

妇产科

疑难病例会诊丛书

中华医学会杂志社总策划

疑难病例会诊

主 编 戴钟英

FUCHANKE YINANBINGLI HUIZHEN



江苏科学技术出版社

妇产科

疑难病例会诊

中华医学会杂志社总策划

主 编 戴钟英
编 委 卞度宏 石一复 吴连方
盖铭英 周重宛 刘新民
林秋华 孔北华 魏丽惠
宋岩峰 王益夫 狄 文
徐丛健

FUCHANKÉ YINÁNBINGLI HUÍZHÉN

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科疑难病例会诊 / 戴钟英主编. —南京:江苏科学技术出版社, 2004. 1

(疑难病例会诊丛书)

ISBN 7-5345-4025-9

I. 妇... II. 戴... III. 妇产科病: 疑难病—诊断
IV. R710.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 098718 号

疑难病例会诊丛书

妇产科疑难病例会诊

主 编 戴钟英
编辑助理 瞿 琳
责任编辑 傅永红

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号, 邮编: 210009)
经 销 江苏省新华书店
照 排 南京紫藤制版印务中心
印 刷 丹阳教育印刷厂

开 本 787mm×960mm 1/16
印 张 31.25
插 页 4
字 数 650 000
版 次 2004 年 1 月第 1 版
印 次 2004 年 1 月第 1 次印刷
印 数 1—5 000 册

标准书号 ISBN 7-5345-4025-9/R·738
定 价 48.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

序 言

抗击传染性非典型性肺炎(简称“非典”)的硝烟已渐渐散去,但“非典”对临床医学的影响远未淡化。作为一位临床医师,不论你是否亲身经历过那惊心动魄的临床救治场面,在“非典”退却之后,都应有深层次的思考。人类遭遇像“非典”这样来势凶猛的未知疾病不会仅此一次,今后也许还会出现这样那样新的疾病,而且临床表现会越来越复杂难测。作为一名临床医师,怎样才能对付这样那样的疑难疾病呢?高尚的救死扶伤的职业道德固然重要,但过硬的临床功底也必不可少。只有这样才能在面对复杂危重病情时心中有底,临危不乱,才能正确地分析、判断并把握疾病演变的内在规律,做出恰当的诊断和治疗。

各级医师必须不断提高自己的临床诊治水平,这既是自身发展的需要,也是时代赋予的使命。这就需要埋下头来,一方面在医疗实践中摸爬滚打,积累经验;一方面钻研医学理论,掌握医学的固有规律,在浩瀚的医学海洋中,广泛涉猎,特别是要注重学习借鉴前人的经验教训。只有这样,才能随着年资的增长,业务水平也日臻提高,也才有可能成为一代名家。

近日喜闻中华医学会杂志社组织编写了“疑难病例会诊丛书”,我有幸拜读,觉得该丛书内容不错,对帮助各级医生提高诊治疑难病例的临床水平有较高的参考价值。

该套丛书的策划源于《中华内科杂志》与《中华儿科杂志》等的“临床病理(病例)讨论”栏目。这两个杂志设此栏目均已 有 50 余年历史,很有特色,深受欢迎,对临床医师扩大知识

面、培养临床思维能力、提高临床诊治水平发挥了很好的作用。故此中华医学会杂志社决定以此为基础推出内科、外科、妇科、儿科疑难病会诊丛书。丛书收集的病例来源于全国众多医院,经过严格审稿筛选,很具代表性。每一病例的分析讨论乃至点评都贯穿了正确的诊断思路,提供了正确的诊断标准和合理的治疗方案,展现了当代医学的新理论、新技术、新观点,凝聚了资深专家的临床经验和教训,点出了疑难疾病诊断和治疗的突破口。该丛书收集的是第一手临床资料,可以说是一部疑难疾病诊疗写真集,有很强的可读性。

该丛书与一般的诊疗手册和普通工具书在使用上有所不同,要想通晓案例的要旨,需要读者在阅读过程中有相当的耐心和定力。只有将自身沉浸于书中描绘的“会诊讨论”场面中,思维紧紧跟上,才能领悟其精髓,从而学得作者的诊断思路和临床经验,提升自己的临床水平。

借“疑难病例会诊丛书”出版之际,我希望我们的临床医生,尤其是年轻医生,多一份思考,少一份浮躁,认真学习,潜心钻研,踏实工作,不断积累,用超脱功利的境界,努力提高自己的为人民服务的本领。只有此,才能无愧于时代,无愧于自己。

