

# IVF-ET 术后宫内 2 胎宫外 1 胎同时妊娠一例

· 病例报告 ·

罗 丽, 陈海燕

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院超声科

作者简介: 罗 丽(1983 -), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 心脏超声诊断。E-mail: 50439253@ qq. com

[关键词] IVF-ET 术; 宫内宫外妊娠

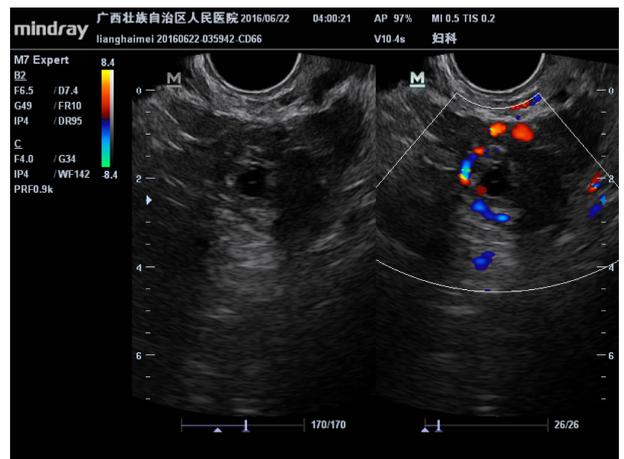
[中图分类号] R 445 [文章编号] 1674 - 3806(2016)11 - 1030 - 02

doi:10. 3969/j. issn. 1674 - 3806. 2016. 11. 23

## 1 病例介绍

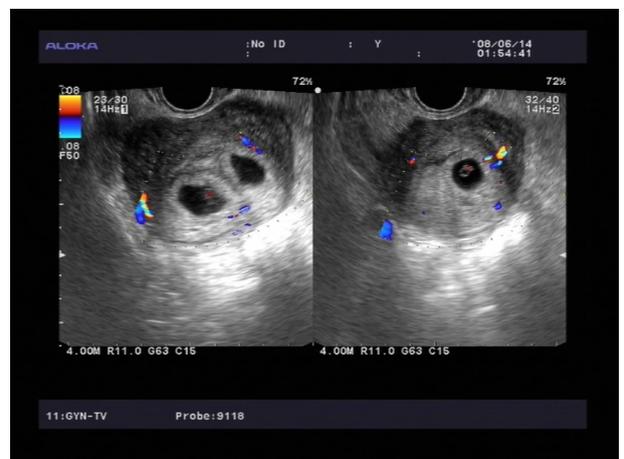
患者, 女, 36 岁, 于外院行体外受精-胚胎移植技术(IVF-ET 术), 放入 3 枚冻胚入宫腔内。因“胚胎移植术后 24 d, 反复腹痛 1 d 余”入院。查体: 生命征正常。下腹部可见 3 个 0.5 cm 陈旧性手术瘢痕。左下腹有轻压痛及无反跳痛, 未触及包块。妇科检查: 宫颈有抬举痛及摇摆痛。子宫前位, 如孕 8 周大小, 无压痛。左侧附件区触及稍增厚, 有压痛。辅助检查: 床边阴超示宫内两个孕囊, 大小分别为 16 mm × 14 mm, 18 mm × 14 mm。内均见卵黄囊, 未见胚芽和原始心血管搏动。左侧附件见混合性包块, 大小 24 mm × 25 mm, 内可见大小 8 mm × 9 mm 的小液性暗区, 内见卵黄囊, 未见胚芽和原始心血管搏动。盆腔积液前后径深 11 mm。提示: 宫内早孕, 双孕囊, 均未见胎心。左侧附件混合性包块, 宫外孕? 盆腔积液。见图 1。既往史: 孕 2 产 0, 2005 年孕 6 个月自然流产一次。2009 年行子宫输卵管造影显示输卵管通而不畅。2010 年 11 月因“左侧巧克力囊肿”行“腹腔镜左侧输卵管剥脱术”。入院诊断: (1) 异位妊娠。(2) 宫内妊娠。(3) IVF-ET 术后。立刻行腹腔镜手术。术中见盆腔积血 50 ml; 子宫增大孕 8 周, 左侧输卵管扭曲增粗, 壶腹部水肿增粗, 增大约 3 cm × 4 cm, 表面充血, 呈蓝紫色, 未见破口; 伞端可见妊娠胚胎组织, 缓慢渗血; 左侧附件和乙状结肠与同侧盆壁粘连。术中诊断: (1) 左侧输卵管壶腹部妊娠(流产型)。(2) 宫内早孕。(3) IVF-ET 术后。(4) 盆腔炎性疾病后遗症。行“左侧输卵管壶腹部妊娠病灶清除术 + 盆腔粘连松解术”。术程顺利。术后预防感染、止血、补钾等对症处理。病理回报: (左侧输卵管) 输卵管异位妊娠。输卵管壁见滋养细胞种植伴出血, 另见胎盘绒毛组织。术后 2 d 复查 B 超示“宫内早孕, 双孕囊, 均见胎心。孕囊大小分别为 27 mm × 14 mm, 16 mm ×

17 mm, 芽长均约 6 mm。”见图 2。hCG + 两次稀释 + 孕酮测定 P: 孕酮 32.08 μg/L, 血清 hCG 13 5032.00 U/L。继续予保胎治疗, 一般情况好。



