

1 例双子宫合并右侧输卵管间质部妊娠患者临床诊治及文献复习

黄 坤¹ 孙 燕² 通讯作者

1 右江民族医学院 广西百色 533000 2 广西壮族自治区妇幼保健院 广西南宁 530000

【摘要】目的 本文将笔者所在医院收治的一例双子宫右侧输卵管间质部妊娠, 进行病例报道, 结合以往文献进行分析, 为今后相关病例诊治提供临床思路。**方法** 对笔者所在医院收治的一例双子宫右侧输卵管妊娠进行分析与讨论。**结果** 本例异位妊娠患者术前尚未诊断为右侧输卵管间质部妊娠, 术中明确诊断, 术后积极给予补液、抗炎等治疗, 结果发现双子宫合并右侧输卵管间质部妊娠患者术后恢复良好, 术后3天切口拆线后出院。**结论** 双子宫合并输卵管间质部妊娠在临床中比较罕见, 容易合并失血性休克, 一旦确诊, 应积极手术治疗, 术后密切关注病情, 给予补液、抗炎等治疗, 进而降低病死率。

【关键词】 双子宫; 输卵管间质部妊娠; 腹腔镜; 手术治疗**【中图分类号】** R723**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1002-3763 (2024) 02-021-02

在妇产科临床工作中, 异位妊娠是妇产科常见的急腹症, 发病率为2%-3%, 是早期妊娠孕妇死亡的主要原因之一^[1]。近年来, 随着辅助生殖技术的应用, 使输卵管妊娠发生率增加。输卵管间质部妊娠是输卵管妊娠中发生率较低的类型, 仅占异位妊娠发生率的2%, 占输卵管异位妊娠的3%^[2-3]。输卵管妊娠虽然并不多见, 但由于输卵管间质部宫腔周围肌层较厚, 血运丰富, 一旦破裂, 犹如子宫破裂, 症状极其严重, 往往导致致命性的腹腔大出血, 严重危及患者生命。因此, 一经确诊需要立即行手术治疗。双子宫是因两侧副中肾管完全未融合, 各自发育形成的两个子宫和两个宫颈, 阴道也完全分开, 左右侧子宫各有单一的输卵管和卵巢, 亦有双子宫, 单阴道或阴道内有一纵隔者^[4]。由于双子宫右侧输卵管间质部妊娠更为罕见, 我院妇科曾收治1例双子宫右侧输卵管间质部妊娠患者, 现报道如下。

1 病例摘要

患者, 女, 25岁, 未婚有性生活史, 孕2产0, 早孕人工流产1次, 平素体健, 因“停经45天, 右下腹痛1天”于2022年10月20日入住我院。患者平素月经规律, 周期27天, 经期4天, 经量中等, 色暗红, 偶有痛经, 末次月经09月05日, 停经1月余自测妊娠试验阳性。10月10日至当地医院行妇科彩超未见孕囊。随后于10月19日复查妇科彩超提示右侧附件区混合性回声灶, 大小约14×13mm, 血HCG: 11049.71mIU/mL, 当地医院建议复查。10月20日04:00左右无明显诱因下出现右下腹疼痛, 呈持续性刺痛, 持续约10余分钟后可自行缓解, 无肛门坠胀感, 无阴道流血等不适, 遂至我院就诊, 行妇科彩超提示: 子宫发育异常: 考虑双子宫声像; 右侧附件区囊性结节, 考虑间质部异位妊娠(大小约24×15×15mm); 左侧子宫内见膜回声异常, 考虑宫腔粘连; 左附件区未见明显异常; 血HCG: 9202mIU/mL。遂收住入院。入院查体: 生命征平稳, 一般情况可, 心肺听诊无特殊, 腹软, 右下腹轻压痛, 无反跳痛。妇科检查: 外阴、阴道未见异常, 宫颈常大, 轻度糜烂, 子宫前屈, 正常大小, 质软, 右侧附件区轻压痛, 未触及异常包块, 左侧附件区未触及异常包块, 无压痛。既往史: 患者2022年3月因“宫腔粘连”行宫腔镜手术。

完善检查及术前准备后, 予急诊行腹腔镜探查术。术中见部分肠管与右侧盆壁粘连, 分离粘连后见两个子宫, 形态、色泽正常, 表面光滑, 右侧宫角与右侧输卵管连接处可见大小约3×2×2的妊娠包块, 外凸明显, 无破裂口, 无明显活动性出血, 左侧输卵管及双侧卵巢未见明显异常, 考虑右侧

输卵管间质部妊娠可能, 术中告知病情后决定行右侧输卵管切开取胚术, 术中剖开可见绒毛, 手术过程顺利, 术后常规送病理检查。患者术后恢复可, 复查血HCG进行性下降(术后第1天2592mIU/mL) 术后恢复良好, 术后3天切口拆线后出院。术后常规病理回示: (右侧输卵管妊娠物) 可见绒毛, 符合妊娠。术后门诊随访患者恢复良好。

