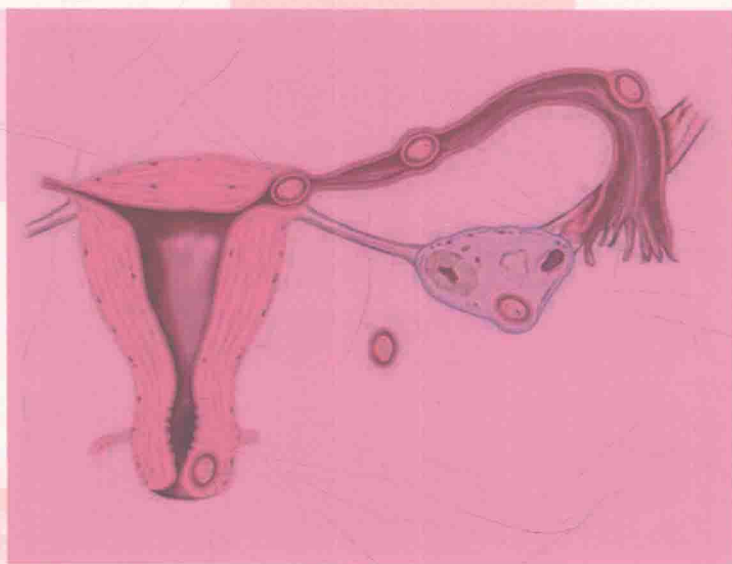


Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy

异位妊娠诊断与治疗

主编 罗喜平



SPM 南方出版传媒

广东科技出版社 | 全国优秀出版社

Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy

异位妊娠诊断与治疗

主编 罗喜平

SPM 南方出版传媒

广东科技出版社 | 全国优秀出版社

· 广 州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

异位妊娠诊断与治疗 / 罗喜平主编. —广州: 广东科技出版社, 2016. 4

ISBN 978-7-5359-6452-6

I. ①异… II. ①罗… III. ①异位妊娠—诊疗
IV. ①R714. 22

中国版本图书馆CIP数据核字 (2015) 第283873号

策划编辑: 杜怡枫

责任编辑: 杜怡枫 黎青青

封面设计: 林少娟

责任校对: 陈 静

责任印制: 彭海波

出版发行: 广东科技出版社

(广州市环市东路水荫路11号 邮政编码: 510075)

http: //www. gdstp. com. cn

E-mail: gdkjyxb@gdstp. com. cn (营销中心)

E-mail: gdkjzbb@gdstp. com. cn (总编办)

经 销: 广东新华发行集团股份有限公司

排 版: 广州市友间文化传播有限公司

印 刷: 广东新华印刷有限公司

(广东省佛山市南海区盐步河东中心路23号 邮政编码: 528247)

规 格: 787mm×1092mm 1/16 印张11.75 字数240千

版 次: 2016年4月第1版

2016年4月第1次印刷

定 价: 79.80元

如发现因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

编委会名单

主 编 罗喜平

副主编 曾俐琴

编 委 (排名不分先后)

曾俐琴 邓庆珊 李海萍 余 凡

王三锋 胡桂英 毛 婷 王 意

和秀魁 黄晓晖 孙小丽

序

我与罗喜平教授熟识多年，知悉罗教授和他的医疗团队在妇科领域进行了多年的研究实践，具有精深的学术素养，积累了丰富的临床诊治经验并颇有建树。

罗教授医疗团队根据异位妊娠患病类型，结合典型病例，汇集团队的临床心得，编纂而成《异位妊娠诊断与治疗》一书。本书对目前中国妇科一种常见的急症——异位妊娠，进行了精辟的阐述，系统地梳理了各类异位妊娠的诊治要点，见解独到，内容简明、实用。

本书每章节的“本章知识”是非常有用的阅读指引，它强调了该章节的重要知识点，可以帮助读者理解和学习；对于青年医生来说，有些医学书籍阅读起来往往很困难，而本书结合各种病例报告，采用通俗易懂的文字阐述患者的临床表现及医生的诊治过程；使用了大量的超声图片、手术图片和病例报告，让读者可以很容易理解各种类型的异位妊娠的临床表现、诊断及治疗；本书的数据信息都来源于编者的临床资料和一线工作时参考的科技文献，在各章节详细列出了文献资料的出处，以便于读者拓展阅读。

