

·临床指南·

剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治
专家共识(2016)

中华医学会妇产科学分会计划生育学组

剖宫产术后子宫瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是指受精卵着床于前次剖宫产子宫切口瘢痕处的1种异位妊娠,是1个限时定义,仅限于早孕期(≤ 12 周);孕12周以后的中孕期CSP则诊断为“宫内中孕,剖宫产术后子宫瘢痕妊娠,胎盘植入”,如并发有胎盘前置,则诊断为“宫内中孕,剖宫产术后子宫瘢痕妊娠,胎盘植入,胎盘前置状态”,到了中晚孕期则为胎盘植入及前置胎盘,即形成所谓的凶险性前置胎盘(pernicious placenta previa)。由于CSP可以造成清宫手术中及术后难以控制的大出血、子宫破裂、周围器官损伤,甚至切除子宫等,严重威胁妇女的生殖健康甚至生命,已引起临床上的高度重视。

CSP的发生率为1:2 216~1:1 800,占有剖宫产史妇女的1.15%,占有前次剖宫产史妇女异位妊娠的6.1%^[1-2]。目前,CSP的发病机制尚不清楚,对CSP的诊断与治疗在国内外均无统一的标准和指南以及较好的循证医学证据,缺乏大样本量的随机对照研究。鉴于CSP发生率逐渐升高及其所引起的严重并发症,以及近几年对CSP诊治经验的积累及大量的临床研究结果,有必要结合2012年中华医学会儿科学分会制定的“CSP诊治共识”^[3],改进并形成我国关于CSP诊治的新的专家共识,以指导临床工作,规范临床诊疗行为。特别说明的是,本共识仅针对的是孕12周内的早孕期CSP。

一、临床表现

CSP早孕期无特异性的临床表现,或仅有类似先兆流产的表现,如阴道少量流血、轻微下腹痛等^[4]。

二、诊断

CSP的诊断方法首选超声检查,特别是经阴道和经腹超声联合使用,不仅可以帮助定位妊娠囊,更有利于明确妊娠囊与子宫前壁下段肌层及膀胱

的关系。典型的超声表现^[5]为:(1)宫腔内、子宫颈管内空虚,未见妊娠囊;(2)妊娠囊着床于子宫前壁下段肌层(相当于前次剖宫产子宫切口部位),部分妊娠囊内可见胎芽或胎心搏动;(3)子宫前壁肌层连续性中断,妊娠囊与膀胱之间的子宫肌层明显变薄、甚至消失;(4)彩色多普勒血流显像(color Doppler flow imaging, CDFI)显示妊娠囊周边高速低阻血流信号。当超声检查无法明确妊娠囊与子宫及其周围器官的关系时,可进行MRI检查。MRI检查矢状面及横断面的T₁、T₂加权连续扫描均能清晰地显示子宫前壁下段内的妊娠囊与子宫及其周围器官的关系。但因为费用较昂贵,所以,MRI检查不作为首选的诊断方法。

血清 β -hCG对于CSP的诊断并无特异性,有胎心的CSP血清 β -hCG水平可以高过100 000 U/L。对于异常升高的 β -hCG也要警惕是否合并妊娠滋养细胞肿瘤。 β -hCG在治疗后的随诊中评价治疗效果时非常重要。

三、分型

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^[6]。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,少数甚或达宫底部宫腔;(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,少数甚或达宫底部宫腔;(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;

DOI: 10.3760/ema.j.issn.0529-567x.2016.08.003

通信作者:金力,100730 中国医学科学院北京协和医院妇产科,Email:jinpumch@hotmail.com

(3)妊娠囊与膀胱之间子宫肌层明显变薄、甚或缺失,厚度 ≤ 3 mm;(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^[7]:(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。

这种分型方法有别于 2000 年 Vial 等^[8]的两分法(内生型和外生型)。后者根据妊娠囊植入子宫瘢痕处的程度和妊娠囊的生长方向进行分型,缺乏用于指导临床治疗的可以依据的数据及定量指标,不利于实际操作。