卫生部副部长

朱庆生

前言

临床上对较复杂、较疑难的病例进行讨论,是提高临床医生分析问题和处理问题能力的一个重要形式和方法。临床医生在工作中,常会遇到一些在个人经历中不曾见过的、在疾病的诊断和处理上十分棘手的问题。临床病例讨论会使我们懂得应该怎样依靠高年资医师、同事以及其他相关科室的医生,对复杂、疑难的病例共同进行讨论、研究:在病史方面还应该追究哪些内容,对患者还需要进行哪些检验或检查,在诊断方面哪一种疾病的可能性最大;在治疗方面应该采用什么方法和手段。常常是经过缜密、严格的逻辑思维,进行合理的分析和推断,才能确定诊断和决定正确的处理方法。这些思维、推断和决定的能力,要经过长期的艰苦学习和临床磨练才能形成。临床医师,特别是青年医师喜爱参加临床病例讨论,喜爱阅读临床病例讨论的文章,正是因为他们可以从中学到知识,可以学会思考、分析和处理问题的方法。

对复杂病例的诊断处理,就像经历一场艰苦的战斗,但并不是每一场战斗都是以获胜而告终的。所以,每一场战斗结束,指挥员都要进行分析和总结。临床病例讨论也是一样,在一例复杂、疑难病例的诊疗过程结束后,医生们坐下来,认真地考虑一下,在诊断、治疗的过程中,有什么值得总结的经验和教训,经验是宝贵的,教训更是宝贵的。决不文过饰非,是一个医务人员的重要品德。为此,我们编辑、出版了《妇产科疑难病例会诊》一书。在这本书里,有诊断和处理都很成功的病例,也有虽经积极治疗而仍是以失败为结局的记录。医生们在病例讨论中直率地提出了自己的意见;专家在点评中也

明确指出了一些病例在检查、诊断或处理方面的不足。当然,更多的篇幅仍是知识性的介绍,特别是本书的妇科肿瘤方面的病例讨论,体现得较好。近年来,临床病例讨论会在各地都较少举办了,而青年医师又都十分需要经常参加这样的讨论会。因此,我们把此书奉献给广大妇产科临床医师,特别是青年医师。

在此,我要感谢北京、上海、重庆、浙江、江苏、山东、湖南等地以及香港特区的同行们提供了大量病例,在这些病例中,有的是临床医生随访了多年的好材料,真可谓来之不易!我还要特别感谢《中国妇产科临床杂志》主编魏丽惠教授和《现代妇产科进展》主编孔北华教授的慷慨允诺,将这两本杂志在“临床病例讨论”和“临床病理讨论”栏目中已刊载过的好文章推荐给我,充实了本书的内容,使之增色不少。另外,我还要感谢中华医学会杂志社,以及江苏科学技术出版社的同志们,有了她(他)们的支持和具体帮助,才使这本书能得以顺利出版。

由于编者的知识面不够广泛,有很多方面可能拘泥于一家之说,有失偏颇;也可能书中还有许多谬误之处,尚有待读者指正。如果这本书对读者能有些帮助的话,那将令我们欣喜不已了。

戴钟英

产 科 篇

☆ 早期妊娠阶段的病理妊娠

☆ 中晚期妊娠阶段的妊娠并发症

☆ 中晚期妊娠阶段的妊娠合并症

☆ 妊娠期肿瘤

☆ 分娩期并发症

☆ 新生儿疾病

第一章 早期妊娠阶段的病理妊娠

第1例 停经42天,不规则阴道出血及 腹痛12天,腹痛加剧1天

临床资料

病史 殷××,住院号27749,患者34岁, G_7P_1 ,平产1次,人工流产5次。停经42天出现不规则阴道流血,伴轻度腹痛,时有腹胀。停经54天因腹痛加剧到我院就诊,查尿HCG(+)。

体格检查 妇检:子宫如孕7周大小,轻压痛,右宫旁增厚。

B超示宫内见强回声光团 $3.1\text{ cm}\times 3.4\text{ cm}\times 3.1\text{ cm}$,延伸至右宫角,距宫壁1 cm,内有不规则低回声区,未见明显孕囊。后穹窿穿刺出淡黄色液体15 ml。

入院诊断 异位妊娠? 难免流产?

