

宫颈妊娠 10 例临床分析

王晓君 熊辉

(江西省妇幼保健院 南昌 330006)

关键词: 宫颈妊娠; 诊断; 治疗; 特点

中图分类号: R 714.226

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.051

宫颈妊娠属罕见异位妊娠, 早期由于病史不典型, 或临床医师不重视, 常致误诊、漏诊, 近年由于人工流产及剖宫产率的不断增加, 其发病率明显上升, 如得不到正确诊治, 可发生大出血致出血性休克而危及生命。随着医疗技术的不断提高, 宫颈妊娠的诊断率大大地得到了提高, 其治疗抢救方法也更加有效及时。现总结我院 2006 年 1 月~2009 年 12 月收治 10 例宫颈妊娠, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 10 例患者年龄最大 38 岁, 最小 28 岁, 孕次为 1~6 次, 产次为 0~3 次; 5 例有 1 次剖宫产史 (其中 3 例同时有 2 次人工流产史), 3 例有 1~2 次人工流产史, 1 例为结扎术后 1 年多, 1 例为初孕。

1.2 病史特点 8 例为停经 36~78 d, 阴道不规则少量出血 10~20 余天, 其中 2 例基层医院按子宫出血原因不明抗炎、止血治疗无效入院, 1 例诊刮术中大出血转入我院, 3 例诊断早孕先兆流产行人工流产术中大出血转入我院, 另 2 例均首次在我院就诊确诊; 另 2 例仅表现为经期少量出血长达 20~30 d, 外院按功能性子宫出血治疗无效, 且出血量逐渐增多入我院就诊。10 例患者来院后行相关辅助检查, 6 例尿 HCG(+), 1 例尿 HCG(±), 3 例尿 HCG(-), 全部病例血 HCG 均高于正常参考值 2 mIU/mL, 为 156~71 154 mIU/mL。10 例中有 7 例彩超下颈管见胎囊样回声或妊娠囊 (1 例为双胎), 诊断为宫颈妊娠; 1 例诊断为宫颈管肌瘤; 2 例颈管内见液暗, 考虑流产进行, 不排除宫颈妊娠。妇科检查全部病例子宫稍大, 质软, 6 例宫颈呈圆柱形, 直径 5~6 cm, 质软, 外口闭, 1 例双胎宫颈呈“葫芦”形, 3 例宫颈管正常大小。

湿、杀虫功效: 全方有抗菌、抗病毒、祛腐的药理作用。派特灵药液微分子具有强渗透性, 可以迅速穿过黏膜细胞间隙到达基层, 但不进入深层, 不伤害正常组织, 这是使用派特灵不会使宫颈变硬和形成疤痕的原因, 是不同于一般腐蚀性的药物独到之处, 对宫颈炎的治疗有较好作用。云南白药可止血, 降低毛细血管的通透性, 改善血管及黏膜的脆

1.3 治疗方法 除 3 例强烈要求颈管刮术外, 2 例大出血患者在输液输血的同时急诊行双侧子宫动脉插管栓塞术, 5 例在做好术前准备后行双侧子宫动脉插管栓塞术, 术后第 3~5 天证实宫颈管无活动性出血后, 根据血 HCG 下降情况行宫颈管刮术, 术中刮出机化组织 10~40 g, 病理检查为退变的绒毛组织及坏死的组织。7 例行子宫动脉插管栓塞术者, 术后 3 d 血 HCG 明显下降, 颈管刮术过程中无明显大出血, 出血量 100~300 mL; 未行子宫动脉栓塞的 3 例患者, 因血 HCG 较低, 行颈管刮术, 其中 2 例术中出血不多, 手术顺利, 1 例患者颈管刮术过程中大出血致失血性休克行子宫切除术 (因经济原因坚决拒绝动脉插管栓塞术)。