术前: 左侧附件混合性包块, 大小 24 mm × 5 mm, 内可见大小 8 mm × 9 mm 的小液性暗区, 内见卵黄囊, 未见胚芽和原始心血管搏动

图 1 术前阴超检查



术后: 宫内早孕, 双孕囊, 均见胎心。孕囊大小分别为 27 mm × 14 mm, 16 mm × 17 mm, 芽长均约 6 mm

图 2 术后阴超检查

## 2 讨论

**2.1** 多部位妊娠(heterotopic pregnancy, HP)为宫内妊娠(IUP)及异位妊娠(ectopic pregnancy, EP)同时出现<sup>[1]</sup>。总体人群发病率较低,自然妊娠的HP发生率极低,而近年来随着IVF-ET术的发展,HP的发生率有所增加。输卵管的粘连、炎症、通而不畅是引起宫内外妊娠的又一因素<sup>[2]</sup>。本例患者有输卵管通而不畅及盆腔手术史,又是IVF-ET术的患者,有着高危因素;当出现阴道流血及下腹痛的症状,宫内孕囊数目小于移植的胚胎数时,必须高度警惕HP的可能。

**2.2** 由于IUP的存在,IUP滋养细胞分泌的人绒毛膜促性腺激素(hCG)可掩盖异位妊娠的hCG水平。因此对诊断HP,单次血 $\beta$ -hCG的滴度意义不大,而是主要依靠阴道超声检查。阴道超声诊断HP的敏感度为92.4%,特异度为100.0%,阳性预测值100.0%,阴性预测值99.9%<sup>[3]</sup>。安全准确,可多次检测。但因超促排卵导致双侧卵巢增大,可能遮挡输卵管妊

娠包块或与黄体囊肿混淆。

**2.3** HP发生率极低,医生常常考虑宫内妊娠,而漏诊了宫外孕。HP可引起宫外孕破裂,腹腔大出血等,对母胎的生命健康威胁较大。因此,医生需提高警惕,密切随访,动态复查血 $\beta$ -hCG及阴道超声,注意宫内孕囊数目与种植胚胎数目是否相符,仔细探查双侧附件区是否有包块,以防漏诊HP。一经确诊应及时手术,去除异位妊娠,尽量保留宫内胎儿。本例患者得到及时治疗获得良好结局。

## 参考文献

- 1 Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy [J]. Radiographics, 2008, 28(6):1661-1671.
- 2 莫璐,檀大羨. 宫内宫外同时妊娠1例报告[J]. 中国临床新医学, 2010, 3(5):493.
- 3 Li XH, Ouyang Y, Lu GX. Value of transvaginalsonography in diagnosing heterotopic pregnancy after in-vitro fertilization with embryo transfer[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2013, 41(5):563-569.

[收稿日期 2016-07-20][本文编辑 刘京虹]

# 冻融周期自发性卵巢过度刺激综合征一例

· 病例报告 ·

张宏展, 王竹然, 谭巧, 陈文娜, 莫美兰, 曾勇

作者单位: 518000 广东, 深圳中山泌尿外科医院生殖中心

作者简介: 张宏展(1985-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 卵巢过度刺激综合征的预防及诊治。E-mail: irenewei@163.com

通讯作者: 莫美兰(1978-), 女, 医学硕士, 副主任医师, 研究方向: 高龄不孕患者的临床治疗策略。E-mail: dearalan@126.com

[关键词] 自发性卵巢过度刺激综合征; 冷冻胚胎移植; 激素替代周期

[中图分类号] R 711.6 [文章编号] 1674-3806(2016)11-1031-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.11.24

## 1 病例介绍

患者, 女, 31岁, 于2013年因继发不孕症就诊, 2010年于外院行输卵管造影示左侧输卵管阻塞, 右侧输卵管炎。平素月经不规律, 5~6/50~90 d, 孕3产0。既往有多囊卵巢综合征病史, 非缺失型 $\alpha$ 地中海贫血基因杂合子,  $\alpha_2$ 珠蛋白基因 $\alpha$ WS突变杂合子。其丈夫精液分析未见异常。予体外受精-胚胎移植治疗。采用口服避孕药联合短效促性腺激素释放激素激动剂方案行促排卵治疗。共获卵21枚, 冷冻囊胚11枚, 优质卵裂期胚胎3枚。未行新鲜胚胎

移植。取卵术后B超检查: 子宫正常, 右卵巢69 mm × 64 mm, 左卵巢72 mm × 51 mm, 均可见多个囊肿, 取卵术后改变, 均可见血流信号; 可见明显盆腔积液。根据Golan等<sup>[1]</sup>提出的6级分类法诊断为中度卵巢过度刺激综合征。予以补液, 高蛋白饮食等治疗后病情好转。冻融胚胎激素替代周期内膜准备方案: 2013-12自患者月经见红第3天起予以补佳乐4~6 mg/d, 口服, 共12 d, 抽血查雌激素水平为101 pg/ml, 孕酮为0.2 ng/ml。期间B超监测未见卵泡发育。予以黄体酮60 mg/d肌注, 于2014-01-02移植2枚囊胚。