四、鉴别诊断

1. 子宫颈妊娠:为妊娠囊着床于子宫颈管内,但子宫前壁下段的肌层连续性无中断。盆腔检查时,可发现子宫颈膨大,甚至可呈上小下大的葫芦形,子宫颈可成紫蓝色,但子宫颈外口闭合。鉴别时主要依据是否有剖宫产史,超声检查妊娠囊着床的位置能进一步明确诊断。当妊娠周数较大或包块较大时,区分起来可能比较困难,如患者有剖宫产史,应高度怀疑 CSP。

2. 宫内妊娠难免流产:当宫内妊娠难免流产时,宫内妊娠囊向体外排出时暂时停留于前次剖宫产子宫瘢痕处,此时超声检查可以在子宫瘢痕部位见妊娠囊或混合回声包块。鉴别时要注意病史,如有腹痛、阴道流血、子宫颈口张开,多是宫内早孕、难免流产。此外,超声检查需注意妊娠囊或包块在子宫瘢痕处有无高速低阻血流、前次剖宫产子宫瘢痕处的肌层是否有连续性中断。

3. 妊娠滋养细胞肿瘤:CSP 清宫不全或不全流产后残留的妊娠物继续生长在子宫前壁下段形成包块,其超声影像类似于妊娠滋养细胞肿瘤的表现,如与肌层无明显界线、局部肌层缺如或变薄、局部血流信号极其丰富、可探及高速低阻血流、甚至出现动静脉瘘的花色血流信号等,易误诊为妊娠滋养细胞肿瘤。但 CSP 有明确的剖宫产史,常常有人工流产或药物流产史,包块位于子宫前壁下段、与子宫瘢痕关系密切,且血 β -hCG 水平通常不会很高,很少超过 100 000 U/L。结合病史和辅助检查,

应首先考虑 CSP 的可能,不要盲目按照妊娠滋养细胞肿瘤进行化疗^[9]。

五、治疗

早孕期 CSP 作为 1 种特殊类型的异位妊娠,诊治原则是:早诊断,早终止,早清除。早诊断是指对有剖宫产史的妇女再次妊娠时应尽早行超声检查排除 CSP。一旦诊断为 CSP 应给出终止妊娠的医学建议,并尽早清除妊娠物。如患者因自身原因坚决要求继续妊娠,应交待继续妊娠可能发生的风险和并发症,如前置胎盘、胎盘植入、子宫破裂等所致的产时或产后难以控制的大出血甚至子宫切除、危及生命等险恶结局,并签署知情同意书。

终止妊娠时应尽可能遵循和选择终止早孕的基本原则和方法,以减小损伤,尽可能保留患者的生育能力为目的。

治疗方法有药物治疗、手术治疗或两者的联合。子宫动脉栓塞术(uterine artery embolization, UAE)是用于辅助治疗 CSP 的重要手段,与药物治疗或手术治疗联合可更有效地处理 CSP。

(一)药物治疗

目前,较为公认的治疗药物是甲氨蝶呤(methotrexate, MTX),MTX 治疗早孕期 CSP 的适应证:

1. 生命体征平稳,血常规、肝肾功能基本正常。
2. 不愿意或不适合手术治疗的早孕期 CSP 患者。孕周越小, β -hCG 水平越低,成功率越高。
3. II 型和 III 型 CSP 患者在行清宫手术或 CSP 妊娠物清除手术前的预处理,可及时阻止妊娠的进一步发展,降低术中出血的风险。
4. 手术治疗后血 β -hCG 水平下降缓慢或再次升高,不适合再次手术的患者,可采用 MTX 保守治疗。

美国食品药品监督管理局(FDA)关于单剂量 MTX 治疗异位妊娠的标准是否适合 CSP,目前尚无很好的循证医学证据。临床中,有 MTX 联合 UAE(MTX 25 mg,分别双侧子宫动脉注射后栓塞,总量 50 mg)、也有超声引导下妊娠囊内局部注射(25~50 mg)、或全身单剂量注射 MTX(50 mg/m²)等方案治疗 CSP,研究结果显示,无论单独应用 MTX 或联合 UAE,治疗 CSP 具有一定的效果,但治疗总时间长,并且有治疗失败的可能^[10-11],成功率在 71%~83%^[12]。

