临床研究 文章编号:0253-3626(2009)12-1762-03

宫颈妊娠的诊断与治疗—附 23 例分析

肖 琳,唐良茜,卞度宏
(重庆医科大学附属第一医院妇产科,400016 重庆)

【摘 要】目的:探讨早期诊断及有效、微创治疗宫颈妊娠的方法。方法:回顾性分析 23 例宫颈妊娠的临床及影像学表现,总结诊断及治疗要点。结果:19 例患者通过保守性的治疗方法治愈,3 例通过全子宫切除治愈。结论:宫颈妊娠的发生与刮宫及剖宫产有关;超声检查可为临床诊断和处理提供可靠的信息;保守性治疗包括药物治疗、保守性手术治疗、介入治疗均是有效的治疗方法,可以最大限度减少创伤、保留月经及生育功能。

【关键词】宫颈妊娠;诊断;治疗
【中国图书分类法分类号】R714.226 【文献标识码】A 【收稿日期】2008-04-24

Diagnosis and therapy of cervical gestation—analysis of 23 cases

XIAO Lin, et al
(*Department of Gynecology and Obstetrics, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】***Objective***: To approach the effective way of early diagnosis and therapy of cervical gestation. ***Methods***: A retrospective analysis was conducted by analyzing the clinical presentations and auxiliary examinations of 23 cases of cervical pregnancy. ***Results***: 19 cases were cured by conservative treatment; 3 cases were cured by hysterectomy. *Conclusion*: Cervical pregnancy is related to curettage and cesarean; ultrasound can provide valuable information for diagnosis and therapy; conservative treatment, including medical treatment, conservative operation and interventional therapy, are effective approaches which can reserve menstruation and reproductive ability.

【Key words】Cervical pregnancy; Diagnosis; Therapy

宫颈妊娠是指受精卵着床和发育在宫颈管内,其发病率低,文献报道约占妊娠总数的 1/(2 500 ~ 50 000),占异位妊娠的 1/(50~100)[1]。宫颈妊娠时因颈管内膜对孕激素反应较差,孕卵着床后绒毛滋养细胞易侵入管壁,且由于宫颈组织是纤维结缔组织占优势,仅有 15%的平滑肌,收缩力差,血窦开放时不能自动止血,且对缩宫素效果差,所以刮宫时易发生难以控制的大量出血,后果严重。近年来,宫颈妊娠的诊治已越来越受到妇产科医师的关注。本文就我院 2000~2007 年收治的 23 例宫颈妊娠病例进行分析,探讨其诊断和治疗。

1 临床资料

1.1 一般资料

2000 年 1 月 ~ 2007 年 10 月我院收治宫颈妊娠 23 例,占同期异位妊娠(共 1 312 例)的 1.75%。患者年龄 22 ~ 43 岁,有人流史者 17 人,有剖宫产史者 9 人,人流及剖宫产史均无者仅 1 人。7 人用宫内节育环避孕。3 例合并子宫肌瘤。1 人合并不完全性子宫纵隔。住院时间 6 ~ 35 d。

作者介绍:肖 琳(1973-),女,硕士,
研究方向:妇科肿瘤。

1.2 临床表现

1.2.1 停经史 停经 6 ~ 8 周 15 例,停经 9 ~ 10 周 8 例。

1.2.2 阴道流血 其中 18 例表现为停经后 6 ~ 10 周阴道不规则流血,4 例为外院误诊为宫内早孕行人工流产后阴道流血持续不净,1 例为阴道大量流血。多不伴有腹痛,其中仅有 3 例有下腹痛。