本书可以供妇科医生临床工作时使用，也可供临床医学学生学习时参考。在我看来，本书对于妇科医生深刻理解并掌握异位妊娠疾病是非常有帮助的，一定可从中获益良多。

黄胡信

2016年2月

异位妊娠是育龄女性常见妇科疾病之一，也是常见妇科急腹症。这类疾病像平静的河面，表面看起来水波不兴，却时时暗流汹涌，涉足其中，稍有不慎就会产生巨大的风险。

对异位妊娠进行诊断和治疗是每一位妇产科医生的必修课。广东省妇幼保健院妇科的全体同仁从这个方向入手，对自己诊治过的异位妊娠病例进行归纳总结，把治疗经验和心得进行梳理，编成此书，以供同行和患者朋友们分享、参考。

本书由十二章组成，涵盖了所有常见的、少见的、罕见的、特殊部位异位妊娠的诊断与治疗，结合典型病例分别讲述了其诊治要点、常见误诊、漏诊及生育结局，旨在向广大妇产科医生全面介绍异位妊娠诊治。

本书具有3个显著特点：一是就地取材，书中列举的所有病例均为广东省妇幼保健院临床积累，以病例分析形式，突出介绍了编者的经验和感悟。

二是内容全面，基本涵盖了所有部位、各种类型的异位妊娠，全面讲述了诊断和治疗方法，并追踪疾病预后及生育结局。

三是图文并茂，书中提供了大量的影像图片和手术照片，资料丰富，内容直观，使读者更易于理解。

由于编者的知识水平等方面原因，书中错漏之处在所难免，祈盼海内外同道、读者批评指出。

罗喜平
2016年1月

目 录

C O N T E N T S

1 ▶ 第一章 异位妊娠概述

15 ▶ 第二章 输卵管妊娠

第一节 典型病例 / 16

第二节 诊治要点 / 24

31 ▶ 第三章 卵巢妊娠

第一节 典型病例 / 32

第二节 诊治要点 / 40

47 ▶ 第四章 剖宫产瘢痕部位妊娠

第一节 典型病例 / 49

第二节 诊治要点 / 56

71 ▶ 第五章 宫角妊娠

第一节 典型病例 / 72

第二节 诊治要点 / 81

- 87 ➤ 第六章 宫颈妊娠
- 第一节 典型病例 / 88
- 第二节 诊治要点 / 94
- 101 ➤ 第七章 子宫肌壁间妊娠
- 第一节 典型病例 / 102
- 第二节 诊治要点 / 108
- 115 ➤ 第八章 残角子宫妊娠
- 第一节 典型病例 / 116
- 第二节 诊治要点 / 122
- 127 ➤ 第九章 腹腔妊娠
- 第一节 典型病例 / 128
- 第二节 疾病特点 / 134
- 141 ➤ 第十章 陈旧性异位妊娠
- 第一节 典型病例 / 142
- 第二节 诊治要点 / 147

151 ► 第十一章 不明部位妊娠

第一节 典型病例 / 152

第二节 诊治要点 / 154

161 ► 第十二章 复合妊娠

第一节 宫内外复合妊娠 / 162

第二节 特殊类型的宫内外复合妊娠：宫内妊娠合并宫角妊娠或输卵管间质部妊娠 / 166

第三节 辅助生育后双侧输卵管同时妊娠 / 173

第四节 多部位复合妊娠 / 177



第一章

▲ 异位妊娠概述

本章知识

- 1. 异位妊娠是受精卵着床于子宫体腔以外部位的妊娠，其中输卵管壶腹部妊娠发生率最高。
- 2. 炎症、感染和手术引起的输卵管损伤为异位妊娠的主要高危因素。
- 3. 血hCG联合经阴道超声可提高异位妊娠的早期诊断率。