MTX 治疗期间随时会发生严重的子宫出血,需在有条件进一步处理的医院进行。在药物治疗中须采用经阴道彩超监测妊娠囊或包块周围血流

信号的变化,定期检测血 β -hCG水平,以了解治疗效果。如治疗效果满意(每周检测1次,每次 β -hCG下降幅度 $>15\%$,可视为有效^[13]),则血流明显减少甚至消失,包块明显缩小。如血 β -hCG下降不满意,或高速低阻血流信号持续存在,提示患者对MTX治疗反应差,可1周后增加药物治疗次数,或改变治疗方法。应用MTX保守治疗的CSP患者,在血 β -hCG下降至50 U/L或正常后可在B超监护下行清宫手术以缩短治疗时间,减少大出血的风险^[14]。单纯药物治疗不作为治疗CSP的首选方案^[15]。

(二)UAE

1. 适应证:(1)用于CSP终止妊娠的手术时或自然流产时发生大出血需要紧急止血;(2)Ⅱ型和Ⅲ型CSP,包块型血液供应丰富者,手术前预处理行UAE,以减少清宫手术或CSP妊娠物清除手术中的出血风险。

2. 注意事项:(1)剖宫产术后子宫下段可出现异生血管,故UAE较其他情况更困难。栓塞剂使用量大,术后发生栓塞剂脱落的风险增高。栓塞不完全的概率增加,术中止血的保障功效下降。(2)建议使用新鲜明胶海绵颗粒(直径1~3 mm),栓塞双侧子宫动脉,如有其他髂内动脉分支供血,可栓塞髂内动脉前干。(3)建议在UAE后72 h内完成清除CSP妊娠物的手术清除操作,以免侧支循环建立,降低止血效果^[16]。

(三)手术治疗

手术方法分为清宫手术、妊娠物清除术及子宫瘢痕修补术、子宫切除术。清宫手术包括:超声监视下清宫手术、宫腔镜下妊娠物清除术等。妊娠物清除术及子宫瘢痕修补术可通过开腹、腹腔镜(或联合宫腔镜),也有报道可经阴道途径手术。子宫切除术是在紧急情况下为挽救患者生命或患者无生育要求时的选择,可选择开腹或腹腔镜途径。

选择各种手术治疗方法需依据分型、发生出血的危险因素以及患者的生育要求。有出血高风险时可在手术前进行预处理,如MTX治疗或UAE。现就各种手术方法的适应证及注意事项具体阐述如下。

1. 超声监视下清宫手术:

(1)适应证:生命体征平稳,孕周 <8 周的Ⅰ型CSP。Ⅱ型、Ⅲ型CSP以及孕周 ≥ 8 周的Ⅰ型CSP如行清宫手术前需进行术前预处理,如UAE或MTX治疗,以减少术中出血^[17]。

(2)注意事项:清宫时应先吸除子宫中上段及

下段后壁的蜕膜组织,再尽量吸去妊娠囊,之后以较小的压力(200~300 mmHg; 1 mmHg = 0.133 kPa)清理前次剖宫产子宫瘢痕处的蜕膜和残余的绒毛组织;尽量避免搔刮,尤其是过度搔刮。对于孕周 <8 周的Ⅰ型CSP术前也应做好随时止血及UAE的准备。如发生术中出血多时,可使用缩宫素静脉或子宫颈局部注射促进子宫收缩,也可使用球囊压迫子宫下段瘢痕处,或使用前列腺素制剂直肠放置等紧急处理,必要时行UAE止血。Ⅱ型、Ⅲ型CSP以及孕周 ≥ 8 周的Ⅰ型CSP均应先预防性行UAE后,再行超声监视下清宫手术。如清宫后仍有残留,可酌情选择MTX治疗或再次清宫,必要时可选择妊娠物清除术及子宫瘢痕修补术。对于Ⅲ型,特别是Ⅲ型中的包块型CSP,子宫瘢痕处肌层厚度菲薄、并明显凸向膀胱者,清宫手术风险较大,发生残留、出血的风险均增加^[18],不建议行清宫手术,可选择妊娠物清除术及子宫瘢痕修补术。

