

特殊部位异位妊娠的临床特征及误漏诊原因分析

洪丽玲, 魏 燕, 陈 慧

【摘要】 目的 探讨特殊部位异位妊娠的临床特征、治疗方法与预后,重点分析误诊漏诊情况。 **方法** 回顾性分析解放军第一七五医院 2000 年 1 月至 2013 年 12 月特殊部位异位妊娠 66 例患者的超声、实验室诊断特征与误漏诊情况,记录治疗方法与预后情况。 **结果** 45 例超声示异位妊娠,12 例治疗前明确特殊部位异位妊娠,9 例误诊漏诊,占 13.63%。55 例查血人体绒毛膜促性腺激素(HCG)阳性,11 例查尿妊娠试验阳性。采用保守治疗 7 例,行病灶清除术、患侧输卵管切除术等手术治疗 59 例,除 1 例保守治疗转院失访外均治愈。 **结论** 特殊部位异位妊娠临床表现不典型,术前诊断较困难,医师需详细询问病史及仔细妇科检查,对病情需全面分析,认真鉴别诊断,减少误漏诊情况的发生,改善患者的预后。

【关键词】 异位妊娠;特殊部位;诊断;临床特征;误漏诊

【中图分类号】 R714.22 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1672-271X(2018)03-0267-04

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2018.03.011

Clinical characteristics and misdiagnosis reasons of the ectopic pregnancies in unusual locations

HONG Li-ling, WEI Yan, CHEN Hui

(Department of Obstetrics and Gynecology, the 175th Hospital of PLA, Zhangzhou 363000, Fujian, China)

【Abstract】 Objective To investigate the clinical characteristics, treatment methods and prognosis of ectopic pregnancies in unusual locations, and to analysis the misdiagnosis and missed diagnosis situation. **Methods** Retrospective study was used from January 2000 to December 2013. 66 cases of ectopic pregnancies in unusual locations in our hospital were selected. The ultrasound characteristics and laboratory diagnosis in the patients were recorded, and the misdiagnosis, treatment and prognosis were also recorded.

Results 45 cases were diagnosed by ultrasound of ectopic pregnancy. 12 cases with ectopic pregnancies in unusual locations were diagnosed before treatment and 9 cases were misdiagnosed which accounted for 13.63%. 55 cases of the total showed blood HCG was positive and 11 cases showed urine pregnancy test was positive. 7 cases of conservative treatment and 59 cases of surgical treatment were cured excluding 1 case of transferring to other hospital. **Conclusion** The clinical manifestations of ectopic pregnancies in unusual locations is not typical. The diagnosis is difficult before surgery so doctors should ask detailed history and be careful about gynecological examination, comprehensive analysis of the disease, differential diagnosis so as to reduce misdiagnosis cases and improve the prognosis.

【Key words】 ectopic pregnancy; unusual locations; diagnosis; clinical characteristics; missed diagnosis

0 引 言

异位妊娠常发生在输卵管,其中特殊部位异位妊娠少见,如输卵管间质部妊娠、卵巢妊娠、宫角妊娠、宫内宫外复合妊娠、子宫瘢痕妊娠、宫颈妊娠、

残角子宫妊娠、腹腔妊娠、子宫肌壁间妊娠、双侧输卵管妊娠、腹膜后妊娠等^[1-3]。特殊部位异位妊娠的发生与流产、宫内节育器、盆腔炎症、剖宫产术等因素关系密切,近年来发病率逐渐上升。由于特殊部位异位妊娠的症状和体征常表现不典型或出现较晚,临床诊断比较困难,易误诊与漏诊,误漏诊后容易导致妊娠部位破裂出现大量出血甚至休克,严重情况下,危及患者生命^[4-6]。随着超声与实验室检查技术的进步及广泛应用,为特殊部位异位妊娠

作者单位:363000 漳州,解放军第一七五医院妇产科(洪丽玲、魏 燕、陈 慧)

通信作者:陈 慧, E-mail: chenhui3506@163.com

的早期诊断提供了客观依据,并为早期治疗提供了保障,但是也避免不了误漏诊情况的发生^[7-8]。为提高特殊部位异位妊娠的诊断水平,本文总结特殊部位异位妊娠的临床特征及误漏诊原因,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 回顾性分析我院 2000 年 1 月至 2013 年 12 月收治异位妊娠患者共 575 例,其中特殊部位异位妊娠 66 例,占同期异位妊娠患者 11.48%。所有患者临床资料完整。