异位妊娠 (ectopic pregnancy, EP) 俗称宫外孕，指受精卵着床在子宫腔以外部位的妊娠。宫颈妊娠、宫角妊娠、剖宫产瘢痕部位妊娠等属于宫内妊娠特殊类型，但临床处理与异位妊娠相同，本书仍列入异位妊娠讲述的内容范围。

异位妊娠发病率近年有所升高，由于诊疗技术提高，多数异位妊娠患者在破裂前可得以诊断并治疗^[1]。异位妊娠依据发生部位不同，可分为输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠及其他特殊部位妊娠 (图1-1)。

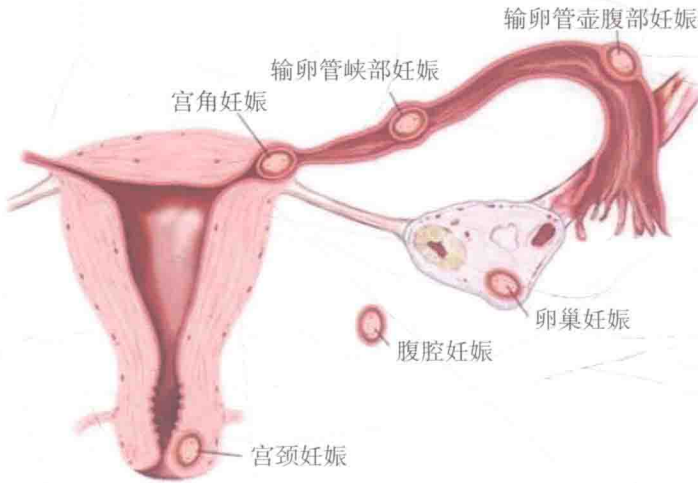


图1-1 各部位妊娠示意
(图片来源: Berek & Novak's Gynecology)

输卵管妊娠约占异位妊娠的95%，其中壶腹部妊娠占输卵管妊娠78%。其他部位少见^[2]。

一、病因及高危因素

近年来，我国异位妊娠发病率明显增加^[1]，主要原因包括：①近年来女性婚前性行为、首次妊娠人工流产率增加，使得盆腔感染发病率升高。②盆腔炎症导致不孕症女性增加，促进输卵管整形术广泛开展，手术引起输卵管损伤增加。③剖宫产率增加使得剖宫产瘢痕部位妊娠发病率升高。④辅助生殖技术的开展增加了宫内外同时妊娠等特殊类型妊娠的发生率。以上这些高危因素关系复杂，半数以上异位妊娠患者找不到确切病因^[3-4]。

1. 输卵管手术史

包括输卵管整形术、输卵管妊娠开窗取胚术、输卵管复通术等。手术造成输卵管部分管腔狭窄或输卵管周围粘连，输卵管通畅度及蠕动功能受损，导致异位妊娠危险性增加9.3~21倍^[5]。一次异位妊娠后，再次异位妊娠风险将升高7~13倍，下次妊娠为宫内妊娠的概率为50%~80%，再次输卵管妊娠概率为10%~25%，其余患者出现不孕^[6-8]。两次异位妊娠后，重复异位妊娠风险可高达30%^[9]。

2. 盆腔感染

盆腔炎、输卵管阻塞和异位妊娠存在密切相关性^[10-11]，研究发现，患盆腔炎次数越多，输卵管阻塞发生率越高，同时异位妊娠发生率越高。单次盆腔炎发作输卵管阻塞为13%，两次发作为35%，三次发作为75%^[11]。

3. 避孕措施应用

(1) 宫内节育器(IUD)：带环妇女比未采用任何避孕方式妇女发

生异位妊娠概率提高40%~80%^[12-13]。

(2) 绝育：绝育术后输卵管妊娠风险为5%~16%^[14-16]，风险大小取决于手术方式，腹腔镜电凝与机械性阻断相比，可以降低妊娠风险，但一旦失败，异位妊娠风险较未行绝育术患者高9倍^[14,17,18]。绝育术后输卵管妊娠发生率是7.3%^[19]。绝育术后复通同样增加异位妊娠风险。电凝后输卵管复通术，异位妊娠风险达15%，机械性阻断术后复通，异位妊娠风险小于3%^[20-21]。