(3)优点:简便,费用低廉,损伤小,恢复快。

(4)缺点:子宫瘢痕处的缺损仍然存在。

2. 宫腔镜下CSP妊娠物清除术:文献报道,对Ⅰ型CSP采用宫腔镜下妊娠物清除术,取得了一定的效果^[19-20],但缺乏更多的临床数据,同时,宫腔镜对施术者要求高,术中如联合超声监视,可降低手术并发症的风险。但宫腔镜下妊娠物清除术无法修复薄弱的子宫前壁瘢痕处的肌层。

3. CSP妊娠物清除术及子宫瘢痕修补术:手术目的是清除妊娠物的同时,切除子宫瘢痕组织,并行子宫前壁的修补术,修复薄弱的前壁肌层,恢复正常的解剖结构。手术方式可以通过开腹、腹腔镜,也有报道可经阴道完成,手术者可根据患者的情况及自身的手术技术水平选择合适的手术途径^[21-25]。

(1)适应证:Ⅱ型和Ⅲ型CSP,特别是Ⅲ型中的包块型,子宫前壁瘢痕处肌层菲薄,血流丰富,有再生育要求并希望同时修补子宫缺损的患者。术前应充分评估术中出血的风险,可行预防性UAE。也可预备UAE^[23,25],术中如有难以控制的出血,迅速行宫腔填塞后及时行UAE,或结扎髂内动脉。如无条件行UAE,术中发生无法控制的大出血危及生命时,可行子宫切除术。

(2)注意事项:清除子宫瘢痕处妊娠物后,应全面吸刮宫腔,减少术后出血、蜕膜残留等。子宫瘢痕处菲薄的瘢痕组织应尽量切除,保证对合的上下缘有正常的子宫肌层,缝合时应仔细对合,严密止血,尽可能双层缝合。术中注意分离膀胱子宫颈间

隙,如子宫前壁与前腹壁粘连,子宫下拉困难时,可辅助腹腔镜下子宫前壁粘连松解术^[22]。尽管经阴道途径可完成妊娠物清除术及子宫瘢痕修补术,但要求术者有丰富的经阴道手术的经验^[15,24]。阴道操作空间小,对于妊娠周数超过 10 周或包块直径>6 cm 者则不宜选择经阴道手术。

4. 术后随访:术后每周监测 1 次血 β -hCG 下降情况,其恢复正常的时间应同早孕期人工流产后(3~4 周)。如果术后每次 β -hCG 下降幅度不满意(即<15%),或下降至某个水平波动,或术后 4 周仍未恢复正常,则需结合临床、超声检查结果等以决定是否需要进一步干预。部分患者在清宫手术后短期内会出现子宫瘢痕处的小血肿,表现为超声下的瘢痕处低回声,但无血流信号,如无活跃阴道出血可不予特殊处理,反之,建议使用止血药物,而非再次手术治疗。术后超声的随访建议每月 1 次,直至血 β -hCG 恢复正常。

六、治疗后的生育管理

CSP,再次妊娠面临着种种风险,特别是再次 CSP。所以,对于无生育要求的妇女,推荐使用长期且有效的避孕方法,以避免 CSP 的发生。所有的避孕方法均适用,根据患者的生育要求可选择:复方短效口服避孕药、宫内节育器、皮下埋植剂、阴道避孕环、输卵管结扎术等。瘢痕子宫是宫内节育器放置时的高危情况,放置时较困难者,建议超声引导下进行,以避免宫内节育器嵌入子宫瘢痕的缺损处。对于有生育要求的妇女,建议治愈半年后再妊娠,并告知再次妊娠有发生 CSP、胎盘植入、晚孕期子宫破裂的风险。