次日B超下行诊刮术:宫腔深9 cm,刮出蜕膜组织约10 g,由右侧宫角方向可探入深16 cm,B超示右宫角处有直径2 cm低回声光团,距浆膜层0.8 cm,仅刮出少许机化组织,残余组织与宫壁致密粘连。病理示“胎盘组织”。此后血HCG由术前 $>100\text{ kU/L}$ 下降至 20 kU/L ,1周后上升至 49 kU/L 。复查B超示子宫内偏右侧宫角妊娠残留,即给予MTX 50 mg 静脉隔天疗法,共100 mg。此后血HCG值逐步下降至 6200 U/L 。MTX治疗1周左右下腹隐痛加剧。B超提示子宫右角光团较诊刮术后增大至 $3.0\text{ cm}\times 3.2\text{ cm}\times 3.2\text{ cm}$,中央血流丰富,滋养细胞肿瘤不能排除。给予5-FU 1000 mg +更生霉素 $400\text{ }\mu\text{g}$ 7天静脉滴注,用药当晚腹痛加剧,查宫颈举痛可疑,宫体右角有直径4 cm的突起,有压痛。B超示:右宫角光团直径4.6 cm距浆膜层0.2 cm,立即剖腹探查。术中见:子宫质软,右宫角处增大 $5\text{ cm}\times 5.5\text{ cm}\times 4\text{ cm}$ 伴圆韧带外移,无破口及出血。宫体与肠段广泛粘连。左输卵管增粗,形成盲端与左卵巢粘连包裹,右附件正常。切开右侧宫角浆肌层钝性分离有增厚纤维化包膜的机化组织($3.5\text{ cm}\times 3\text{ cm}\times 4\text{ cm}$,距浆膜层0.2 cm),并修复宫角。术后病理示:“凝血块

内见胎盘组织,另见平滑肌组织”。术后1周血HCG下降至46 U/L,切口一期愈合出院。

会 诊 讨 论

楼微华主治医师 子宫角妊娠是一种特殊部位异位妊娠,仅占异位妊娠的2.4%,临床诊断困难。目前为大多数人接受的诊断标准为:①腹痛伴有子宫不对称增大,继而流产或破裂;②直视下子宫角一侧扩大,伴圆韧带外移;③胎盘滞留在子宫角部,符合上述一项者可考虑宫角妊娠。如何在术前,尤其是破裂前确诊是非常重要的。B超检查特别是经阴道B超的准确率为66%~84%,是提高诊断准确率的有效手段。本病例中B超曾提示宫角妊娠可能,但在病程中B超诊断滋养细胞肿瘤,险些误导临床诊断。有作者认为妊娠在8周以内,无腹腔内出血及子宫破裂征象的宫角妊娠可行宫腔吸刮术。宫腔刮出物送病理检查,报告:“胎盘组织”,的确有助于明确诊断,但宫角妊娠行吸刮术有风险。宫角处血运丰富,出血极为活跃。另外,该处子宫内膜较宫体部薄,受孕后蜕膜发育差,胎盘植入几率大,难以吸刮干净。所以吸刮术应有急诊剖腹手术的条件,B超监测下进行,如组织粘连紧密不能强行操作,取部分组织明确诊断有利于进一步治疗。

刘芳荪副主任医师 该患者B超图像,尤其是刮宫后检查示:子宫右侧壁见形态不规则增强回声光团,内布满大小不一液性暗区,血流丰富呈球形。上海市第一妇婴保健院B超检查结果基本与我们一致, $A/B=1.86$; $RI=0.46$ 。根据多次检查结果,符合滋养细胞疾病图像。病灶中未见胚囊,加之宫角处血流丰富,使超声图像中呈增强光团,血流丰富,此通常是滋养细胞肿瘤的表现,故易误诊。

洪素英教授 刮宫见胎盘组织,妊娠是明确的。根据术前的临床征象:持续下腹隐痛、残留于宫角(壁)的光团逐渐增大、HCG值居高不下、B超提示右宫角病灶回声混乱,血供丰富。虽然流产后仅间隔1个月,但仍有绒癌可能。所以建议先行化疗。必要时腹腔镜检查,明确诊断。局部血供极其丰富,取活检或切除病灶时要万分小心,做子宫切除准备。