1.2.3 妇科检查 宫颈不同程度的膨大(4 ~ 8 cm),变软,部分呈紫蓝色。

1.3 辅助检查

1.3.1 血清人绒毛膜促性腺激素(Human chorionic gonadotrophin, HCG)均升高,范围在 77 ~ 7 948 mIU/ml。

1.3.2 B 超 均提示宫颈膨大及宫颈管内异常回声,子宫体正常大小或稍大,宫内未见妊娠囊。

1.4 治疗方法

1.4.1 药物保守治疗 14 例,其中 4 例单次用药:MTX 50 mg/m² 肌内注射或静脉滴注;8 例连续用药:MTX 1 mg/kg 隔日静脉滴注,共 4 次,用甲氨蝶呤(Methotrexate, MTX)24 h 后予亚叶酸钙 0.1 mg/kg 以减轻毒性;2 例在 B 超辅助下, 经阴

道将 MTX50 mg 注入宫颈囊内。治疗后根据血 HCG 结果，下降 15%为有效，根据情况 MTX 可使用 1～3 个疗程。

1.4.2 保守性手术 4 例采用，均在药物治疗基础上进行，包括经阴道子宫动脉下行支结扎及颈管搔刮术 2 例、宫腔镜电切术 1 例、经腹病灶切除术 1 例。

1.4.3 介入治疗 2 例，经股动脉穿刺插管至双侧子宫动脉，分别灌注 MTX 50 mg，同时用明胶海绵栓塞治疗。

1.4.4 全子宫切除 3 例，1 例因入院时阴道大量流血，2 例因入院后药物治疗效果不佳 HCG 不降或阴道流血增多，患者均无生育要求，故行子宫切除。

2 结 果

2.1 药物保守治疗

药物治疗后 5 例（治疗前血 HCG 77~1 587 mIU/ml）HCG 下降满意、局部病灶缩小；4 例（治疗前血 HCG 386~4 626 mIU/ml）在药物治疗基础上予颈管搔刮术；2 例（治疗前血 HCG 996~7 300 mIU/ml）血 HCG 有下降，但欠满意，转保守性手术。2 例（治疗前血 HCG 6 326~7 948 mIU/ml）因治疗效果不佳 HCG 不降或阴道流血突然增多，行子宫切除。1 例自动要求出院，失访。化疗期间患者仅有轻度的胃肠道反应，无肝肾功能损害、无骨髓抑制。

2.2 保守性手术

4 例均达到预期治疗效果，治疗后 1~3 周血 HCG 恢复正常。

2.3 介入治疗

2 例行介入治疗的患者 1 周后血 HCG 明显下降，在此基础上行颈管搔刮术。术后 1~2 周血 HCG 恢复正常。

2.4 3 例行全子宫切除

3 例行全子宫切除，住院时间 5~10 d，术后恢复好。

3 讨 论

3.1 病因

宫颈妊娠确切的发病机理不清，与多种因素有关，许多学者认为刮宫和剖宫产史是重要因素。本组病例中，仅 1 人无人流及剖宫产史，提示人流术或剖宫产术可能导致子宫内膜损伤，防碍孕卵在宫腔内着床，是导致宫颈妊娠的重要因素。此外，宫内节育器、内分泌失调、不孕、Asheman 综合征、辅助生育技术、子宫畸形等也是宫颈妊娠的易患因素。

3.2 诊断与鉴别诊断

宫颈妊娠的诊断依据：(1)症状：无痛性阴道流血。出血量一般不多，但淋漓不净；少数患者可发生大量出血、危及生命。出血是由于胚胎附着处绒毛分离所致，血直接外流，不刺激宫缩，故出血为无痛性；少数继发感染者可出现腹痛。(2)妇科检查：宫颈膨大，变软，充血呈暗紫色，而子宫无明显增大，故宫颈与宫体呈葫芦状。(3)血 HCG：增高，但滴度上升速度慢于正常宫腔妊娠。(4)B 超：特征为膨胀的颈管中有异常回声，强弱不等。小部分胚胎发育较好者可见到妊娠囊与胎心搏动，周围血流丰富。国内吴钟瑜[2]提出宫颈妊娠的 B 超诊断标准：子宫正常或略大，蜕膜较厚；宫颈膨大如球，与子宫体相连如沙漏状，宫颈可大于宫体；颈管内可见变形胚囊，如胚胎已死则结构紊乱，呈实性为主的高回声；子宫内口关闭，胎物不超过内口。