1.2 辅助检查方法 所有患者均给予经腹部超声与实验室分析。在实验室分析中查血人体绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotropin, HCG)、孕酮、尿妊娠试验。

1.3 观察指标 记录所有患者的超声诊断与实验室诊断情况,记录治疗方法与预后情况。重点分析误漏诊情况。

2 结 果

2.1 临床特征 66 例患者年龄 20~43 岁,平均年龄(29.88±5.88)岁。腹痛患者 42 例,占 63.64%,其中 33 例以间歇性疼痛为主,腹痛持续时间长短不一,主要发生于卵巢妊娠、输卵管间质部妊娠、腹部妊娠等;其余 9 例以撕裂样剧痛为主,主要发生于宫角妊娠及输卵管间质部妊娠。阴道流血患者 24 例,休克患者 20 例,平均腹腔内出血量最多类型为宫角妊娠。见表 1。

2.2 超声诊断情况 在 66 例患者中,45 例超声仅

示异位妊娠,12 例治疗前明确特殊部位异位妊娠,9 例(13.63%)误诊漏诊为宫内妊娠、葡萄胎、枯萎卵等。

2.3 实验室诊断情况 55 例查血 HCG 阳性,11 例查尿妊娠试验阳性。仅 2 例行孕酮检查:1 例卵巢妊娠 1.44 ng/mL;1 例宫颈妊娠停经 35 d 为 7.06 ng/mL,1 周后 3.97 ng/mL。

2.4 治疗与预后情况 采用保守治疗 7 例,行病灶清除术、患侧输卵管切除术等手术治疗 59 例。其中 2 例保守失败后手术治疗,除 1 例保守治疗者转院失访外均治愈。本组术前明确异位妊娠部位者无休克发生。

3 讨 论

3.1 卵巢妊娠 占异位妊娠的 0.3%~3%^[2],本组表现为停经后伴或不伴腹痛、阴道流血,术前超声明确输卵管间质部妊娠 3 例,其余笼统诊断为异位妊娠,均于术后病理确诊。本组有卵巢妊娠 11 例术前彩超分别提示附件区或子宫后方混合性包块、高回声包块、低回声包块,1 例卵巢占位病变。对这例卵巢占位病变,因对卵巢妊娠警惕性较低,超声医师、临床医师均未考虑该诊断。12 例均行卵巢楔形切除及卵巢修补术。

3.2 输卵管间质部妊娠 占异位妊娠的 2%^[3]。本组表现为停经后伴或不伴腹痛、阴道流血,亦无特异临床表现。术前超声明确输卵管间质部妊娠 3 例,其余彩超提示附件区混合性包块、囊性包块、低回声包块(内见囊性暗区)。笼统诊断为异位妊娠,均行输卵管切除术,术后病理确诊。超声等检查在诊断中起关键作用,并需注意与宫角妊娠鉴别。

表 1 66 例特殊部位异位妊娠的临床特点

部位	n	停经史	停经天数(d)	阴道流血	下腹痛	平均出血量(mL)	休克	流产史	盆腔粘连	节育器	盆腔手术史	重复异位妊娠
卵巢	12	10	47.9(40~65)	7	10	704.55	1	7	6	0	3	2
输卵管间质部	21	19	50.16(30~60)	5	18	1711.76	11	14	10	1	4	0
宫角	18	17	54.06(40~80)	4	8	1875	5	9	8	0	4	2
宫颈	5	5	50.26(42~66)	4	0	-	1	2	-	0	1	0
宫内宫外复合	3	3	68.33(54~79)	1	3	816.67	1	2	0	0	2	0
腹腔	3	3	106.67(39~214)	2	2	400	0	2	0	1	3	1
子宫瘢痕	3	3	74.33(50~89)	1	0	1000	1	2	0	0	3	0
双侧输卵管	1	1	45	0	1	300	0	1	0	0	0	0