林其德教授 25%的绒癌发生于流产后,但一般发生在妊娠后6个月以上。虽然B超提示滋养细胞疾病,但辅助检查仅供临床参考,绒癌诊断依据不足。宫角处诊刮,病理见胎盘组织,首先诊断宫角妊娠,所以不适合化疗。建议腹腔镜检查或剖腹探查,术中阻断子宫动脉血供,应用血管阻断钳或子宫动脉处缝扎,然后宫角切开活检或切除,送病理检查,必要时切除子宫。

狄文教授 明确的宫角妊娠也可以保守治疗,首选药物是甲氨蝶呤(MTX)。本例患者在诊刮病理检查后,HCG一度下降后又升高,曾静脉应用MTX,一周内HCG水平明显下降。但受B超诊断的影响未予第二疗程治疗,而改用5-FU、更生霉素治疗。疗程中患者腹痛症状加剧,为防止子宫破裂而行急诊剖腹手术。手术既避免了大出血,又有助于最终明确诊断。宫角妊娠少见,早期诊断比较困难,必须结合症状、B超、血HCG值、后穹隆

穿刺、诊刮后病理报告等综合考虑。保守治疗过程中密切观察症状、体征变化,及时手术。本例患者术中见病灶距浆膜层仅 0.2 cm,如果延误手术时机,可能子宫破裂大出血,甚至危及患者生命。

最后诊断

右宫角妊娠。

专家点评

这是一个很有意义的病案,在诊断过程中走过一段曲折的路,开始时怀疑为异位妊娠或难免流产,刮宫亦曾在子宫右角刮出机化组织,病理诊断为“胎盘组织”,B超亦曾显示为子宫内偏右侧宫角妊娠残留,用 MTX 药物治疗,HCG 滴定度下降,以后又上升,再次 B 超疑为滋养细胞肿瘤,因而又改为化疗。要知道,发生在流产后或足月妊娠后的滋养细胞肿瘤距流产或足月妊娠终止的时间一般都在 6 个月以上;而本次刮宫发现胎盘组织后血 HCG 值始终未降至正常范围内,所以本病只能是胎盘未被完全清除的延续,如果考虑到 B 超曾显示子宫内偏右侧宫角妊娠残留,则诊断可以迎刃而解了。因此,诊断必须按照疾病发展规律来考虑,B 超仅提供了图像上的解释,病理诊断才是真正的金标准。

(上海第二医科大学仁济医院妇产科 楼微华 狄文整理)

第 2 例 停经 49 天后反复阴道出血 71 天

临床资料

病史 许××,住院号:401606,年龄:21 岁,未婚,0-0-1-0,2002 年 5 月人流一次。2003 年 4 月 9 日因为突发性阴道大量出血 2 小时急诊入院。患者末次月经 2002 年 12 月 10 日,2003 年 1 月 29 日(停经 49 天)起阴道少量流血,无腹痛,自查尿 HCG(+). 2003 年 2 月 27 日外院妇科检查发现子宫体饱满,双附件正常大小,B 超显示“宫腔及宫颈内见不规则液性暗区,双附件无异常”,拟诊“难免流产”。抗感染 3 日后,于 2003 年 3 月 3 日行清宫术,术时探宫腔 11 cm,刮出组织 40 ml,未见明显绒毛组织。术中出血约 350 ml,共用了 40 单位催产素宫颈注射以及 20 单位催产素静脉滴注后出血减少。术后病理报告提示“子宫内膜散在滋养细胞,见蜕膜急性坏死,子宫内膜符合妊娠改变”。2003 年 3 月 13 日患者因为阴道出血未停止而复诊,复查尿 HCG(+),B 超检查“见宫颈内口 4.6 cm×4.2 cm×4.8 cm 不均质低回声,血供丰富,提示宫颈异常回声,肌瘤可能”,患者拒绝住院观察,门诊给予抗生素和药物

止血治疗。2003年3月21日阴道出血仍未止,复查尿HCG(+)。2003年4月9日(停经120天,清宫术后36天)患者无诱因下突发阴道大量出血,约1000 ml,不伴腹痛,急诊来院。

体格检查 神萎,面色苍白,体温37℃,血压80/45 mmHg,心率60次/分,律齐,呼吸22次/分,腹软无压痛。妇科检查:阴道内大量血块,宫颈光,宫口容一指,无举痛,子宫体前位,略大于正常,双侧附件未及明显包块。