在本组病例中，所有患者均有超声诊断的异常，表现为宫颈膨大及宫颈管内异常回声，子宫体正常大小或稍大，宫内未见妊娠囊。

临床上宫颈妊娠和子宫峡部妊娠难以鉴别，但两者的超声图象各有特征[3~5]，前者病变局限于宫颈，宫颈明显增大，与宫体相连呈葫芦状，内口关闭；后者病变位于子宫峡部，局限性膨大，外观呈梭状，内口开大。

3.3 治疗

既往全子宫切除是治愈宫颈妊娠的唯一措施，近年来，由于宫颈妊娠的早期诊断、有效化疗药物的使用、内窥镜技术的发展、介入治疗的应用以及人们对保留子宫愿望的加强，治疗趋于保守，即保留子宫达到治愈宫颈妊娠的目的。

3.3.1 药物治疗 目前多应用 MTX，它是滋养细胞高度敏感的化疗药物，能抑制滋养细胞增生，导致胚胎组织坏死、吸收或脱落。Hung 等[6]提出了适合 MTX 治疗的临床指征：血 β~HCG<10 kU/L；妊娠小于 9 周；胎体长度<10 mm。用药途径有全身用药和局部用药。全身用药既可单次用药，也可连续用药。单次用药：MTX 50 mg/m^2 肌内注射或静脉滴注。连续用药：MTX 1 mg/kg 隔日静脉滴注，共 4 次；用 MTX24 h 后予亚叶酸钙 0.1/kg 以减轻毒性。局部用药具有用药量少、局部药物浓度高、全身反应轻等特点。在 B 超引导下，经阴道将 MTX 50 mg 注入宫颈妊娠包块内；亦可选用 Kcl，将 20%Kcl 1 ml 在超声引导下注入胚囊，此法的优点是没有化疗药物

的副反应,疗效较好。本组病例中,14/23 的病例采用 MTX 治疗,均有不同程度的疗效:其中 5 例血 HCG 下降满意、局部病灶缩小,最终达到治愈;4 例在药物治疗基础上予颈管搔刮术;2 例血 HCG 有下降,但欠满意,转保守性手术成功。血 HCG 越低,药物治疗成功的可能性越大。据报道[7]用药后血 β~HCG 恢复正常的平均时间为(60.3±32.5)(14~140) d;宫颈形态随着血 HCG 的下降逐渐恢复正常,恢复正常的平均时间为(72.4±43.8)(12~180) d。需注意的是即使血 HCG 下降明显,也有大量出血导致治疗失败的可能,需加强随访。

3.3.2 介入治疗 1996 年 Maston 等[8]首次报道全身应用 MTX 联合双侧子宫动脉栓塞术获得成功。近年来,由于介入技术的发展,经皮子宫动脉灌注化疗及栓塞术成为治疗宫颈妊娠的一种有效而实用的方法。栓塞剂可选用中效可吸收的明胶海绵颗粒。明胶海绵导入血管后,引起血小板的聚集,形成血栓,不仅可使胚胎缺血缺氧坏死,也为避免刮宫时大出血创造了有利条件。约 2 周后明胶海绵逐渐被吸收,子宫动脉将再通,不致影响生殖内分泌和生育功能[9]。与此同时,还可通过动脉向局部灌注 MTX 50 mg,以加大宫颈局部的血药浓度,有效杀伤滋养细胞。栓塞后 1 周进行刮宫术,出血量明显减少。此法具有可保留子宫、微创、疗效显著、副反应小的优点。尤其适用于妊娠时间较长(>9 周)、血 HCG 较高,流血较多者。有学者[10]提出宫颈妊娠的保守性阶梯治疗方案为 MTX 全身给药-MTX 动脉内给药-动脉栓塞-清宫术,因此动脉栓塞加化疗结合刮宫术是治疗宫颈妊娠的一种好方法。本组病例中 2 例采用介入治疗方法者均获满意疗效。

