

DOI:10.3724/SP.J.1008.2010.01232

• 研究快报 •

自发宫内宫外同时妊娠并发输卵管破裂出血术后足月分娩 1 例报告

刘玉环, 欧俊, 惠宁*, 吉梅

第二军医大学长海医院妇产科, 上海 200433

[摘要] **目的** 强调宫内孕合并急腹症时发生自发宫内宫外同时妊娠(HP)的风险。**方法和结果** 报道 1 例自发 HP 患者,有继发性不孕高危因素。在孕 13 周时因宫内孕合并输卵管妊娠破裂,出现失血性休克,行开腹患侧输卵管切除术。术后宫内胎儿孕期情况平稳,孕 37⁺²周时因前置胎盘经剖宫产分娩一健康婴儿。**结论** HP 多发生于接受辅助生殖技术的妇女,但当有高危因素存在时,也可发生于自然受孕人群。尽管宫内孕合并宫外输卵管妊娠破裂、失血性休克,如能积极抢救、加强支持治疗,仍能获得满意的结局。

[关键词] 宫内宫外同时妊娠;输卵管妊娠;足月分娩

[中图分类号] R 714.221 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2010)11-1232-02

Full-term delivery after surgical management of tubal rupture combined with heterotopic pregnancy: a case report

LIU Yu-huan, OU Jun, HUI Ning*, JI Mei

Department of Obstetrics and Gynecology, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

[Abstract] **Objective** To understand the risk of heterotopic pregnancy when intrauterine pregnancy and abdominal pain co-exist. **Methods and results** We report a patient with heterotopic pregnancy in a naturally occurring pregnancy; she also had high risks for secondary infertility. At gestational week 13 she had hemorrhagic shock due to intrauterine pregnancy complicated with rupture of tubal pregnancy; salpingectomy was performed *via* open operation. The intrauterine pregnancy was uneventful after operation, and a healthy baby was delivered through cesarean section at 37⁺² weeks due to placental previa. **Conclusion** Heterotopic pregnancy usually occurs in women receiving assisted reproductive technology, but it can also happen in natural conception when there are high risk factors. Satisfactory outcome can be obtained in patients with heterotopic pregnancy, rupture of tubal pregnancy, and hemorrhagic shock, if prompt measures and supporting treatment can be given.

[Key words] heterotopic pregnancy; tubal pregnancy; term birth

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2010, 31(11):1232-1233]

自然妊娠发生宫内宫外同时妊娠(heterotopic pregnancy, HP)的概率很低,其发生率小于 1/3 万^[1-2],但一旦发生输卵管破裂,将严重威胁孕妇和宫内胎儿的生命。HP 患者通常有不孕史并有强烈的保胎要求。本科收治 1 例自然妊娠发生 HP 的患者,孕 13 周时输卵管破裂合并失血性休克,术后宫内胎儿情况平稳并足月分娩一活婴,现报告如下。

1 病例资料

患者 33 岁, G2P0, 因“停经 13 周, 上腹部疼痛伴恶心、呕吐 2 d”于 2008 年 12 月 3 日来我院急诊就诊。患者 3 年前初次妊娠, 孕 8 周时自然流产, 后未避孕, 也未再怀孕。体格检查: 神志清, 面色苍白, 冷汗, 呼吸急促, BP 70/50 mmHg (1 mmHg = 0.133

kPa), 心率 110 次/min; 腹部膨隆, 全腹弥漫性压痛、反跳痛, 腹肌紧张。妇科检查: 子宫前位, 变软, 如孕 13 周大小, 宫颈触痛(+), 左侧髂窝处附件区上方压痛明显。腹部 B 超: 宫内胎儿探及胎心搏动, 胎儿双顶径 2.5 cm, 符合孕 13 周大小; 腹腔探及中等量游离液体; 子宫左上方髂窝处探及孕囊, 胚胎顶臀长 5.0 cm, 符合孕 11 周大小。血常规: 白细胞计数 12.0 × 10⁹/L, 血红蛋白 69 g/L。尿妊娠试验阳性。

入院后积极术前准备、备血、抗休克治疗, 急诊行剖腹探查术。术中见腹腔大量血液及血块, 吸出积血约 4 500 ml, 见左侧输卵管壶腹部妊娠, 左侧输卵管破裂(图 1), 遂行左侧输卵管切除术。生理盐水冲洗腹腔查无出血后关腹。因患者术前发生出血性休克, 术中输注红细胞悬液 1 400 ml, 血浆 600 ml。

[收稿日期] 2010-09-14 **[接受日期]** 2010-10-31

[作者简介] 刘玉环, 副教授. E-mail: yuhuan.liu@gmail.com

* 通讯作者(Corresponding author). Tel: 021-81873592, E-mail: huin1956@yahoo.com.cn

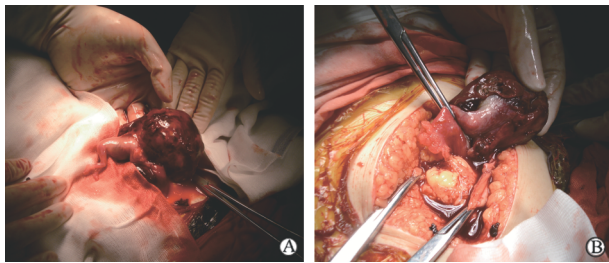


图 1 宫内宫外同时妊娠术中所见

Fig 1 Intraoperative findings of heterotopic pregnancy

A: Extrauterine fetus; B: Ruptured uterine tube

患者术后恢复良好, 术后第 7 天出院。产科门诊接受正规产前检查, 孕期宫内胎儿情况平稳。患者在孕 37⁺² 周时因完全性前置胎盘行剖宫产术终止妊娠, 娩一质量 2 936 g 的活婴。1、5、10 min 的 Apgar 评分分别为 9、10、10 分。出生婴儿于儿科常规检查, 随访至今, 未发现畸形及发育异常。