实验室检查:尿HCG阴性,血红蛋白85 g/L。

入院诊断 宫内残留?失血性休克。

静脉快速补液,血压上升到109/70 mmHg时,立即外阴消毒后行清宫术。探针探查宫颈长4 cm,宫腔深9 cm时,即刻宫颈口涌出大量鲜血,快速负压吸引宫腔一周,吸出极少量组织,未见绒毛,宫颈注射催产素20单位后,纱布填塞宫颈口及阴道,以后未有阴道流血。用MTX静脉滴注50 mg/d×2天后,再次妇科检查:阴道通畅无异常,宫颈正常大小,宫口闭,子宫体正常大小,子宫后壁峡部有一突起直径为3 cm,双侧附件未及包块。辅助检查:2003年4月9日血 β -HCG 83 U/L,2003年4月14日血 β -HCG 230 U/L,2003年4月14日B超“子宫腔内无异常回声,子宫后壁峡部与宫颈内口处见一片边界欠清的等回声光团4.2 cm×5.7 cm×6.0 cm,内布满液性小囊,血流丰富,病灶距浆膜层0.43 cm”。胸部摄片未见异常结节。子宫腔刮出物的病理报告为“凝血块中见变性胎盘组织”。

于2003年4月15日行剖腹探查,术中见子宫前位,宫体正常大小,子宫左后壁近峡部处有直径5 cm肿块突起,表面色红,质软,于子宫后壁近峡部处横行切开肿块表面的子宫浆膜层和肌层,见肿块内为血块及机化组织,未见明显绒毛,肿块内壁已达宫腔,完整取出肿块后分层缝合子宫肌层和浆膜层。术后病理报告:标本为蜕变胎盘组织。术后伤口愈合良好,2003年4月21日(术后5天)复查血 β -HCG 20 U/L,血红蛋白129 g/L,B超“宫内无残留,子宫后壁峡部部分回声偏低,部分强回声”。出院随访中。

会 诊 讨 论

吴震溟主治医师 患者未婚,有人工流产史。此次妊娠后一直有无痛性的阴道出血,超声检查未见宫内妊娠迹象,应该警惕异位妊娠的可能。异位妊娠大部分发生在输卵管部位,宫颈妊娠和腹腔妊娠较少见,一旦发生,常有难以控制的大出血和休克,危及生命。患者第一次清宫时出血较多,但用催产素可以控制,而且宫颈没有明显的膨大,虽然术后B超提示“宫颈内口异常回声”,但诊治者未考虑到异位妊娠的可能性,没有将患者留院观察,以致再次子宫大出血造成休克。

金新娟教授 宫颈妊娠指胚芽种植生长和发育在子宫颈管,较为罕见,可危及妊娠妇女的生命。其发生原因有:受精卵运行太快种植在颈管、子宫发育不良子宫畸形、反复妊娠分娩或人工流产损伤子宫内膜形成瘢痕、妨碍孕卵在宫腔着床。临床诊断的依据有:① 闭经伴无痛性阴道出血;② 宫颈软而大,宫颈大于宫体;③ 胚囊完全种植在颈管内;④ 宫颈内口

闭合,外口扩张。超声诊断为:① 子宫腔内弥漫性无定形回声,子宫增大无胚胎;② 宫颈管增大宫颈管内可见多个不均匀区域或胚囊胚芽;③ 宫颈内口关闭。病理检查可发现:① 胎盘附着处有颈管腺组织;② 胎盘紧密粘连在宫颈管处;③ 胎盘位于子宫血管水平或前后腹膜返折下;④ 宫腔内无胎儿胎盘成分。根据患者有停经后出血,刮宫组织中没有见妊娠物,B超宫内无妊娠迹象,异位妊娠可能性极大。该患者清宫时有大量出血,无腹痛,无腹腔内出血,妇科检查和B超均未发现双侧附件有肿块,B超提示宫颈管膨大有异常回声,故而应诊断为宫颈妊娠。以往宫颈妊娠的治疗大部分采取子宫切除术,近年来有报道对于宫颈妊娠行保守治疗成功。考虑该患者未婚未育,应尽量保留子宫,可以采取化学药物治疗,目前常用MTX静脉滴注或局部注射,也有报道用天花粉静脉注射。

