):27.
- [36] Huang YL, Chen RZ, Le F. Analysis on pregnancy outcomes and risk factors of cervical polypectomy during the first and second trimester pregnancy[J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2022, 48(10):2486-2492.
- [37] 王永亚, 崔金全. 妊娠期宫颈息肉摘除术对妊娠结局的影响及影响因素分析[J]. *智慧健康*, 2022, 8(32):145-150.
- [38] 李嘉, 杨艳, 杨蕊, 等. 妊娠期蜕膜息肉切除术的安全性探讨[J]. *中国微创外科杂志*, 2018, 18(8):699-702.

(2024-07-29 收稿)