3.3 宫角妊娠 宫角妊娠表现为停经后子宫不对称性增大,继以腹痛、宫壁破裂(本组 10 例);直视下宫角一侧扩大,圆韧带外移(本组 15 例)(部分病例伴有前一特征)。本组术前超声确诊 5 例。1 例停经 40 d B 超未见明显异常,3 d 后复查彩超示右下腹异常低回声包块,考虑阑尾炎可能,后结合血 HCG 及妇科检查临床予以诊断;1 例宫腔底部偏右侧囊性小暗区,考虑宫内早孕,4 d 后复查示右侧附件区混合性包块;1 例宫内早孕,药物流产,12 d 后复查示左侧附件区混合性包块,结合临床表现及体征诊断;1 例右侧附件区囊性暗区,4 d 后复查宫底偏右侧探及囊性小区,右侧附件区探及混合型包块,包块较前增大,内可见囊性暗区,宫腔底部囊性小暗区,考虑宫外孕并宫内假孕囊可能;1 例输卵管间质部包块,见卵黄囊,未见心管搏动;1 例超声考虑宫角妊娠滋养细胞疾病可能,血 HCG 52.29 IU/L,人胎盘催乳激素(HPL)正常,遂首诊胎盘部位滋养细胞肿瘤(PSTT)可能,不排除宫角妊娠,予甲氨蝶呤(MTX)化疗后 HCG 缓慢上升,其无生育要求,行全子宫切除术,病理为宫角见退变的绒毛及滋养叶细胞,确诊为宫角妊娠;其余分别为附件区、盆腔混合性包块、高回声包块、宫角混合包块。超声检查应注意宫内孕囊位置是否偏向宫角或宫腔一侧,对于既往宫内孕囊位置偏向宫角者及宫底孕囊偏于一侧者注意密切随诊,出现异位妊娠症状时应注意宫角妊娠的可能,避免宫角妊娠误漏诊。宫角妊娠行病灶切除加修补术 4 例,患侧输卵管及宫角切除术 10 例,开腹后行吸宫术 1 例,常规吸宫术 1 例。MTX 治疗 1 例。

3.4 宫颈妊娠 占异位妊娠的近 1%^[1]。本组 2 例有停经史,无阴道流血,并彩超检查术前明确诊断。2 例有停经史、阴道流血,均于外院误诊为宫内妊娠,其中 1 例行人工流产术,未见典型绒毛组织,术后大量流血;另 1 例予药物流产后阴道流血多,复查示宫腔下段与宫颈交界处仍可探及孕囊回声,误诊为不全流产行清宫术,再次出血量多,并晕厥 1 次,转诊我院复查彩超示宫腔下段与宫颈交界处仍可探及孕囊回声,体检见宫颈膨大呈桶状,变软变蓝,宫颈外口扩张边缘薄,呈袖口状,内口关闭,宫体大小正常。此 2 例宫颈妊娠行超声检查时已提示妊娠囊位置低,医生对宫颈妊娠认识不足,又忽略了宫颈妊娠的体征,导致误诊。1 例无停经史,阴道流血 1 月余,彩超示宫颈后唇混合性包块,妇检时阴道大量流血,有肉样组织排出,子宫稍大,误诊为宫颈

癌,分析病史后查血 HCG 6810.68 IU/L,排出物病理示宫颈炎性坏死物,考虑宫颈妊娠,后予 MTX 宫颈注射联合米非司酮口服。治疗前明确诊断病例 2 例行 MTX 肌注,1 例治愈,1 例 HCG 下降缓慢,要求转院失防。误诊的 2 例行病灶清除术,局部可吸收线缝合加纱布压迫等止血治疗。

