

## 晚期子宫角部妊娠 2 例报告及文献复习

周 玮<sup>1</sup>, 刘 颖<sup>2</sup>

(1. 重庆市妇幼保健院产科, 重庆 400013; 2. 重庆医科大学附属第一医院妇产科, 重庆 400016)

【摘要】子宫角部妊娠是胚胎异常部位着床疾病之一, 能够持续至妊娠晚期的病例较为罕见。无论剖宫产或阴道分娩都由于宫缩乏力、胎盘植入而导致严重的产后出血。本研究报道 2 例剖宫产术中发现的晚期子宫角部妊娠, 对其手术中处理方法和结局予以分析, 并回顾国内外相关文献, 从中总结经验、汲取教训。

【关键词】子宫角部妊娠

【中图分类号】R714.22<sup>4</sup>

【文献标志码】B

【收稿日期】2014-08-13

Angular pregnancy at the 3rd trimester in 2 cases:  
case report and literature reviewZhou Wei<sup>1</sup>, Liu Ying<sup>2</sup>

(1. Department of Obstetrics, Chongqing Health Center for Women and Children;

2. Department of Obstetrics and Gynecology, the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University)

【Abstract】Angular pregnancy is one of the diseases caused by embryo embedment at abnormal site. It is rare that the embryo could keep on living till the 3rd trimester of pregnancy. Uterine atony and placenta increta might occur in most cases and induce severe postpartum hemorrhage, no matter vaginal delivery or cesarean section. The report presented 2 cases of angular pregnancy at late stage, which was found during cesarean section. Surgical management and outcomes were compared and analyzed. Related literature at home and abroad were also reviewed. It is of great importance to seriously conclude the successful experience and draw the lessons to make progress in dealing with such disease.

【Key word】angular pregnancy

子宫角部妊娠是指胚胎在正常形态的子宫腔内一侧角部着床发育。由于其位置介于子宫体腔正常妊娠和输卵管间质部妊娠之间, 因此临床上容易漏诊、误诊。大多数病例会在孕早、中期自然流产或引起子宫破裂, 也有部分能够发育至 28 周后甚至足月<sup>[1]</sup>。晚期子宫角妊娠比较少见, 并且在产时容易并发严重的产后出血, 危及产妇生命。本文分别就 1 例足月和 1 例晚期子宫角妊娠进行报道, 总结经验教训。同时结合文献资料, 探讨对该疾病的诊断、治疗, 以提高临床医生的认识和处理水平。

## 1 病例描述

## 1.1 病例 1

患者, 女, 33 岁, 已婚。因“停经 40 周, 发现血糖升高 20 d”入院。停经 50 余天时 B 超发现孕囊位于右侧宫角部位, 后经超声随访, 孕囊及胚胎部位均正常, 门诊常规产检。入院诊断: G<sub>1</sub>P<sub>0</sub> 40 周孕, 妊娠期糖尿病。入院行血常规、凝血象、肝肾功、心电图等检查均无明显异常。于入院第 2 天以“社会因素”在腰硬联合麻醉下行子宫下段剖宫产术, 娩一活女婴, 体质量 3 920 g, Apgar 评分 1、5、10 min 均为 10 分, 羊水清亮共 500 ml。胎盘位于子宫前壁, 胎儿娩出后约 1 min 胎盘子宫体前壁附着部分剥离, 遂行人工剥离胎盘术, 术中发现胎盘附着面积较大, 未剥离部分完全覆盖并黏连于右侧宫底及宫角, 小心徒手剥离胎盘, 娩出后检查胎盘约 28 cm × 20 cm × 3 cm, 无明显缺损, 胎膜完整。子宫收缩欠佳, 予以益母草注射液 2 ml 宫体注射后收缩好转, 宫体质中、轮廓清楚, 仅右侧宫角收缩力略差, 但无明显活动性出血, 术中出血 300 ml。术后安返病房, 常规心电监护、吸氧、补液等治疗。术后 20

作者介绍: 周 玮, Email: dr.zhouwei@163.com,

研究方向: 围产医学研究。

基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (编号: 81201745)。

优先出版: <http://www.cnki.net/kcms/detail/50.1046.r.20150403.0913.005.html>

(2015-04-03)