4. 卵巢手术史

研究表明，卵巢囊肿剔除术或楔形切除术增加异位妊娠风险，可能由于输卵管周围疤痕形成所致^[22-23]。

5. 其他原因

(1) 流产：异位妊娠和自然流产之间无明确关联^[6,8,24]。反复流产(≥2次)异位妊娠风险增加2~4倍，理论上异位妊娠发生率的增加是继发于手术操作不当和术后感染^[25]。

(2) 不育：在接受不孕治疗的未产妇中，异位妊娠发生率明显增加^[6,7,26]。不孕妇女异位妊娠增加与某些特殊治疗相关，包括绝育术后复通、输卵管整形术、诱导排卵及体外受精(IVF)等。

(3) 氯米芬及促性腺激素：两者诱导排卵周期，引起激素变化，更易导致受精卵在输卵管着床。1.1%~4.6%诱发排卵导致异位妊娠^[7,27]。

(4) 子宫发育异常：如孕期口服己烯雌酚孕妇所产女婴，其子宫发育异常，远期追踪异位妊娠发生风险为13%，而子宫发育正常者异位妊娠风险为4%。

(5) 峡部结节性输卵管炎、子宫内膜异位症或子宫肌瘤、吸烟等(详见第二章“输卵管妊娠”)。

二、诊断

1. 病史

停经、腹痛及阴道出血在异位妊娠破裂患者中最常见，约50%患者出现以上典型症状。腹痛为患者就诊最常见主诉，但疼痛性质及程度差异较大，无诊断特异性。

2. 体格检查

约一半病例妇科检查可触及附件区包块，但包块大小、质地、活动度及压痛有很大差异。

3. 实验室检查

(1) 血hCG：除陈旧性异位妊娠外，多数异位妊娠患者血hCG阳性。临床需注意“幻影hCG”，即患者体内存在异源性抗体，该抗体与检验试剂盒中的抗原相互作用导致血hCG假阳性^[28-29]。目前判断血hCG假阳性的方法包括尿hCG试验测定、血清稀释试验及使用异源性抗体阻断剂。

血hCG水平与孕周相关，停经6周内，血hCG水平呈倍数升高。在这段时期，hCG倍增时间相对恒定。妊娠6周后，当血hCG水平超过6 000 IU/L时，hCG上升速度减缓且不恒定。血hCG倍增时间有助于鉴别异位妊娠和宫内妊娠（详见第十一章“不明部位妊娠”）。

(2) 孕酮：孕酮在孕5~10周时相对稳定，异位妊娠时水平偏低，且与血hCG水平无相关性。研究发现^[28-31]，约70%宫内活胎患者的孕酮水平高于79.5 nmol/L，而异位妊娠患者当中只有1.5%的孕酮水平高于79.5 nmol/L，且多为异位妊娠活胚胎患者。当孕酮水平低于15.9 nmol/L时，宫内妊娠和异位妊娠，均提示胚胎异常，敏感性较高。大多数异位妊娠患者孕酮水平介于15.9~79.5 nmol/L。

4. 超声

经阴道超声在评估异位妊娠方面优于经腹部超声。

(1) 目前从形态学上识别双蜕膜征 (DDSS) 为超声分辨妊娠囊和假妊娠囊的最好方法^[32]。

(2) 宫腔内见胎心搏动可作为宫内妊娠的确诊证据, 但需除外宫内宫外同时妊娠^[33], 自然周期下 (未进行促排卵治疗) 其发病概率约为 1/30 000^[34]。