3.5 宫内宫外复合妊娠 占自然妊娠的 1/1500~1/3000^[1],兼有宫内妊娠和异位妊娠特点,易漏诊。本组 3 例均首先发现宫内妊娠及附件区包块,分别于人工流产后 4、7、21 d 突发下腹痛,行后穹窿穿刺有不凝血,术后确诊,均合并输卵管妊娠。这 3 例患者异位妊娠发病均晚于宫内妊娠超声阳性所见时间,给诊断带来困难。第 1 例停经 40 d 彩超示宫内早孕,51 d 彩超宫内早孕(枯萎卵可能),右侧附件区异常回声(不除外宫外孕可能),行人工流产术,术后 4 d 腹痛,复查示右侧附件区见一不均质回声团块性质待查、腹腔盆腔积液。第 2 例于诊疗早期体检发现一侧附件区压痛,疑诊异位妊娠,但复查彩超均提示宫腔内异常回声,提示葡萄胎可能,宫外孕不全除外,12 d 后彩超示宫腔不均质异常回声团,见许多筛状小暗区,予清宫术,病理退变绒毛组织,考虑稽留流产,前面的附件区包块考虑为黄体囊肿,未严密随诊,导致异位妊娠漏诊,术后 7 d 腹痛,复查示盆腔不均质回声区、腹腔积液。第 3 例 B 超孕卵枯萎,右附件区异常回声,不除外宫外孕可能,但未能引起医生重视,导致漏诊,后行人工流产,术后病理:蜕膜及绒毛组织,21 d 后腹痛,复查 B 超示子宫左后方混合性包块(宫外孕),术后确诊。

3.6 腹腔妊娠 腹腔妊娠发生率 1/15 000~1/30 000^[1],分为原发性和继发性腹腔妊娠。本组 3 例中有 2 例为早期腹腔妊娠,表现为停经、腹痛、阴道流血;1 例超声示左侧髂窝包块,考虑宫外孕;另 1 例超声示附件区混合性包块,均诊断异位妊娠,行病灶清除术后确诊。第 3 例为停经 30 周 4 d 后腹痛,超声提示宫内妊娠、麦氏点外上方腹腔内探及“指状”长条状异常低回声区,考虑阑尾炎可能,7 d 后出现阴道流血复查彩超示胎盘早剥,急诊手术发现为右侧宫角破裂,行取胎加宫角修补术。此为继发性腹腔妊娠,术后分析“指状”长条状异常低回声区为胎膜粘连附着,该例右侧输卵管妊娠后约 1 年右侧宫角妊娠,3 个月后再次妊娠,前 2 次于外院腹腔镜治疗,对此特殊病史应提供给超声医师,使其提高警惕,仔细分析彩超中特殊声像图。

3.7 剖宫产后子宫瘢痕妊娠 剖宫产后子宫瘢痕妊娠在剖宫产史妇女中发生率为 0.15%^[1]。本组 2 例有停经史,经彩超明确诊断,其中 1 例宫腔下段异常妊娠囊,考虑难免流产,人工流产术,术后 10 d 宫腔下段异常回声区,术后 28 d 宫腔下段混合性包块,术后 36 d 示宫腔下段混合性包块,包块较前稍增大,考虑子宫瘢痕妊娠,行 MTX 联合米非司酮保守治疗治愈;1 例经腹病灶清除术;另 1 例停经后阴道流血,误诊为宫内妊娠行人工流产,术中发生无法控制的大出血考虑剖宫产后子宫瘢痕妊娠,后在超声下清宫术及缩宫素、卡前列甲酯、欣母沛等促进子宫收缩、止血治疗后好转。此例对有剖宫产史的患者,未警惕瘢痕妊娠,导致误诊^[9-10]。

3.8 双侧输卵管妊娠 双侧输卵管妊娠发生率约为 1/30 000^[1],本组 1 例停经后腹痛 14 d,超声示一侧附件区混合性包块,血 HCG 1844.15 IU/L,拟诊异位妊娠。此例行 MTX 保守治疗,化疗期间 HCG 下降缓慢,患者拒绝手术,要求继续保守治疗,用药 14 d HCG 降至 833.60 IU/L,无特殊不适症状,出现了肝损害,停止化疗并行保肝治疗及门诊严密随访。2 d 后腹痛再次入院,彩超:右侧附件区不均质包块伴盆腔积液。血 HCG 362.92 IU/L,后穹窿穿刺见不凝血,手术后病理确诊双侧输卵管妊娠。因无特异性临床表现及辅助检查所见,容易漏诊。