2 讨论

子宫发育异常是女性生殖器发育异常中较常见的一种, 其中包括有发育异常子宫、双体子宫、纵隔子宫、单角子宫和子宫发育不全^[5]。而双子宫胚胎发育过程中, 双侧苗勒氏管下段未融合的结果, 形成两个分离的宫体与宫颈, 附有各自的输卵管、卵巢等, 常伴有薄而非弹性的阴道纵隔或横膈^[6]。双子宫为两个分离的宫体与宫颈, 双侧宫颈可分开或相连, 常伴阴道纵隔, 在我国内罕见。双子宫无任何自觉症状, 通常是在早孕行人工流产, 产前检查, 甚至分娩时偶然发现。诊断双子宫的辅助检查有超声检查、子宫输卵管碘油造影、核磁共振等^[7]。

输卵管间质部是指输卵管的近端潜行于子宫角部壁内的部分, 是子宫动脉和卵巢动脉分支的交汇区, 血供十分丰富, 其在输卵管异位妊娠中发病率低, 但风险性极高, 若不及处理后果严重。输卵管妊娠肌层较厚, 妊娠一般维持4个月左右会出现破裂, 通过检查可以发现患者的子宫明显增大, 且宫底一侧见与之相连突出物, 内见胚囊, 囊内可以看清楚胚芽或胎儿, 无法观察到其是否存在胎心搏动, 囊胚周围可以观察到薄层肌肉围绕, 但其外上方肌层的观察发现, 其不完整或是消失。与宫角妊娠的区别主要在于宫角妊娠胚囊周围医生可以看到完整肌层输卵管间质部妊娠, 其主要是指患者的受精卵着床于输卵管间质部的一种妊娠现象。

输卵管间质部妊娠在发病的早期并无显著的体现, 且体征也表现的不明显, 有明显的隐蔽性, 自然发展结局多是输卵管间质妊娠破裂, 若是破裂, 患者本人会在短期内出现休克, 病情紧急且凶险, 死亡率相对较高。因为输卵管间质部妊娠在临床出现的几率相对较低, 但是误诊率却很高, 因此, 需要加强对输卵管间质部妊娠的诊断与有效鉴别。中国优生科学协会生殖道疾病诊治分会组织专家撰写了《输卵管间质部妊娠诊治的中国专家共识》, 可以作为输卵管间质部妊娠诊断与治疗的科学依据, 并保护输卵管间质部妊娠患者的生育能力。输卵管间质部妊娠未破裂时一般会出现停经与早孕等, 诊断难度高, 一般需要辅助超声进行疾病诊断。

超声是输卵管间质部妊娠诊断比较实用的手段, 通过超声

可以了解无症状患者的病情。通常认为阴道超声检查的效果相对于腹部检查,明显提升,而三维超声的检查效果明显优于二维超声检查,且可以在短时间内看到输卵管间质部妊娠患者的病灶整体的结构,也可以观察到其内部细微结构,进而了解到输卵管间质部妊娠患者的病灶位置与分型情况,其检查更加立体与直观,诊断准确率已经达到93.55%。

双子宫合并右侧输卵管间质部妊娠选择腹腔镜手术治疗,不仅可以充分暴露手术视野,明确异位妊娠部位,彻底清除病灶,而且具有创伤小、术后恢复快等优点^[8-9]。因输卵管间质部妊娠部位特殊,据研究表明,输卵管间质部妊娠的子宫切除率为5%~6%^[10]。因腹腔镜手术是临床治疗输卵管间质部妊娠的有效手段,其对患者的病情与临床症状改善有一定效果,且可以保证患者的身体健康。因此,通过腹腔镜手术对输卵管间质部妊娠患者的病变部位实施对应干预。但不同病变手术也会存在细微区别。若是双子宫合并输卵管间质部妊娠患者合并输卵管积液,可以通过腹腔镜手术直接改善患者的病情。主要是在腹腔开口,并通过手术穿刺输卵管积液部分,使其被引流。若是患者合并输卵管堵塞,也可以实施腹腔镜手术,应通过导丝对患者的输卵管堵塞部位进行手术矫正,也可对患者出现的输卵管伞端粘连进行必要的手术干预^[11]。若是患者合并宫外孕,也可以开展腹腔镜手术,主要是在受精卵异常位置手术切除输卵管间质部妊娠患者的输卵管^[12]。另外,在临床诊疗中,应仔细询问病史,明确疼痛起始部位,争取做到早期诊断、早期治疗,降低患者死亡率。术后积极抗感染及补液等治疗,复查血HCG至阴性。结果发现,双子宫合并右侧输卵管间质部妊娠患者术后恢复良好,术后3天切口拆线后出院,说明针对患者的诊疗效果更佳。

综上所述,通过对双子宫合并右侧输卵管间质部妊娠患者的病情分析,对其实施超声诊断,结合腹腔镜手术、补液等治疗,对患者病情改善有一定促进效果。

参考文献

[1] Fan Y, Liu Y, Mao X, et al. The Prevalence of Ectopic Gestation: A Five-Year Study of 1273 Cases[J]. International

journal of general medicine, 2021, 14:9657-9661.