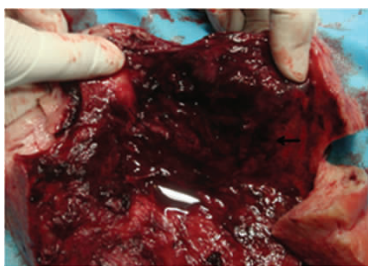
min, 阴道持续出血约 60 ml, 宫底脐下一指, 宫体质中, 考虑新生儿体质量接近巨大儿, 宫缩乏力可能, 予以缩宫素 20 U 静脉滴注; 至术后 1 h, 出血 375 ml (称重法), 予以持续双手按摩子宫, 欣母沛 250  $\mu$ g 肌注, 出血明显减少。此后一直予以持续子宫按摩, 卡贝缩宫素、欣母沛等促进宫缩治疗。观察可见阴道间断活动性出血, 阴道检查发现宫颈口扩张约 1 cm、质软, 阴道后穹窿有新鲜凝血块, 至术后 3 h, 共累计出血 1 225 ml。急诊床旁 B 超提示: 宫腔内 8.5 cm  $\times$  6.7 cm  $\times$  4.4 cm 混合回声 (积血可能), 子宫切口及盆腔内未见异常。在加强宫缩同时继续保守治疗, 输红细胞、血浆、冷沉淀等纠正失血及凝血功能, 至术后 7 h 累计失血 2 670 ml。产妇面色苍白, 脉率 119 次/min, 血压 138/96 mmHg, 血氧饱和度 100%。复查 B 超, 与前次结果无明显差别。实验室检查: 血红蛋白 77 g/L, 红细胞压积 23%, 血小板  $73 \times 10^9$  个/L, 凝血功能提示纤维蛋白原 1.0 g/L, D-2 聚体 19.7 mg/L。立即于全麻下行剖腹探查术。术中见子宫收缩差, 右侧宫底及角部约 15 cm  $\times$  10 cm  $\times$  8 cm 呈囊袋状, 壁薄、软。按压子宫, 阴道可见持续性出血, 先后行子宫右侧角囊袋状突起处前后壁贯穿缝扎 (图 1)、子宫改良 B-lynch 缝合捆绑术、双侧子宫动脉上行支结扎术、双侧髂内动脉结扎术。观察子宫收缩差、质软, 按压宫体仍有活动性出血, 累计失血近 4 000 ml, 遂行子宫次全切除术。术后剖开子宫标本, 见右侧子宫角部胎盘附着面大量血窦, 肌壁薄 (图 2)。子宫病理检查提示“胎盘植入”。常规予以抗感染、支持等治疗, 恢复良好, 术后 7 d 出院。出院诊断: ①G<sub>3</sub>P<sub>1</sub> 40<sup>+</sup> 周孕剖宫产; ②妊娠期糖尿病; ③产后出血; ④右侧宫角妊娠; ⑤胎盘植入; ⑥子宫次全切术后。



病例 1 在开腹手术时见右侧宫角部位囊袋状扩张, 予以捆绑缝合 (↑)

图 1 二次手术在体子宫

Fig.1 Uterus *in vivo* during the second operation



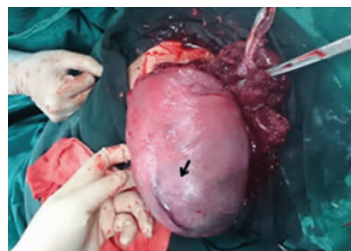
病例 1 子宫切除后剖视, 可见右侧宫角开放的血窦及出血 (↑)

