

[文章编号] 1000-2200(2005)04-0309-02

少见部位异位妊娠 16 例临床分析

靳丽杰^{1,2}, 王素侠², 史倩²

[摘要] 目的: 探讨少见部位异位妊娠的临床特征、早期诊断及处理。方法: 回顾性分析 16 例少见部位异位妊娠的临床资料。结果: 少见部位异位妊娠主要包括子宫角妊娠、输卵管间质部妊娠、卵巢妊娠、子宫颈妊娠、腹腔妊娠、残角子宫妊娠和宫内宫外同时妊娠。其发生率占同期异位妊娠的 4.90%, 主要症状以腹痛、停经、阴道流血为主。所有患者均经手术治疗, 且预后良好。结论: 少见部位异位妊娠是严重危及妇女健康的急腹症, 早期临床表现不典型, 易误诊和漏诊。一旦确诊, 应立即手术。

[关键词] 妊娠, 异位; 少见部位

[中国图书资料分类法分类号] R 714.22 [文献标识码] A

Clinical analysis of special-site ectopic pregnancy: A report of 16 cases

JIN Li-jie^{1,2}, WANG Su-xia², SHI Qian²

(1. Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the clinical features, early diagnosis and treatment of special-site ectopic pregnancy (SEP). **Methods:** The clinical data of 16 cases with SEP were reviewed. **Results:** The SEP in the study included cornual pregnancy, interstitial tubal pregnancy, ovarian pregnancy, cervical pregnancy, abdominal pregnancy and rudimentary horn of uterus pregnancy. The incidence of SEP accounted for 4.90% of the ectopic pregnancy and the main clinical symptoms of SEP were abdominal pain, menopause and vaginal bleeding. All the cases (16 cases) were treated by surgery, and the prognosis was good. **Conclusions:** SEP causes acute abdomen pain and damages the health of pregnant woman greatly. The clinical manifestations of SEP in the early period are atypical. Once the diagnosis is made, surgery should be performed immediately.

[Key words] pregnancy, ectopic; seldom-site

异位妊娠是妇产科常见急腹症, 以输卵管妊娠最多见, 约占异位妊娠的 95%, 其它少见部位如卵巢、子宫残角、子宫角和腹腔均可发生, 且临床表现往往不典型, 易造成误诊和漏诊^[1,2]。现就我院收住的 16 例少见部位异位妊娠临床资料作一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 1997~2004 年, 我科共收住异位妊娠 326 例, 年龄 19~39 岁, 其中少见部位异位妊娠 16 例, 占同期异位妊娠的 4.90%。16 例中, 子宫角妊娠 3 例, 输卵管间质部妊娠 3 例, 卵巢妊娠 2 例, 子宫颈妊娠 1 例, 腹腔妊娠 2 例, 残角子宫妊娠 4 例, 宫内宫外同时妊娠 1 例。以上病例均经手术及病理检查证实。16 例少见部位异位妊娠病例中, 14 例为经产妇, 2 例为初孕妇, 14 例有人工流产史, 10 例使用宫内节育环, 4 例已行输卵管结扎。

1.2 临床表现 多数病例有停经、腹痛、不规则阴道流血三大基本症状, 但由于异位妊娠部位不同, 临

床表现有较大差异。(1) 腹痛: 腹痛是少见部位异位妊娠最突出的症状, 16 例均出现不同程度的腹痛, 多为持续性钝痛, 伴突发性加剧, 11 例有肛门坠胀及恶心、呕吐等胃肠道症状。(2) 停经: 14 例有停经史, 停经时间最短为子宫颈妊娠, 为 40 天; 最长为残角子宫妊娠, 为 96 天。(3) 阴道流血: 12 例出现阴道流血, 多表现为停经后阴道流血淋漓不尽, 时有时无, 量少, 持续时间长, 清宫后仍有阴道流血。

1.3 辅助检查 (1) 尿酶目力测定: 16 例均为阳性。(2) B 超扫描: 术前 B 超检查 12 例, 发现盆腔包块 10 例, 8 例观察到包块内胎心搏动或明显妊娠囊。(3) 后穹隆穿刺: 16 例中, 14 例后穹隆穿刺抽出不凝固血液。

1.4 术中情况 16 例均行手术治疗, 其中 10 例妊娠囊破裂行急诊手术, 4 例未破裂行择期手术。出血量最多达 3 000 ml, < 500 ml 5 例, 500~1 000 ml 3 例, > 1 000 ml 2 例。2 例卵巢妊娠均符合 Specillberg 提出的 4 条标准, 行一侧卵巢切除术后病理证实。输卵管间质部妊娠 3 例中, 2 例未破裂, 术中见子宫角明显突出, 表面充血、质软, 胚囊位于子宫角处圆韧带的外侧方; 1 例破裂有大量内出血, 行一侧输卵管切除加子宫角楔型切除。残角子宫妊娠 4 例术中确诊, 行残角子宫切除。其中 2 例破裂

[收稿日期] 2005-02-21

[作者单位] 1. 安徽医科大学, 安徽 合肥 230032; 2. 蚌埠医学院附属医院 妇产科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 靳丽杰(1972-), 女, 安徽宿州人, 讲师, 主治医师。

发生失血性休克。宫内宫外同时妊娠 1 例,则在输卵管妊娠术后继续出现妊娠反应,B 超检查为宫内妊娠。腹腔妊娠 2 例,术中见胚囊及血块包裹,种植于子宫直肠陷窝及骶骨韧带,行胚囊及血块清除。子宫角妊娠 3 例,2 例术前 B 超检查证实,择期行子宫角楔型切除,1 例破裂有大量内出血,行一侧输卵管切除加子宫角楔型切除。子宫颈妊娠 1 例,术前 B 超检查证实,行双侧髂内动脉栓塞加甲氨喋呤(MTX)灌注,两周后人工流产。

