

- 9 张 力,李 萍,何国琳,等.经腹彩色超声多普勒在前置胎盘并发胎盘植入诊断中的价值? [J]. 中华妇产科杂志,2006,41(12):799-802.
- 10 Lam G, Kuller J, McMahon M. Use of magnetic resonance imaging

and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta [J]. J Soc Gynecol Investig, 2002, 9(1):37-40.

[收稿日期 2013-11-27][本文编辑 杨光和 韦所苏]

宫外孕误诊为卵巢过度刺激综合征一例

· 病例报告 ·

陶志萍, 刘顺涛, 包艾玲, 陈 珊, 张 毅

作者单位: 400400 四川, 重庆万州区第一人民医院妇产科

作者简介: 陶志萍(1975-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 产科疾病的诊治。E-mail: 941223019@qq.com

通讯作者: 刘顺涛(1964-), 女, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 妇科疾病的诊治。E-mail: 941223019@qq.com

[关键词] 宫外孕; 误诊; 卵巢过度刺激综合征

[中图分类号] R 714 [文章编号] 1674-3806(2014)05-0459-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.05.25

1 病例介绍

患者, 33 岁, 已婚, 因“体外受精-胚胎移植 (IVF-ET) 术后 51 d, 晕厥 1 h”, 于 2012-10-16 入院。入院前 51 d, 患者于重庆市妇幼保健院行 IVF-ET 胚胎植入, 入院前 45 d (植入术后 6 d) 出现恶心、呕吐, 在重庆市妇幼保健院住院治疗, 发现大量腹水, 诊断为卵巢过度刺激综合征 (OHSS), 入院前 40 d、43 d 分别抽出腹水各 3 000 ml, 输入白蛋白、低右、克林霉素, 症状缓解后于入院前 11 d 出院, 出院时复查彩超提示: 宫内早孕, 可见心管搏动, 双卵巢增大 (具体不详), 盆腔积液 (约 5.9 cm × 4.7 cm, 8.1 cm × 4.3 cm)。入院前 1 h, 患者突然晕厥, 恶心呕吐, 腹痛, 腹泻一次, 由我院 120 救护车急诊接入, 以“先兆流产、OHSS、宫外孕?”收入院。患者结婚 4 年, 曾于 2009 年因宫外孕行腹腔镜保守性手术, 术中发现右侧输卵管结核。月经正常, 一直未孕。入院查体: 体温 36.7℃, 脉搏 115 次/min, 呼吸 28 次/min, 血压 78/58 mmHg, 面色苍白, 精神差, 急性痛苦面容, 语言清晰, 冷汗, 四肢冰冷, 皮肤弹性差, 烦躁不安, 查体欠合作。腹微隆、对称, 全腹压痛、反跳痛、无肌紧张, 以下腹为甚。移动性浊音阳性。妇科检查: 内裤少许血迹, 暗红色, 外阴发育正常, 因患者不合作没有作内诊检查。妇科彩超 (患者不合作): (1) 腹-盆腔积液; (2) 宫内妊娠。肝功: 总胆汁酸 50.4 μmol/L; 血常规: 血红蛋白 91 g/L, 红细胞 $2.88 \times 10^{12}/L$, 红细胞压积 0.28%, 白细胞 $15.42 \times 10^9/L$, 嗜中性粒

细胞比率 76.41%。尿分析、大便分析无异常。凝血功能、电解质、肾功能、血糖无异常。入院诊断: (1) 宫内早孕; (2) OHSS。立即配红细胞悬液 3 U、血浆 200 ml, 予右旋糖酐、聚明胶、晶体补充血容量抗休克、吸氧, 监测生命体征、每小时尿量、腹围、体重、出入量。入院后 5 h 复查全血细胞分析: 白细胞 $12.8 \times 10^9/L$, 粒细胞百分比 89.6%, 血红蛋白 39 g/L, 红细胞 $1.11 \times 10^{12}/L$, 红细胞压积 10%。患者面色苍白, 全身湿冷, 精神萎靡, 血压 90/58 mmHg, 心率 125 次/min, 尿量约 50 ml/h, 腹围没有增加但腹部张力较大。不排除腹腔内出血。再次备红细胞悬液 6 U, 血浆 600 ml。立即行诊断性腹腔穿刺抽出淡黄色液体约 10 ml, 腹腔液分析报告: 渗出液。动态监测血常规、观察红细胞数、血红蛋白及红细胞压积情况, 严密观察患者生命体征情况, 记每小时出入量, 注意保暖等措施, 观察患者病情变化, 患者尿量增至 80 ml/h。血压 90 ~ 100/50 ~ 60 mmHg, 心率 98 ~ 110 次/min, 血氧饱和度 98% ~ 100%。患者逐渐四肢温暖, 精神、面色稍好转。入院后 8 h, 全血细胞分析: 白细胞 $17.9 \times 10^9/L$, 粒细胞百分比 90.2%, 红细胞 $1.73 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 58 g/L。夜间患者病情平稳, 次日 8 时因腹部张力增加拟行腹腔穿刺放腹水。患者及家属要求转入重庆市妇幼保健院。转上级医院后行剖腹探查提示输卵管妊娠破裂出血, 腹腔积血 4 000 ml。目前患者恢复良好, 宫内妊娠正常。腹水持续至孕 14 周。