2 讨论

正常妊娠时, 受精卵着床于子宫内膜。当受精卵着床在宫颈管内并发育者称为宫颈妊娠, 极罕见, 多见于经产妇、宫腔异常手术史孕妇, 本文有 1 例为初孕。宫颈妊娠在正常妊娠中的比例约 1:9 000^[1], 近些年由于人工流产术及剖宫产术的增加, 宫颈妊娠发生率明显增加, 本文发生率占同期分娩数的 0.073%, 比 1994~2000 年我院宫颈妊娠发生率 0.026%^[2]明显上升。其中有人工流产史占 6 例, 有剖宫产史占 5 例, 绝育史 1 例, 1 例为初孕, 可看出宫颈妊娠发生主要与宫腔操作有关, 宫腔操作使宫颈管内内膜损伤增加, 发生宫颈炎, 导致疤痕形成, 孕卵容易在此处着床; 其次可能与孕卵运行过快, 在其具有种植能力前已进入宫颈管并在此种植。因此应重视对广大妇女避孕及分娩知识的宣传, 少做或不做人工流产, 能自然分娩就不要剖宫产分娩; 同时要求广大妇科医生有熟练的宫腔操作技术, 在宫腔操作时要动作轻, 不要过度搔刮宫颈管, 以减少炎症渗出, 同时可改善局部血液循环, 调节局部营养和代谢, 促进黏膜修复。派特灵联合云南白药治疗宫颈糜烂, 无痛苦, 治愈率高, 无并发症, 上药过程中分泌物少, 无继发感染, 愈合后宫颈无疤痕形成, 适合有生育要求的患者。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 265

(收稿日期: 2011-06-24)

少宫颈妊娠的发生。

典型的宫颈妊娠早期根据有停经史,尿HCG(+),仔细妇科检查见宫颈管膨大,直径明显增粗,子宫体增大不明显,B超宫腔未见孕囊,宫颈管见孕囊或异常回声,诊断容易。然而多数患者往往待到出血时就诊,或经治医生对宫颈妊娠认识不足,未对不正常出血的患者行血尿HCG检测或检测阴性以及错误的治疗方法,使发生宫颈妊娠流产,容易误诊为功能性子宫出血或宫内妊娠流产,本文2例早期首次在我院就诊确诊,8例外院误诊(2例入我院B超疑流产进行而误诊,1例B超诊断宫颈肌瘤而误诊)。临床医师及B超医生应提高对宫颈妊娠的认识,早孕时应常规行阴道窥器、B超检查以明确孕卵着床部位,出血时做B超检查有时为时过晚。不规则阴道出血常规尿HCG检测,阴性最好行血HCG测定,从而减少误诊。

宫颈妊娠时,由于宫颈主要是由结缔组织组成,平滑肌少,血管丰富,因此蜕膜反应差,不适应胚胎的发育,可引起反复的阴道流血,且为无痛性阴道流血,流血量一般由少到多,在有宫腔操作时易引起大量出血致失血性休克,若止血效果不佳,常危及患者的生命。因此对宫颈妊娠应及早诊断,并根据病情选择积极有效的治疗方法。宫颈妊娠的治疗方法很多,宫颈纱布填塞加宫颈管刮术、宫颈切开缝合术及化疗药物的应用对宫颈妊娠的治疗起到了重要的作用,但传统的治疗方法对及时控制致命大出血疗效不佳,且纱布填塞易致宫腔感染,宫颈切开对患者损伤大,且术中往往大出血,为了抢救患者的生命常行全子宫切除,给患者造成了严