马庆良副教授 该患者病史较长,病情较复杂,有多次检查和手术史,但都未彻底治愈并且有加重,因此要考虑几个可能的诊断:① 患者有妊娠后刮宫史,术中未见绒毛组织,术后一月有子宫大出血,要考虑手术时子宫穿孔造成宫内残留的可能;② 患者有停经后阴道出血史,妊娠试验阳性,清宫未见绒毛,刮宫时有大量活动性出血,B超见宫颈内口处异常回声,宫颈异位妊娠的可能性较大。但第一次清宫术后的病理检查中找到滋养细胞,妇科检查发现宫颈无明显膨大、子宫体略大于正常,因此宫颈妊娠的诊断依据不足;③ 患者既往有妊娠史,清宫术未见绒毛,术后一月血 β -HCG 83 U/L(正常<25 U/L),有突发子宫大量出血,无腹痛,滋养细胞疾病不能完全排除。建议可以行彩色多普勒超声三维立体成像或核磁共振帮助诊断。关于治疗方案,因为患者未婚未育,首先用了MTX保守治疗,但治疗后HCG滴度上升,肿块有增大趋势,为防止病情进一步发展,应采用手术治疗。

狄文教授 依据病史,该病例有以下特点:① 患者既往有人工流产史,可能已有子宫的损伤;② 此次妊娠以来一直有阴道出血,第一次子宫刮出的组织虽然未见明显绒毛结构,但病理报告有“滋养细胞”;③ 第一次清宫术后一月才有子宫大出血,HCG滴度上升,子宫后壁峡部的肿块逐渐增大,MTX疗效差;④ 妇科检查宫颈没有明显膨大,B超提示肿块位于子宫后壁峡部与宫颈内口处;⑤ 手术时见肿块位于子宫后壁峡部。因此除了考虑宫颈妊娠外,还应该考虑胎盘绒毛植入的可能,尤其是种植在峡部。本例刮宫失败的原因与绒毛植入肌层有很大关系。

子宫颈管和峡部与子宫体不同,平滑肌少,纤维结缔组织多,收缩性差,出血量多却没有腹痛,容易误诊为不全流产。宫颈妊娠的病理诊断标准是胎盘种植处对面的组织内一定要有宫颈腺体,胎盘与宫颈紧密接触。胎盘组织必须位于子宫血管进入子宫的水平,或者在子宫前后腹膜返折水平以下,而宫内无妊娠物。峡部妊娠位于子宫体与宫颈间最狭窄的部分,胎盘种植部位以下可见宫颈腺体,宫腔内无妊娠物。B超是辅助诊断的重要工具,宫腔内无妊娠迹象,宫颈或峡部见孕囊或液性暗区,有时液性暗区可侵入肌层内。最后确诊需通过病理证实。对宫颈和峡部妊娠,有大出血时应该行子宫切除,该患者希望保留生育功能,可以

行保守型的手术治疗。

林其德教授 宫颈妊娠和峡部妊娠早期症状与流产相似,停经后有不规则阴道出血,刮宫手术可以引发难以控制的大出血。胎盘绒毛植入是妊娠罕见的并发症,大部分在足月分娩处理第三产程时才发现,早期发现更为罕见,一般认为子宫黏膜缺乏或缺陷是胎盘植入的病理基础。既往手术造成子宫损伤,绒毛植入在瘢痕处,胚胎因为缺少血供而生长不良,出现停经后阴道出血,而行吸宫手术时不易清除孕囊,甚至造成子宫大出血,有时需行子宫切除术。

本例患者孕早期有阴道出血,符合绒毛滋养细胞侵蚀子宫肌层,使血管破坏发生出血;清宫无法清除妊娠物,反而损伤血管造成出血。保守治疗使用 MTX 效果不佳,病灶逐渐增大,HCG 逐渐上升,在没有大出血的情况下,要保留生育功能,可以手术直视下切除局部病灶。患者肿块位于子宫后壁峡部,术时完整切除肿块,病理报告为“蜕变胎盘组织”,符合绒毛植入子宫峡部的诊断。术后 HCG 下降明显,B 超未见异常回声,伤口愈合良好。但术后应至少避孕两年以上,再次妊娠早期需行妇科检查,孕晚期加强产科检查以防子宫破裂。