图 2 离体子宫标本

Fig.2 *In vitro* uterus

## 1.2 病例 2

患者, 女, 32 岁, 已婚。因“停经 28<sup>+</sup> 周, 阴道不自主流液 18 h”入院。查体: 生命体征平稳, 宫高 26 cm, 腹围 87 cm, 无明显宫缩, 宫口未开, 先露头, 胎先露=-3 cm, 窥视阴道内可见清亮羊水自宫颈口流出, 涂片有羊齿状结晶。入院诊断: ①G<sub>3</sub>P<sub>0</sub> 28<sup>+</sup> 周先兆早产; ②胎膜早破。入院查 B 超提示: 单胎头位, 双顶径 6.9 cm、股骨长 5.4 cm, 胎盘位于右前壁, I 级, 羊水指数 13.7 cm, 脐动脉收缩期 (S) 与舒张期 (D) 血流速度比值 S/D=2.6, 宫颈管长 4.5 cm, 入院后监测胎心、胎动, 给予期待治疗, 包括硫酸镁静滴抑宫缩、地塞米松促胎肺成熟、磺苄西林静脉滴注预防感染。入院第 3、4、10、12、14、17 天分别 B 超监测羊水指数, 结果为 6.5、7.8、4.9、4.0、3.9、3.7 cm, 期间患者无发热、子宫激惹、阴道分泌物异常等感染征象, 白细胞、C 反应蛋白、降钙素原均在正常范围。入院第 19 天复查 B 超提示羊水指数 3.3 cm, 胎儿股骨长 6.2 cm, 双顶径 7.6 cm, 脐绕颈 1 周可能。此时为 31<sup>+</sup> 周孕, 经与患方沟通后决定行剖宫产中止妊娠。术中切开腹膜, 见子宫极度右旋, 左附件位于切口正中部位, 探查子宫轮廓不对称, 宫底右侧及宫角显著膨隆增大, 徒手旋转恢复子宫正常位置后行子宫下段剖宫产术, 羊水约 50 ml、II°, 以枕右横位娩出一活女婴, 体质量 1 520 g, 身长 40 cm, Apgar 评分 1、5、10 min 均为 8 分。胎盘附着于子宫前壁、右侧宫底及角部, 不能自娩, 将子宫提出腹壁切口, 见子宫右侧角部胎盘附着处呈约 10 cm  $\times$  15 cm 的紫蓝色囊状凸起, 宫壁菲薄, 部分区域肌层缺失仅有浆膜覆盖 (图 3)。宫体注射欣母沛 250  $\mu$ g 后人工剥离胎盘, 右侧宫角处剥离较困难, 检查胎盘见约 10 cm  $\times$  12 cm 范围小叶表面粗糙, 欠完整。胎盘娩出后右侧宫角不收缩, 出血明显, 予以子宫动脉结扎、右侧宫角薄弱部位前后壁贯穿窗口式缝合关闭角部宫腔, 改良式 B-lynch 缝合子宫体 (图 4)。观察无明显出血后缝合子宫切口, 关腹。术中出血 600 ml。术后 7 d B 超检查发现右侧宫腔及宫角部位 5.1 cm  $\times$  3.8 cm 强回声, 与子宫壁分界不清, 血 HCG 267.5 mIU/ml, 考虑胎盘植入, 予以甲氨蝶呤 50 mg 肌肉注射 2 次, 5 d 后复查血常规正常, 血 HCG 36.3 mIU/ml。办理出院, 嘱每周随访血 HCG 及 B 超。出院诊断: ①G<sub>3</sub>P<sub>1</sub> 31<sup>+</sup> 周孕早产剖宫产; ②胎膜早破; ③羊水过少; ④右侧宫角妊娠; ⑤胎盘植入。术后产妇母乳喂养, 第 3 周血 HCG 转阴, 术后 6 周仍有少许浆液性恶露, B 超提示“右侧宫角及宫底部 3.8 cm  $\times$  1.5 cm 不规则回声, 内见点状强回声”。予以生化汤口服 2 周后恶露消失, B 超提示右侧宫角内膜回声欠均, 随访。



病例 2 在胎儿娩出后, 胎盘不剥离, 子宫不对称, 右侧宫角极度扩张 (↑), 宫壁菲薄

图 3 胎儿娩出后子宫

Fig.3 Uterus after the fetus delivered



病例 2 人工剥离胎盘后行右宫角捆绑缝合及宫体改良式 B-lynch, ↑ 所示处为右输卵管起始部位和怒张的血管

图 4 行捆绑缝合手术后子宫

Fig.4 Uterus after binding stitch

## 2 讨 论

子宫角部妊娠是指胚胎着床生长于正常形态的子宫角部近输卵管开口处。与之对应的另一种异常部位妊娠在英文文献中被称为 cornual pregnancy, 这主要是指在发育异常的子宫, 如: 双角子宫、单角子宫以及残角子宫中的妊娠<sup>[2]</sup>。Kelly 在 19 世纪末就在其手术著作中对子宫角部妊娠做了描述, 但是 1981 年 Jansen 等才对该疾病进行系统分析并提出了诊断标准<sup>[1]</sup>。子宫角部妊娠在妊娠期或分娩时都可能导致严重的产科并发症, 如早孕期间的自然流产、中晚孕期可能发生的子宫破裂<sup>[3]</sup>以及分娩时的胎盘植入和滞留。