[2] KALIDINDI M, SHAHID A, ODEJINMI F. Expect the unexpected: The dilemmas in the diagnosis and management of interstitial ectopic pregnancy Case report and literature review[J]. Gynecology & Minimally Invasive Therapy, 2016, 5(1): 35.

[3] FRITZ R B, ROSENBLUM N, GAITHER K, et al. Successful Laparoscopically Assisted Transcervical Suction Evacuation of Interstitial Pregnancy following Failed Methotrexate Injection in a Community Hospital Setting[J]. Case Rep Obstet Gynecol, 2014, 5(12): 695.

[4] 乐杰. 妇产科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 333.

[5] 朱维培, 杨建平, 卢宗杰, 等. 现代妇产科疾病诊疗精粹[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2018: 492-493.

[6] 樊羽婕, 江洪, 王文卿. 双子宫双侧同期妊娠合并子宫扭转1例[J]. 中国计划生育和妇产科, 2023, 15(05), 111-112.

[7] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 第8版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 279-28.

[8] 郑丽璇, 罗丽莉, 陈涤瑕. 腹腔镜手术治疗特殊部位异位妊娠11例报告[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(10): 615-616.

[9] 冷金花, 郎景和. 腹腔镜在异位妊娠诊治中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2000, 16(4): 2.

[10] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1327.

[11] Yashchuk A, Musin I, Kataeva R M, et al. Prospects for the use of prostaglandin 11-deoxymisoprostol in obstetrics and gynecology: For medical abortion and the induction and initiation of labor (experimental work)[J]. V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, 2023.

[12] 窦艳, 苏艳丽. 经阴道三维超声在诊断输卵管间质部妊娠及宫角妊娠中的应用[J]. 贵阳医学院学报, 2014, 39(04): 606-608.

(上接第20页)

肺源性心脏病属于咳嗽、肺胀、水肿等范畴,肺心病的发作与脏腑功能失调、经络瘀阻、外邪入侵有直接的关系,急性期发病的患者主要与肺、肾、脾功能运化失调,功能虚衰、化痰成饮等出现本虚标实的症状,其治疗应遵循温阳利水之法治疗^[3]。本次研究中采用的苓桂术甘汤源于《伤寒杂病论》,张仲景对其有云属于病痰饮者,当以温药和之的比较具有代表性的方子,其中茯苓性甘温性,利脾、利窍、祛湿;通过现代药物理论,其中茯苓中可以提取茯苓素,属于醛固酮受体拮抗剂,所以可以对肾功能有较好的帮助,利于尿液的排除。桂枝属辛甘温,利于水化运行,温经络、通心阳。桂枝、茯苓两者具有相辅相成的功效,起到共奏温阳化饮之效^[4]。同时辅以炙甘草、干姜、葶苈子等,以上诸药合用起到温阳、利湿、化痰等作用。同时随症加减、利于对其病症的治疗^[5]。

本文研究结果显示:观察组患者治疗有效率达到95.24%远远超过对照组患者的治疗效果77.5%, $P<0.05$,具有统计学意义。经治疗后,两组患者的动脉血气均发生不同程度的改善,与治疗前比较有明显差异;观察组患者动脉血气变化优于对照组,差异显著, $P<0.05$,具有统计学意义。经治疗后,

两组患者的血浆BNP的指标均有不同程度的降低,较治疗前改善明显;差异显著, $P<0.05$,具有统计学意义。在西医治疗的基础山使用中药组方苓桂术甘汤加减治疗,患者的治疗效果显著,患者临床症状、各项指标变化较好,且安全可靠,值得临床推广。

参考文献

[1] 徐雪丽. 补肺祛痰汤治疗慢性肺源性心脏病缓解期气虚血瘀证的临床研究[D]. 山东中医药大学, 2023.

[2] 吴然. 肺心病急性发作期痰热郁肺证的中西医结合治疗与护理[J]. 中国中医急症, 2023, 22(2): 340-341.

[3] 李永强. 血浆B型尿钠肽在慢性肺源性心脏病诊断、治疗及预后中的分析研究[J]. 中国医药科学, 2012, 2(16): 115.

[4] 陈鹿鸣, 胡绚, 黄凯峰, 等. 中医主症PRO量表在COPD合并肺心病疗效评价中的应用[J]. 中医药导报, 2023, (8): 1-5.

[5] 梁群, 蒋希成, 吴海坤, 等. 益肺康心胶囊对大鼠肺心病模型血液流变性影响的研究[J]. 中国中医急症, 2021, 20(3): 417-418.