最后诊断

子宫峡部妊娠合并胎盘植入。

专家点评

该患者停经 49 天后反复阴道出血 71 天住院,此前因“难免流产”曾在门诊刮宫一次仍流血,至入院时距上次清宫术已 36 天,刮宫时大出血达 1 000 ml。因考虑尿 HCG 阳性,故静脉滴注 MTX 50 mg/d×2 天后,B 超见子宫峡部与子宫颈内口处有边界欠清的等光回声团,故决定剖腹探查,自子宫后壁近峡部处切开肿块表面的子宫浆肌层,取出血块及机化组织,病检证实为蜕变胎盘组织,故为——峡部妊娠。对本患者的处理,医生是谨慎的,因患者未婚,无子女,为长久计,以保守性处理,更为妥善,先用 MTX,再在局部做清理手术和明确诊断,其子宫得以保留,所以处理是成功的。

(上海第二医科大学仁济医院妇产科 吴震溟 狄文整理)

第 3 例 停经 56 天,不规则阴道流血 25 天,腹痛 40 分钟

临床资料

病史 患者,女,25 岁。末次月经 2002 年 2 月 10 日,经量、经期同既往。停经后无恶

心、呕吐等早孕反应,停经 56 天时(4 月 6 日)出现阴道流血,量少,色暗红,不伴腹痛、发热,于当地医院就诊,查尿 HCG(+),给予保胎治疗(具体不详),无好转。4 月 8 日感阴道流血增多,有血凝块,未见组织物及水泡样物,在私人诊所做 B 超提示宫内未见孕囊,行清宫术,未见绒毛,未送检,之后阴道流血淋漓不净,色暗红,每日用护垫一张,无发热、腹痛及肛门坠胀感。4 月 24 日再次就诊于私人诊所,肌注止血针后,阴道流血无明显减少。入院前 40 分钟,无明显诱因突发下腹持续性疼痛,阵发性加剧,伴头晕、乏力及轻微肛门坠胀感,急诊收入我院。

月经婚育史:13 岁 $\frac{6\sim7\text{天}}{28\sim29\text{天}}$,末次月经 2002 年 2 月 10 日, G₃P₀。

体格检查 急性痛苦面容,贫血貌,腹肌紧张,下腹压痛,无反跳痛,移动性浊音(+). 妇科检查:外阴已婚未产式,阴道通畅,少量暗红色血液,后穹隆饱满,宫颈轻度糜烂,举痛,宫体前位,正常大小,压痛,子宫右后方扪及约 7 cm×6 cm×6 cm 大小质软包块,边界欠清,不活动,压痛。

辅助检查:尿 HCG(+);后穹隆穿刺抽出 5 ml 暗红色不凝血。

入院诊断 ① 腹腔内出血:异位妊娠;② 失血性贫血。

入院后积极术前准备,急诊行剖腹探查术。术中见:腹膜蓝染,腹腔内游离血 1 500 ml,血凝块约 500 g,子宫前位,正常大小,表面光滑,双侧输卵管、卵巢外观无异常。挤压双侧输卵管,伞端未见血液溢出,探查子宫直肠陷凹处见血凝块附着,清除血凝块后见子宫直肠返折腹膜有一横形裂口长约 5 cm,活动性出血,破口处见血凝块及陈旧坏死样组织,台上检查清除血凝块内无明显绒毛。遂经腹与经阴道同时探查,盆腔内病灶位于直肠阴道隔、后穹隆上方偏右侧,未穿破阴道黏膜。因破口处病灶出血活跃,考虑可能为绒癌,未继续清除血凝块,留取腹腔内血液和静脉血各 5 ml 做 HCG 检查,病灶处予明胶海绵、止血纱布压迫约 20 分钟后未见活动出血,2/0 微芥线缝合腹膜裂口,逐层关腹。术中腹腔血 HCG 82.4 U/L,静脉血 HCG 44.9 U/L。子宫直肠陷凹处血凝块送病理检查。因术中情况比较特殊,行全科讨论。

会诊讨论

本例病人临床特点:① 生育年龄期妇女;② 临床表现为停经、流血、腹痛;③ 查体:贫血貌,腹部体征符合内出血表现;④ 妇检:后穹隆饱满,宫颈举痛,宫体正常大小,右后方扪及包块;⑤ 后穹隆穿刺抽出不凝血,尿 HCG(+);⑥ 术中发现子宫及双附件正常,病灶位于子宫直肠陷凹,且出血比较活跃,未见绒毛;⑦ 腹腔及静脉血 HCG 均不高。