2 讨论

2.1 发病情况 自然妊娠情况下宫内外同时妊娠(heterotopic pregnancy, HP)罕见,发生率1/3 889~1/30 000,而随着辅助生育技术的开展,HP发生率呈上升趋势,据报道IVF-ET后HP发生率为1%~3%^[1]。有文献^[2]报道IVF-ET临床妊娠发生HP的高危因素主要见于既往有宫外孕病史者。该患者2009年因宫外孕行腹腔镜保守性手术,术中考虑结核性输卵管炎,故本病例存在高危因素。

2.2 误诊原因分析 该病例的误诊与医务人员对该病的认识不足有密切关系。病史未仔细询问,在上级医院住院期间种植几枚胚胎。临床工作中过于依赖B超,B超医师在看见腹-盆腔积液和宫内妊娠后就没再仔细检查盆腔内附件情况,没有反复查B超。思路不宽,盲目相信穿刺液,陷入了腹腔穿刺液非凝固血液就排除宫外孕破裂流产内出血的定势思维。虽经积极抗休克治疗,血红蛋白和红细胞压积仍进行性下降,提示有内出血,已不能用OHSS解释,未进一步寻找失血的原因造成该病的漏诊,延误了治疗时机。

2.3 临床诊断 单纯宫外孕诊断依据病史、临床表现、B超及穿刺诊断不难,特别是宫外孕破裂有休克表现后诊断更容易。HP由于发病率低,认识不足,容易误诊、漏诊,延误最佳治疗时机。HP一旦确诊,无论破裂与否,均应立即治疗,宫内妊娠的预后取决于异位妊娠的处理。首选手术治疗,应由有经验的医师进行腹腔镜或开腹手术,要轻柔,尽量避免触压子宫,缩短手术时间,术后卧床休息并保胎治疗,既可有效地处理宫外孕,又可使宫内妊娠得以继续。有研究报道,及早诊断和治疗后宫内外同时妊娠的结局是较好的^[3]。

参考文献

- 1 乔杰,王丽娜.辅助生殖技术中异位妊娠的特点及处理[J].现代妇产科进展,2008,17(6):403-404.
 - 2 崔毓桂,代晓南,刘嘉茵.辅助生殖技术与异位妊娠的风险[J].国际生殖健康/计划生育杂志,2012,31(2):81-83,88.
 - 3 刘风华,李旎.辅助生殖技术后发生宫内外同时妊娠的相关因素分析[J].中国优生与遗传杂志,2010,18(4):126-127,131.
- [收稿日期 2014-01-01][本文编辑 黄晓红 韦颖]

超声诊断妊娠晚期子宫破裂并羊膜囊膨出一例

· 病例报告 ·

黄婷

作者单位:445800 湖北,鹤峰县中心医院功能科

作者简介:黄婷(1979-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:超声影像诊断。E-mail:1577027873@qq.com

[关键词] 超声诊断; 妊娠晚期; 子宫破裂; 羊膜囊膨出

[中图分类号] R 445 [文章编号] 1674-3806(2014)05-0460-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.05.26

1 病例介绍

患者,女,29岁,孕3产1,孕36周,因“腹部疼痛4h”入院。既往曾于2005年足月顺产一男婴,于2013年因“宫外孕”在外院行清宫术,术中致子宫穿孔后及时行腹腔镜手术治疗(具体情况不详)。体格检查:生命体征平稳,心肺无异常,妊娠腹,胎心音正常,监测无宫缩,内诊宫颈管未消退,宫口未开。超声检查:孕妇腹腔未见液性暗区。胎头位于耻骨联

合上方,颅骨光环完整,双顶径88 mm,头围316 mm,脊柱连续无中断,胎儿四腔心可见,胎心搏动规则,胎心率147次/min(一过性胎心率170次/min),胎儿膀胱可见,胎动正常,肢体部分可见,股骨长65 mm,腹围296 mm,胎盘附着于宫体前壁,胎盘Ⅲ级,羊水指数25 mm;子宫左侧宫底部肌壁可见连续中断,中断处范围大小约29 mm×14 mm,其旁见一大约95 mm×81 mm的完整无回声区,壁薄光滑,通过破