(3) 异位妊娠超声下表现为附件区混合性或实性包块^[10-11], 但需注意附件区包块可能为黄体、输卵管积水、卵巢囊肿 (如畸胎瘤) 或带蒂子宫浆膜下肌瘤。

(4) 超声联合血hCG: ①若血hCG>6 500 IU/L, 一般经腹部超声可见存活的宫内妊娠, 如宫内未见妊娠囊则提示异常妊娠或宫内妊娠失败可能。②如血hCG低于超声可辨识范围, 超声于宫内未见孕囊, 可能存在以下情况: a.宫内妊娠, 因过早而观察不到; b.异常宫内妊娠; c.近期流产; d.异位妊娠; e.未妊娠。

5. 诊刮术

诊刮术在确认胚胎死亡或超声检查不能确定妊娠部位时进行。如诊刮物病理未见绒毛结构, 血hCG术后上升, 则异位妊娠可能性大。

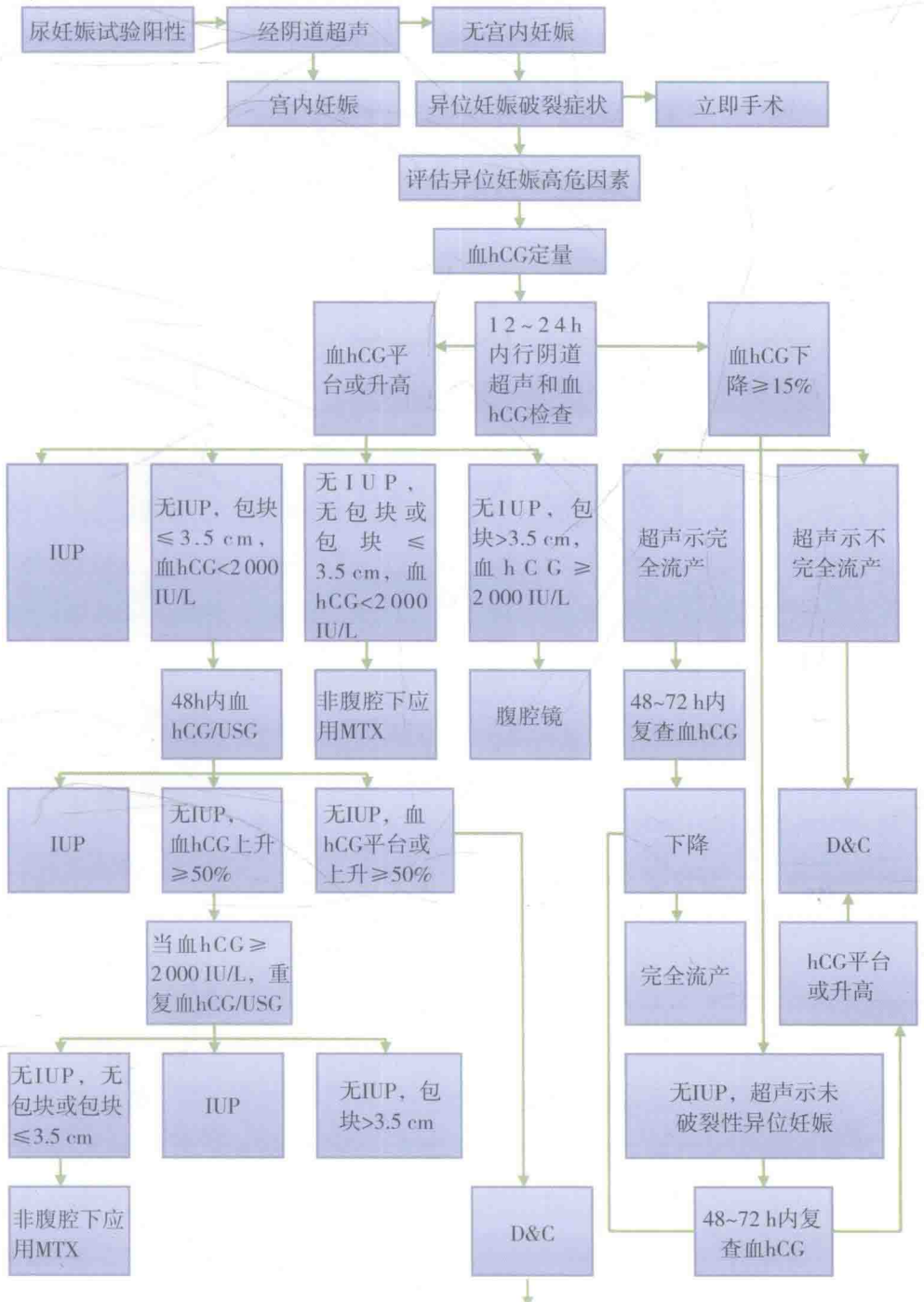
6. 阴道后穹隆穿刺术