妇科 A 医师 患者以急腹症入院,后穹隆穿刺出不凝血,诊断腹腔内出血明确。根据临床表现有停经、流血、腹痛及盆腔包块,尿 HCG 阳性,符合典型的异位妊娠,应进行剖腹探查。术中见子宫及双侧附件均无异常,子宫直肠陷凹处有血凝块及破裂出血,但未见绒

毛。从出血比较活跃来看,要考虑绒癌,但血 HCG 低,不太好解释。另外也有可能为异位妊娠中特殊的一种:腹腔妊娠,绒毛种植于子宫直肠返折腹膜,向直肠阴道隔生长并穿破腹膜产生裂口,造成内出血。然而按停经月份算,接近 3 个月,应可见胎儿,但术中肉眼看不见绒毛也是值得探讨的地方。挤压双侧输卵管无血液流出,尿 HCG 阳性,可排除出血性输卵管炎。

妇科 B 医师 腹腔妊娠少见,发生率约为 1:15 000 次妊娠。腹腔妊娠是指位于输卵管、卵巢、阔韧带以外的腹腔内妊娠。分原发性和继发性两种,多为继发性,主要继发于输卵管妊娠流产或破裂;原发性腹腔妊娠很少见,是指受精卵直接种植于腹腔腹膜、肠系膜或大网膜上生长发育。诊断原发性腹腔妊娠必须满足三个条件:① 两侧输卵管和卵巢均正常,无近期妊娠的证据;② 无子宫腹膜瘘形成;③ 孕卵附着于腹膜等处,不与子宫、输卵管、卵巢相连。从该患者病史中孕早期无腹痛,即无可疑输卵管妊娠流产或破裂史;术中情况看,子宫及双附件正常,破裂处位于子宫直肠返折腹膜上,且与子宫、输卵管、卵巢均不相连,应属于原发性腹腔妊娠。术中未见绒毛,可能因为绒毛活性比较低或趋向死亡,凭血 HCG 44.9 U/L,偏低,也可解释这一点。

妇科 C 医师 分析患者整个诊治经过,在处理过程中有不当之处,以致多次漏诊。首先,停经近 2 个月时出现阴道流血,仅查尿 HCG(+),就给予保胎药,未做妇科检查了解子宫大小与停经月份是否相符,也未做 B 超观察胎儿情况,在诊断尚不明确的情况下盲目地采用保胎治疗。第二,保胎无效后阴道流血增多,私人诊所 B 超宫内未见孕囊,却行清宫术,处理欠妥当。若考虑为流产,宫内无异常,也为完全流产,无须清宫。再说,清宫未见绒毛,也未引起重视,既不送检,也不进一步检查。第三,清宫术后半月阴道流血淋漓不净,再次就诊于私人诊所,未检查原因,仅给对症止血治疗。这样看来,若在上述三个方面能仔细检查,可能会更早明确诊断,不至于等到出现腹腔内出血才再次就诊。虽然此前临床表现不太典型,无腹痛,但仍不能忽视异位妊娠的存在。因此,值得我们借鉴。

妇科 D 医师 该患者诊断绒癌有几点不支持:① 从病史看,4 月 8 日阴道流血增多时 B 超未发现异常,仅 20⁺ 天就出现了绒癌盆腔内病灶,发展速度过快,比较少见;② 虽然术中出血活跃,但经过纱布压迫和缝合腹膜后血止,若为绒癌侵蚀腹膜靠缝合是不容易止血的,直肠阴道隔出血除需盆腔压迫、填塞外,还必须同时阴道压迫,才能够压紧、止血;③ 血 HCG 太低,虽然绒癌 HCG 可以比较低,但相对少见。因此,诊断考虑腹腔妊娠可能性大,且为原发性腹腔妊娠。妊娠时胎盘种植处血供丰富,出血也可以很活跃。早期的腹腔妊娠很难术前确诊,往往因为腹腔内出血行剖腹探查才发现。若妊娠至中期,可通过查体、B 超等检查明确诊断,一经确诊,应及时剖腹取出胎儿,对胎盘的处理视着床部位、胎儿死亡时间而定。如胎盘附着于大网膜或阔韧带表面,或胎儿已死亡、胎盘循环停止,胎盘剥离无困难的情况下可考虑一期取出;若胎盘附着或种植于非重要器官,并且切除部分脏器不影响其功能者,可考虑连同附着器官一并切除;如胎盘与脏器牢固粘连或靠近大血管处,胎儿存活或死亡时