特殊部位异位妊娠对超声检查的依赖性大,在实验室检查中,异位妊娠孕酮多在 10~25 ng/mL 之间,如果<5 ng/mL,应考虑宫内妊娠流产或异位妊娠^[11-12]。本组孕酮检查例数少,应注意完善此项检查,协助诊断。另外忽略病史、临床表现、体征,对特殊部位异位妊娠警惕性较低,辅助检查声像图分析有些欠缺,也可误漏诊。因而育龄期女性有停经史及早就诊,临床医师及影像科医师均应熟练掌握特殊部位和常见部位异位妊娠的特殊性与共性,警惕特殊部位异位妊娠,详细询问病史及仔细妇科检查,对病情需全面分析,认真鉴别诊断,避免思维定式^[13-14]。如术中未见绒毛组织需仔细查找,并术后监测 HCG。怀疑特殊部位异位妊娠及时与超声科医师沟通,应用经阴道超声包括经阴道三维彩超及 MRI,提高治疗前确诊率,利于早期治疗及选择最优治疗方法,避免不良临床预后^[15]。

总之,特殊部位异位妊娠临床表现不典型,术前诊断较困难,医师需详细询问病史及仔细妇科检

查,对病情需全面分析,认真鉴别诊断,减少误漏诊情况的发生,改善患者的预后。

[参考文献]

- [1] 曹泽毅.中华妇产科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2014:3104-3013.
- [2] Song Y, Shin JH, Yoon HK, *et al.* Bleeding after dilatation and curettage: the efficacy of transcatheter uterine artery embolisation [J]. *Clin Radiol*, 2015, 70(12): 1388-1392.
- [3] Wang YL, Weng SS, Huang WC, *et al.* Laparoscopic management of ectopic pregnancies in unusual locations [J]. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2014, 53(4): 466-470.
- [4] 徐萍萍,曹莉莉,阎萍,等.子宫切口瘢痕妊娠经阴道与腹腔镜手术治疗的临床疗效比较[J].东南国防医药,2016,18(6): 594-596.
- [5] Farahani L, Sinha A, Lloyd J, *et al.* Negative histology with surgically treated tubal ectopic pregnancies—A retrospective cohort study [J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2017, 1(213): 98-101.
- [6] Li Y, Feng T, Sun J. Evaluation of clinical effect of transabdominal sonography and transvaginal sonography in early diagnosis of ectopic gestation [J]. *Pak J Med Sci*, 2017, 33(1): 53-58.
- [7] Ju da H, Yi SW, Sohn WS, *et al.* Acquired uterine vascular abnormalities associated with persistent human chorionic gonadotropin: Experience at a Korean teaching hospital [J]. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2015, 54(6): 654-659.
- [8] Ashoush S, Abuelghar W, Tamara T, *et al.* Relation between types of yolk sac abnormalities and early embryonic morphology in first-trimester missed miscarriage [J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2016, 42(1): 21-28.
- [9] Kim MC, Manyanga H, Lwakatere F. Secondary abdominal pregnancy in human immunodeficiency virus-positive woman [J]. *Obstet Gynecol Sci*, 2016, 59(6): 535-538.
- [10] Wu XQ, Zhang HW, Fang XL, *et al.* Factors associated with successful transabdominal sonography-guided dilation and curettage for early cesarean scar pregnancy [J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2015, 131(3): 281-284.
- [11] Gidiri MF, Kanyenze M. Advanced abdominal ectopic pregnancy: lessons from three cases from Zimbabwe and a literature appraisal of diagnostic and management challenges [J]. *Womens Health (Lond)*, 2015, 11(3): 275-279.
- [12] Tahmina S, Daniel M, Solomon P. Clinical analysis of ectopic pregnancies in a tertiary care centre in Southern India: A six-year retrospective study [J]. *J Clin Diagn Res*, 2016, 10(10): 13-16.
- [13] 张群芳,吴元赭.重复异位妊娠的临床分析[J].医学研究生学报,2005,18(5): 429-431.
- [14] D'Hooghe T, Tomassetti C. Surgery for ectopic pregnancy: Making the right choice [J]. *Lancet*, 2014, 383(9927): 1444-1445.
- [15] Collins K, Kothari A. Catastrophic consequences of a caesarean scar pregnancy missed on ultrasound [J]. *Australas J Ultrasound Med*, 2015, 18(4): 150-156.

(收稿日期:2017-06-12; 修回日期:2017-10-20)

(责任编辑:叶华珍; 英文编辑:王建东)