1.5 结果 16 例预后均良好。

2 讨论

2.1 病因及发病率 少见部位异位妊娠是由于孕卵在输卵管运行受阻,或外游在特殊部位着床发育而致。其发病率占同期异位妊娠的 4.85%~10.11%^[3]。我院收治 16 例,占同期异位妊娠的 4.90%。其发病因素同妇科炎症、生殖器官畸形、妇产科手术如人工流产及使用节育器有关。

2.2 诊断 少见部位异位妊娠有通常异位妊娠的主要症状,如停经、腹痛、不规则阴道流血。但由于妊娠部位不同,症状不典型,易造成误诊和漏诊。其原因:(1)临床表现不典型,如卵巢妊娠停经史不明显,腹痛早,而异位于子宫角、残角子宫、腹腔等部位,停经时间长,有时腹痛伴胃肠道症状,往往先到内科或外科就诊,从而误诊^[2]。(2)对已采取节育措施的妇女不规则阴道流血或腹痛,医师可能把异位妊娠症状误认为节育器副作用而忽视。

2.2.1 子宫角妊娠及输卵管间质部妊娠 二者破裂较一般输卵管妊娠晚,常有人工流产失败史。我院子宫角妊娠及输卵管间质部妊娠 6 例中,4 例有人工流产失败史。故有人工流产失败者应警惕异位妊娠。停经 11 周以后的异位妊娠应警惕子宫角妊娠及输卵管间质部妊娠,需及时做 B 超检查或腹腔镜协助早期诊断^[4]。其中,子宫角妊娠 B 超显示要点为:宫腔波形即将消失,或消失的同时可探及胚囊光环,与宫腔不相通,极度靠近浆膜层,肌层消失。妇检子宫角不对称增大。

2.2.2 残角子宫妊娠 残角子宫系一侧副中肾管发育不全形成,另一侧副中肾管发育健全,形成单角子宫,其妊娠多为精子或孕卵浮游至子宫残角处形成,其术前确诊困难,常误诊为宫内妊娠而行人工流产或引产,或误诊为卵巢囊肿。残角子宫妊娠约有 50% 发生破裂,破裂时间为孕 16~20 周,破裂时出血量多,易致出血性休克。我院 4 例中,3 例破裂发生出血性休克。残角子宫妊娠的诊断可依靠 B 超、腹腔镜、hCG 检测。

2.2.3 卵巢妊娠 临床表现与输卵管妊娠、黄体破裂、卵巢囊肿蒂扭转相似,可无停经史或短期停经史,腹痛轻,由于卵巢组织学特点,一旦胚胎植入易早期破裂出血,术前较难确诊,多数术中证实^[5]。

2.2.4 腹腔妊娠 妊娠位于输卵管卵巢及阔韧带以外的腹腔内。大多为继发,多由于输卵管妊娠流产或破裂,孕卵种植在腹腔的肠系膜或某一脏器继续发育。

2.2.5 子宫颈妊娠 受精卵种植于子宫颈管内,在该处生长发育。多见于经产妇多次人工流产史及子宫颈损伤者。妊娠早期出现无痛性阴道流血,妇检可触及子宫颈膨大变软,经阴道 B 超检查可证实^[6]。

2.2.6 其他 不育妇女停经时间长,妇检子宫向一侧移位,附件区触及不活动包块,多为阔韧带妊娠。如人工流产后一直腹痛或在附件区触及不活动包块,或输卵管妊娠术后子宫仍大,早孕反应不消失则宫内宫外复合妊娠可能性大。

2.3 治疗 本病为严重危及妇女生命的急腹症之一,诊断及时正确预后良好,一旦确诊需立即手术^[7]。若为子宫角妊娠或输卵管间质部妊娠,可行子宫角楔形切除加一侧输卵管切除;卵巢妊娠,可行一侧卵巢楔形切除或一侧卵巢切除;残角子宫妊娠,行残角子宫切除;腹腔妊娠,行胚囊及血块清除;子宫颈妊娠,可行双侧髂内动脉栓塞加 MTX 灌注,两周后行人工流产^[8]。如伴有出血性休克,应边抗休克边手术,一般预后良好。

[参 考 文 献]

- [1] Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Early diagnosis and management of ectopic pregnancy [J]. *Fertil Steril*, 2004, 82 (Suppl 1): S146~S148.
- [2] Prasanman S, Jabar MF, Gul YA. Ruptured ectopic pregnancy presenting as an irreducible inguinal hernia [J]. *Acta Chir Belg*, 2004, 104(5): 591~592.
- [3] Kirk E, Condous G, Boume T. Ectopic pregnancy death [J]. *Hosp Med*, 2004, 65(11): 657~660.
- [4] Zhang GL, Huang QL, Xing FQ. Application of laparoscopy in ectopic pregnancy complicated with intrauterine pregnancy: Reports of 5 cases [J]. *Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao*, 2004, 24(9): 1087~1088.
- [5] Yen MS, Wang PH. Primary ovarian ectopic pregnancy [J]. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 2004, 11(3): 287~288.
- [6] 王影,王璐. B 超诊断子宫颈妊娠 1 例 [J]. 蚌埠医学院学报, 2002, 27(5): 428.
- [7] Dialani V, Levine D. Ectopic pregnancy [J]. *Ultrasound Q*, 2004, 20(3): 105~117.
- [8] Dudley PS, Heard MJ, Sangi-Haghpeykar H, et al. Characterizing ectopic pregnancies that rupture despite treatment with methotrexate [J]. *Fertil Steril*, 2004, 82(5): 1374~1378.