由于着床部位的异常, 子宫角部空间的限制和蜕膜发育的不全导致多数宫角妊娠都不能够维持到 28 周以后<sup>[4]</sup>。根据文献报道, 接近 40% 的患者在早孕和中孕期就会发生自然流产, 而 23% 会因为妊娠子宫破裂出血而导致急腹症就诊<sup>[5]</sup>。同时, 临床上多数病例会因为早孕期间发现着床位置异常而人工终止妊娠, 所以能够维持超过 28 周孕以及足月分娩的子宫角部妊娠病例较为少见<sup>[6]</sup>。因为子宫角部蜕膜发育较差, 宫角妊娠极易合并该部位的胎盘植入<sup>[7]</sup>, 所以无论阴道分娩或是剖宫产都存在严重产后出血的风险。本文报道的 2 例子宫角部妊娠均为剖宫产终止妊娠, 但是手术中不同的认识和处理方法也导致了完全 2 种迥异的结局。因此, 提高医生对该异常部位妊娠疾病的诊断水平和处理能力十分关键。

从病史上来看, 2 例患者在早孕和中孕期检查都未发现典型宫角妊娠所表现出的子宫不对称增大, 病例 1 在早孕期曾经 B 超提示孕囊位置偏向右侧宫角, 而后超声随访孕囊和胚胎位置均正常。由此可见早孕期 B 超的孕囊位置异常是子宫角妊娠的一个危险信号, 提示胚胎没有着床在子宫体腔,

而是偏向一侧宫角, 如果胚胎和孕囊继续向同侧输卵管开口方向生长, 就会导致流产或子宫破裂; 相反, 胚胎向子宫体腔方向生长就有可能发育到妊娠晚期甚至足月, 但是胚胎最初着床以及胎盘附着位置并不会随着胚胎向宫腔移动。由于只是种植在宫角而生长在宫腔, 因此能够维持到晚孕期的子宫角妊娠, 在孕期很难被发现“子宫非对称增大”这样的典型表现, 容易漏诊。同超声影像检查相比较, MRI 能够更准确的判断胎盘附着在宫腔内的位置, 以及是否合并植入等异常, 还可以和输卵管间质部妊娠鉴别<sup>[8]</sup>, 在临床疑似病例的诊断中具有很高的价值。对于早孕期提示胚胎着床异常而没有生育要求的患者, 通过宫腹腔镜检查不仅能够确诊子宫角妊娠, 还可以同时行镜下人工流产术, 大大降低了普通人工流产可能造成的吸宫不全、漏吸等并发症<sup>[9]</sup>。

病例 1 的患者在术中并未发现子宫角部明显膨大, 仅表现子宫收缩差、胎盘与右侧宫角黏连。经常规促进宫缩处理后即结束。但是术后患者阴道流血淋漓不尽, 保守治疗效果不佳, B 超提示宫腔积血。再次开腹探查时发现右侧宫角胎盘附着处明显膨隆、壁薄, 挤压该部位即可见活动性出血自阴道流出。但是由于出血持续时间较长、累计出血量大、继发性宫缩乏力, 经过一系列药物和保守性手术治疗均不能有效止血, 并且出现凝血功能进行性下降, 而行子宫次全切除术。根据术后标本检视以及病理报告, 证实右侧宫角薄弱部位系胎盘附着处, 并且合并胎盘植入, 也是剖宫产术后阴道间断出血的病灶所在。分析该病例, 右侧胎盘植入部位肌层并未完全缺失, 在剖宫产术中因为子宫复旧和平滑肌收缩, 导致右侧宫角病变表现不明显, 而在术中检查胎盘大体观完整, 也并未发现明确的胎盘植入证据, 因此未对其进行特别的处理。术后病变部位持续出血, 由于宫缩剂的应用, 子宫体部肌肉强烈收缩使右侧宫角形成类似“憩室”的结构, 出血排出不畅, 而表现出宫腔积血和右侧宫角部位膨大、宫壁延展菲薄的表现。

客观的讲, 病例 2 的宫角部位病变更为严重, 患侧宫角显著膨大、子宫体显著不对称、扭转; 胎盘植入右侧宫角部位, 导致部分肌层缺失而仅余子宫浆膜组织; 人工剥离胎盘存在明显的小叶缺损, 术后也证实了胎盘植入的诊断。但正是这种严重而典型的表现提示手术医师要对其进行特别的处理, 经过病变宫角缝合等保守性手术治疗, 避免了产后出血的发生, 患者的生育能力得以保留。相反的, 类似病例 1 这样缺乏特征性表现的宫角妊娠, 当子宫收