参加本共识撰写的专家:金力(中国医学科学院北京协和医院)、陈蔚琳(中国医学科学院北京协和医院)、周应芳(北京大学第一医院)

参加本共识讨论的专家:白春梅(西安交通大学第一附属医院)、陈春林(南方医科大学南方医院)、陈蔚琳(中国医学科学院北京协和医院)、戴晴(中国医学科学院北京协和医院)、段华(首都医科大学附属北京妇产医院)、郭银树(首都医科大学附属北京妇产医院)、金力(中国医学科学院北京协和医院)、经小平(首都医科大学附属北京朝阳医院)、郎景和(中国医学科学院北京协和医院)、武淑英(北京大学第三医院)、姚书忠(中山大学附属第一医院)、张松英(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)、赵绍杰(南京医科大学附属无锡妇幼保健院)、周应芳(北京大学第一医院)

参 考 文 献

[1] Litwicka K, Greco E. Cesarean scar pregnancy: a review of management options[J]. Curr Opin Obstet Gynecol, 2013,25(6):

456-461. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000023.

- [2] Seow KM, Huang LW, Lin YH, et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2004, 23(3):247-253.
- [3] 中华医学会计划生育学分会. 剖宫产瘢痕妊娠诊断与治疗共识[J]. 中华医学杂志, 2012,92(25):1731-1733. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2012.25.002.
- [4] 金力, 范光升, 郎景和. 剖宫产术后瘢痕妊娠的早期诊断与治疗[J]. 生殖与避孕, 2005,25(10):630-634.
- [5] Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review[J]. Obstet Gynecol Surv, 2002, 57(8):537-543. DOI: 10.1097/01.OGX.0000025517.33346.1E.
- [6] 袁岩, 戴晴, 蔡胜, 等. 超声在剖宫产瘢痕妊娠诊断的诊断价值[J]. 中华超声影像学杂志, 2010, 19(4):321-324. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1004-4477.2010.04.018.
- [7] 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.
- [8] Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2000,16(6):592-593. DOI: 10.1046/j.1469-0705.2000.00300-2.x.
- [9] 梁致怡, 苏继颖, 杨华. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠清宫治疗的可行性分析[J]. 中华医学杂志, 2015,95(37):3045-3049. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2015.37.011.
- [10] Liu S, Sun J, Cai B, et al. Management of Cesarean Scar Pregnancy Using Ultrasound-Guided Dilation and Curettage[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2016,23(5):707-711. DOI: 10.1016/j.jmig.2016.01.012.
- [11] 李源, 向阳, 万希润, 等. 包块型剖宫产术后子宫瘢痕妊娠 39 例临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 2014,49(1):10-13. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2014.01.004.
- [12] Wang M, Yang Z, Li Y, et al. Conservative management of cesarean scar pregnancies: a prospective randomized controlled trial at a single center[J]. Int J Clin Exp Med, 2015, 8(10):18972-18980.
- [13] Yin XH, Yang SZ, Wang ZQ, et al. Injection of MTX for the treatment of cesarean scar pregnancy: comparison between different methods[J]. Int J Clin Exp Med, 2014, 7(7):1867-1872.
- [14] Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2003,21(3):220-227. DOI: 10.1002/uog.56.
- [15] ACOG Practice Bulletin No. 94: Medical management of ectopic pregnancy[J]. Obstet Gynecol, 2008,111(6):1479-1485. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31817d201e.
- [16] Kutuk MS, Uysal G, Dolanbay M, et al. Successful medical treatment of cesarean scar ectopic pregnancies with systemic multidose methotrexate: single-center experience[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2014,40(6):1700-1706. DOI: 10.1111/j.12414.
- [17] Birch PK, Hoffmann E, Rifebjerg LC, et al. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies[J]. Fertil Steril, 2016,105(4):958-967. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.12.130.
- [18] 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.
- [19] Weilin C, Li J. Successful treatment of endogenous cesarean scar pregnancies with transabdominal ultrasound-guided