70%~90%异位妊娠患者腹腔内出血可通过阴道后穹隆穿刺发现, 其中有50%患者最终诊断为输卵管妊娠破裂^[35]。另外, 10%~20%异位妊娠患者阴道后穹隆穿刺结果无诊断价值。

7. 腹腔镜检查

为诊断异位妊娠的重要手段之一。

三、异位妊娠诊断流程图 (图1-2)



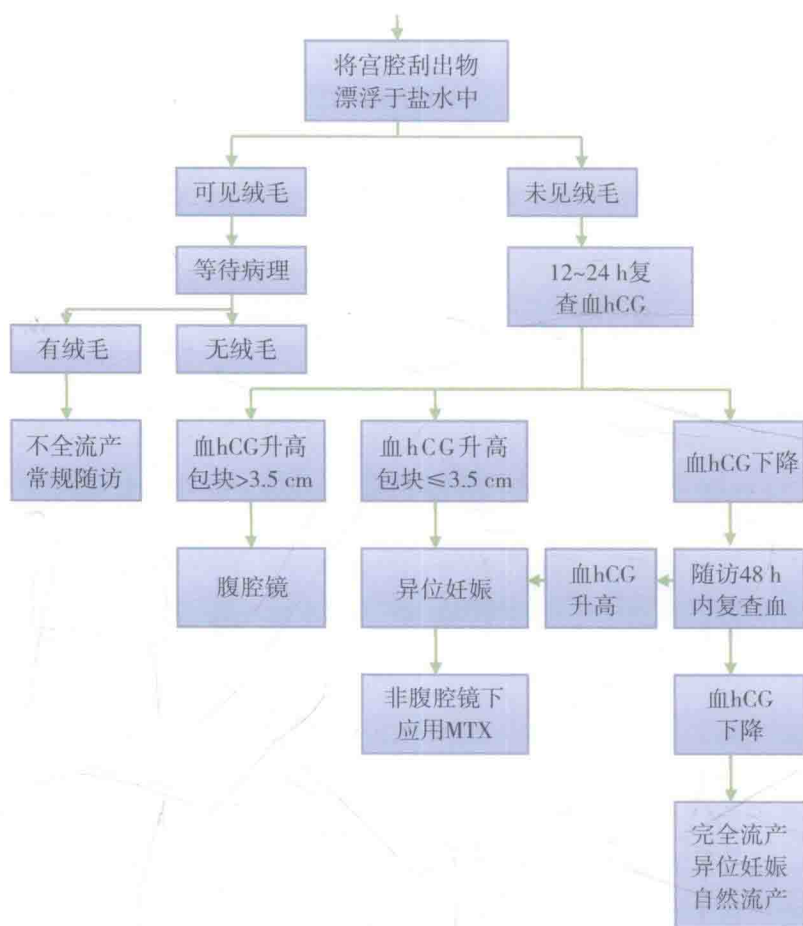


图1-2 诊断异位妊娠的非腹腔镜镜检查流程

(引自Jonathan S. Berek, 2008)

IUP: 宫内妊娠 USG: 尿特异性比重 MTX: 甲氨蝶呤 D&C: 刮宫术

四、治疗

异位妊娠可选择药物治疗或手术治疗, 治疗方式取决于临床情况、异位妊娠部位及可利用资源。对1 064例异位妊娠患者经有效治疗后的2年内累计宫内妊娠率进行统计发现, 输卵管开窗取胚术和MTX药物保守治疗均为76%, 输卵管切除术宫内妊娠率为67%, 推荐采用保守性治疗