2 讨论

HP 首次报道于 1708 年^[2], 是指宫内孕同时伴随输卵管妊娠、宫角妊娠、宫颈妊娠、腹腔妊娠或剖宫产后瘢痕部位妊娠等^[3]。由于辅助生殖技术的兴起与发展、盆腔炎性疾病发病率的上升, 异位妊娠和 HP 的发生率明显升高。对于自然受孕的孕妇, HP 非常罕见, 发生率为 1/(1 万~5 万)^[4-5], 但对于接受辅助生殖技术的孕妇, 其发生率达 1/(100~500)^[6-7]。HP 的主要易感因素是不孕史及辅助生殖技术的应用。不孕通常与输卵管损伤和异位妊娠相关, 而多胎妊娠通常与辅助生殖技术密切相关。本例患者有继发性不孕史, 但未接受过辅助生殖技术。

HP 的诊断对临床医生来说仍然是一个挑战, 确诊时间一般在孕 5 周至孕 20 周之间。自然发生 HP 的患者出现严重临床症状(腹腔积血、输卵管破裂、急腹症)的比例高于接受过辅助生殖技术的 HP 患者^[8]。接受过辅助生殖技术的 HP 患者, 术前收缩压值、后穹窿穿刺率均较自然发生的 HP 患者高^[8]。这些发现表明接受过辅助生殖技术的患者较自然受孕发生 HP 的患者在就诊中更易被医生考虑或怀疑 HP。HP 可表现为一些非特异性症状, 包括腹痛、附件区包块、腹膜炎和子宫增大^[9]。盆腔超声检查是诊断 HP 的重要手段。对于确定 HP 患者的异位妊娠孕囊, 腹部超声比阴超更具优势, 因为随着宫内妊娠子宫的增大, 输卵管位置上移, 阴超探头难以探及^[10]。本例患者主诉上腹痛伴恶心、呕吐, 这些都是外科病例最普遍的主诉, 但急诊医生通过床边腹部超声很快地做出诊断, 在已经识别出宫内妊娠的情

况下, 准确查出左侧附件区存活的宫外孕囊和腹腔内积液。因此, 我们建议有罹患 HP 的高危因素的女性在早孕时都应当进行全面的妇科超声检查。

输卵管妊娠破裂的最佳治疗方法是腹腔镜探查术或者最小限度的剖腹探查手术, 并行患侧输卵管切除术。本例患者因有严重的内出血, 我们更倾向于剖腹探查。同时, 为确保宫内妊娠胎儿的存活, 输血、给氧等积极地支持治疗非常重要。治疗越早, 患者及宫内胎儿的预后也就越好。总之, 因其他高危因素的存在, HP 也可能发生于自然受孕者, 在诊断宫内妊娠的同时 B 超仔细探查双侧附件区及周围非常重要, 尤其是伴有腹腔积液时, 需高度警惕。即使输卵管破裂并发出血性休克, 如能积极抢救、加强支持治疗, 仍有可能获得满意的结局。

[参考文献]

- [1] Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. Heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle; do not forget about it[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1999, 87: 91-103.
- [2] Bright D A, Gaupp F B. Heterotopic pregnancy: a reevaluation [J]. J Am Board Fam Pract, 1990, 3: 125-128.
- [3] Barrenetxea G, Barinaga-Rementería L, Lopez de Larreuzea A, Agirreigoitia J A, Mandiola M, Carbonero K. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review [J]. Fertil Steril, 2007, 87: 417, e9-e15.
- [4] Dumesic D A, Damario M A, Session D R. Interstitial heterotopic pregnancy in a woman conceiving by *in vitro* fertilization after bilateral salpingectomy [J]. Mayo Clin Proc, 2001, 76: 90-92.
- [5] Chang Y, Lee J N, Yang C H, Hsu S C, Tsai E M. An unexpected quadruplet heterotopic pregnancy after bilateral salpingectomy and replacement of three embryos [J]. Fertil Steril, 2003, 80: 218-220.
- [6] Dor J, Seidman D S, Levran D, Ben-Rafael Z, Ben-Shlomo I, Mashiach S. The incidence of combined intrauterine and extrauterine pregnancy after *in vitro* fertilization and embryo transfer [J]. Fertil Steril, 1991, 55: 833-834.
- [7] Marcus S F, Macnamee M, Brinsden P. Heterotopic pregnancies after *in vitro* fertilization and embryo transfer [J]. Hum Reprod, 1995, 10: 1232-1236.
- [8] Han S H, Jee B C, Suh C S, Kim S H, Choi Y M, Kim J G, et al. Clinical outcomes of tubal heterotopic pregnancy: assisted vs spontaneous conceptions [J]. Gynecol Obstet Invest, 2007, 64: 49-54.
- [9] Reece E A, Petrie R H, Sirmans M F, Finster M, Todd W D. Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review [J]. Am J Obstet Gynecol, 1983, 146: 323-330.
- [10] Breyer M J, Costantino T G. Heterotopic gestation: another possibility for the emergency bedside ultrasonographer to consider [J]. J Emerg Med, 2004, 26: 81-84.

[本文编辑] 商素芳