- suction curettage alone[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2014,183:20-22. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.10.017.
- [20] Bayoglu TY, Mete UU, Balık, et al. Management of cesarean scar pregnancy with suction curettage: a report of four cases and review of the literature[J]. Arch Gynecol Obstet, 2014,289(6):1171-1175. DOI: 10.1007/s00404-014-3143-6.
- [21] Li H, Guo HY, Han JS, et al. Endoscopic treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2011,18(1):31-35. DOI: 10.1016/j.jmig.2010.08.002.
- [22] 王光伟, 刘晓菲, 王丹丹, 等. 选择性子宫动脉栓塞术联合宫腔镜手术治疗外生型剖宫产术后子宫瘢痕妊娠 67 例临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 2015, (8):576-581. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2015.08.003.
- [23] Hudeček, Felsingerová Z, Felsinger M, et al. Laparoscopic Treatment of Cesarean Scar Ectopic Pregnancy[J]. J Gynecol Surg, 2014,30(5):309-311. DOI: 10.1089/gyn.2014.0005.
- [24] Huanxiao Z, Shuqin C, Hongye J, et al. Transvaginal hysterotomy for cesarean scar pregnancy in 40 consecutive cases[J]. Gynecol Surg, 2015,12(1):45-51. DOI: 10.1007/s10397-014-0863-3.
- [25] Wu X, Xue X, Wu X, et al. Combined laparoscopy and hysteroscopy vs. uterine curettage in the uterine artery embolization-based management of cesarean scar pregnancy: a cohort study[J]. Int J Clin Exp Med, 2014,7(9):2793-2803.

(收稿日期:2016-05-21)

(本文编辑:沈平虎)

《中华妇产科杂志》第十二届编辑委员会名单

顾问: 边旭明 陈贵安 范光升 黄醒华 林其德 潘伟 彭芝兰 石一复 孙建衡 夏恩兰
 名誉总编辑: 曹泽毅
 总编辑: 郎景和
 副总编辑: 魏丽惠 沈铿 孔北华 张为远 狄文 陈子江 杨冬梓 杨慧霞 张震宇 朱兰
 编辑委员: (以下按姓氏汉语拼音字母顺序排列)

陈春林	陈敦金*	陈倩	程利南	崔恒	崔满华
崔竹梅*	丁岩	段华	段涛	范玲	丰有吉
古航	郭丽娜	郝敏	贺晶*	胡小良	胡娅莉
华克勤	黄荷凤	黄薇*	黄向华	孔为民	冷金花
李斌*	李广太	李力	李佩玲	李小平	李笑天*
李旭	梁德杨*(中国香港)		梁志清	林建华	林金芳
林兆强(中国香港)		凌斌	刘彩霞*	刘继红	刘俊涛*
刘兴会	刘朝晖*	卢彦平	鲁永鲜	马丁	马玉燕
漆洪波	乔杰	沈丹华	盛修贵	宋磊	宋岩峰
陶光实*	童晓文	万小平	汪希鹏	王波*	王和
王建六	王少为	王谢桐	王益夫(中国香港)		王泽华
温宏武	吴令英	吴瑞芳	吴尚纯	吴小华	向阳
谢幸	徐丛剑	薛凤霞	颜婉婷(中国香港)		杨孜
姚元庆	郁琦	余艳红	张国楠	张建平	张淑兰
张廷彰*(中国台湾)		张晓薇	赵一鸣	郑博仁*(中国台湾)	
周灿权	周先荣	周应芳	Felix Wong(澳大利亚)		
Jinsong Liu(美国)		Wenxin Zheng(美国)*			

注: *为新任编委

《中华妇产科杂志》第十二届编辑委员会通讯编委名单

(以下按姓氏汉语拼音字母顺序排列)

崔保霞	金力	吕卫国	马润玫	任慕兰	时春艳	隋龙
田秦杰	王子莲	薛华丹	杨佳欣	姚书忠	叶元华	张福泉
张信美	赵爱民	赵丽君	邹丽	邹燕		