3.3.3 保守性手术治疗 包括传统的保守性手术和现代的内窥镜手术。前者包括:①宫颈管搔刮术联合纱条填塞或 Foley 尿管压迫术,通常可在药物治疗后采用。术前做好大出血的抢救准备。②经阴道子宫动脉下行支结扎术,结扎后再行颈管搔刮。此法简单易行,无须特殊设备。本组病例中有两例通过此法治愈。③经腹髂内动脉结扎术。目前已逐渐被子宫动脉栓塞取代。④经腹病灶切除术:适用于病灶范围不大、靠近宫颈浆膜层、界限清楚的病例。后者包括:①腹腔镜下子宫动脉结扎:钟友华等[11]报道,在腹腔镜下结扎双侧子宫动脉后,阴道出血明显减少或停止,再行颈管搔刮,出血很少。②宫腔镜电切术:宫腔镜下可准确切除妊娠组织,同时可直视下电凝止血。适用于病灶不大、阴道出血量不多、血 HCG 值不高者。

3.3.4 子宫切除 20 世纪 80 年代前子宫全切是宫颈妊娠的主要治疗手段,子宫切除率高达 70%~80%。当前,对于病情急、出血凶猛、生命体征不平稳或保守治疗无效、年龄较大无生育要求者可予子宫切除。

总之,宫颈妊娠发病率虽低,但病情凶险,危及生命,临床医生应高度重视。早期诊断及正确的治疗策略对改善预后至关重要。对需保留生育功能者,若血 HCG 不高、阴道流血不多,可采用药物治疗;若血 HCG 较高、出血多,可采用子宫动脉栓塞及 MTX 局部灌注;若无介入治疗条件,可选择经阴道子宫动脉下行支结扎或经腹腔镜子宫动脉结扎。在血 HCG 下降后,可行颈管搔刮,必要时予纱条填塞或 Foley 尿管压迫。孕周时间越短、孕囊越小、HCG 越低,保守治疗越易成功。对于无生育要求者,或上述治疗方法无效,行全子宫切除。

参 考 文 献

[1] Bai S W, Lee J S, Park J H, et al. Failed methotrexate treatment of cervical pregnancy. predictive factors[J]. J Reprod Med, 2002, 47(6): 483-488.

[2] 吴钟瑜. 实用妇产科超声诊断学[M]. 第二版. 天津: 天津翻译科技出版社, 1995, 125-129.

[3] 马玉庆, 钱 敏, 吴青青, 等. 宫颈妊娠和子宫峡部妊娠的超声诊断价值[J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(15): 1871-1872.

[4] 王 丹, 梁志清, 徐惠成. 宫腔镜治疗宫颈妊娠 4 例临床分析[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(5): 422, 429.

[5] 姬玉林. 3 例宫颈妊娠的诊治体会[J]. 重庆医学, 2006, 35(7): 670-671.

[6] Hung T H, Jeng C J, Yang Y C, et al. Treatment of cervical pregnancy with methotrexate[J]. Int Gynecol Obstet, 1996, 53(3): 243-247.

[7] Kim T J, Seong S J, Lee K J, et al. Clinical outcomes of patients treated for cervical pregnancy with or without methotrexate[J]. J Korean Med Sci, 2004, 19(6): 848-852.

[8] Maston L M, Dotters D J, Katz V L, et al. Methotrexate and angiographic embolization for conservative treatment of cervical pregnancy[J]. South Med J, 1996, 89(2): 246-248.

[9] 胡琢英, 卞度宏. 宫颈妊娠的保守治疗[J]. 实用妇产科杂志, 2006, 4(22): 202-203.

[10] Yitzhak M, Orvieto R, Nitke S, et al. Cervical pregnancy: a conservative stepwise approach[J]. Hum Reprod, 1999, 14(3): 847-849.

[11] 钟友华. 腹腔镜辅助治疗宫颈妊娠 5 例临床分析 [J]. 四川医学. 2006, 12(27): 1312-1313.

(责任编辑:关蕴良)