(上接第47页)膜功能,踝部以上曲张静脉作皮肤画线描记,作好术中切口及剥脱的记号。硬膜外麻醉,常规消毒铺巾,用橡皮驱血带自足背向上直至大腿中下1/3处,并以橡皮止血带抽紧达到同时阻断动静脉血流目的。去除驱血带,取患肢耻骨结节外下方2~3cm处横形切口,约3cm,分离寻找大隐静脉主干,靠近卵圆窝切断,结扎大隐静脉主干,五个属支不处理,在大隐静脉的行程上以抽剥器将大隐静脉主干抽剥或分段抽剥,在小腿浅静脉处点状开窗(术前已标记),将曲张的浅静脉及血栓抽剥后间断缝合各个切口。切口敷料覆盖后用弹力绷带自足背包扎至股部,松解止血带。术后抬高患肢,早期下床活动,3d后拆除绷带,7d后痊愈出院。

1.3 结果 100例中,溃疡于术后1~4d全部自行愈合,术后腹股沟创口血肿1例,发生局部小切口

重的伤害,尤其是要求生育的女性。化疗药物副作用较大及化疗时间较长,许多患者难以接受。近年来经皮子宫动脉化疗栓塞术成为治疗宫颈妊娠和剖宫产瘢痕处妊娠的一种有效治疗方法^[1]。宫颈妊娠介入治疗技术具有安全、即刻止血、微创且恢复快的优点^[2],是其他诊疗技术无可替代的。动脉栓塞术作为一种新的有效控制出血的方法,在20世纪70年代开始应用,近20余年逐步应用于妇科和产科的急性出血^[3]。经动脉导管栓塞术治疗宫颈妊娠,栓塞剂直接阻断宫颈病变的血供,与其它传统治疗方法比较具有创伤小、止血快、副作用小等特点,可保留子宫,同时避免清宫时大出血,尤其是在抢救患者生命的同时保留了患者的生育功能^[4]。本文2例大出血患者在输血输液的同时急诊双子宫动脉插管栓塞,很快阴道出血停止,另5例颈管刮术前行动脉栓塞术,患者都保住了子宫。

总之,只要临床医师重视对宫颈妊娠的认识,多可以避免误诊,一旦发生大出血休克急诊行子宫动脉插管栓塞术,不但可挽救患者的生命,同时可保留患者的子宫。

参考文献

[1]Ash S,Farell SA.Hysteroscopic resection of a cervical ectopic pregnancy[J].Fertil Steril,1996,66:842-844
[2]王晓君,欧阳吁,罗明燕,等.11例宫颈妊娠诊断体会[J].中国妇幼保健,2004,11(19):125
[3]谢春明,薛耀勤,冯对平.子宫动脉栓塞术治疗子宫妊娠的临床效果观察[J].中华妇产科杂志,2005,40(12):85
[4]金龙,杜湘珂,高健,等.经子宫动脉氨甲喋呤灌注及栓塞在宫颈妊娠保守治疗中的应用[J].中国介入影像与治疗学,2005,2(6):414
[5]钟洁,王中弥.髂内动脉栓塞与结扎治疗难治性产后出血11例临床分析[J].重庆医学,2004,33(5):689
[6]洪莉,梁君,史玉霞,等.选择性子宫动脉栓塞术治疗宫颈妊娠5例分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2001,17(3):185-186

(收稿日期:2011-06-09)

剥脱处小血肿4例,经局部挤压排出积血后好转,术后诉小腿内侧麻木2例,随访3年,未见复发。

2 讨论

传统的下肢大隐静脉曲张手术为大隐静脉高位结扎、主干及皮下浅静脉分段剥脱、交通支结扎^[1]。该手术切口多,切口长,术后疤痕大,影响美观,同时术后相对住院时间长,恢复慢。我院采用小切口手术,除大腿根部切口稍长2~3cm,余切口均小于1cm,创伤小,失血少,疤痕小,外形美观,且缩短手术时间,符合近年提倡的微创观念^[2]。而且该技术难度不大,故完全可以在基层医院开展。

参考文献

[1]叶志东,刘鹏,壬非,等.下肢静脉曲张的外科综合治疗[J].中国医学科学院学报,2007,29(1):40-43
[2]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2005.561-569

(收稿日期:2011-07-14)