

宫颈妊娠的临床诊治分析

王雪梅 李宁宁

山东第一医科大学第二附属医院超声诊疗科 山东 泰安 271000

摘要：目的：分析宫颈妊娠的诊治经验，为临床提供循证依据。方法：回顾性分析我院成功诊治的 10 例宫颈妊娠病例的超声声像图表现及临床资料。结果：10 例患者子宫内膜均不同程度增厚，宫内空虚。宫颈管膨大 8 例，合并子宫呈桶状或沙漏状 5 例，宫颈管内 6 例呈厚壁囊性回声，4 例呈混杂回声，局部与邻近肌壁分界不清。彩色多普勒可见局部较丰富血流信号。10 例患者均采用子宫动脉栓塞联合宫腔镜电切术，术中出血少，无并发症。结论：超声检查是早期诊断宫颈妊娠最直接有效的方法，对于孕龄短、胎囊小的病例，经阴道妇科超声更为清晰、早期诊断率高。子宫动脉栓塞联合宫腔镜电切术是一种治疗宫颈妊娠安全、可靠的方法。

关键词：异位妊娠；宫颈妊娠；经阴道超声

宫颈妊娠是指受精卵在宫颈管内着床并发育，是一种罕见、凶险的异位妊娠，其发病率约为 1:1000 至 1:18000，在异位妊娠中所占比例不足 1%^[1]。宫颈组织血供丰富，弹性差，处理不当极易造成大出血，甚至有切除子宫及死亡的风险，因而应引起重视。本研究回顾性分析了本院收治的 10 例宫颈妊娠患者的超声声像图表现及临床资料，旨在加强临床医生对该病的认识，以助于在诊治过程中快速识别和精准治疗。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2018 年 10 月至 2013 年 9 月期间本院经阴道超声诊断为宫颈妊娠的 10 例患者资料，年龄 27-38 岁，平均 32.30 ± 4.06 岁，孕次 2-5 次，10 例均有流产史，流产次数 1-3 次；7 例有剖宫产史，均为子宫前壁下段横切口；1 例曾行宫腔镜下子宫内膜息肉切除。本次怀孕停经时间 32-55 天，平均 43.70 ± 6.58 天，均因阴道不规则流血就诊，出血时间 1-7 天。所有患者尿妊娠试验阳性，血 β -人绒毛膜促性腺激素（ β -HCG）4279.6-13505.3 U/L。所有患者均经手术病理证实。

1.2 方法

1.2.1 检查方法

应用 GE VolusonE8、E10 彩色超声诊断仪，经阴道探头频率 5-9MHz。嘱患者排空膀胱，取截石位，经阴道超声多切面、多角度扫查，观察患者子宫大小、形态，内膜的厚度及回声，宫颈的大小、形态，宫颈管内部回声，宫颈内口、外口，双侧卵巢及附件区，以及盆腔情况。测量病灶大小，观察病灶内部回声、病灶位置、与周围肌壁关系、病灶周围血供等情况，并详细记录检查结果。所有检查均由有 5 年以上妇产超声诊断经验的检查者完成。

1.2.2 随访

本研究 10 例患者均采用子宫动脉栓塞联合宫腔镜电切术，留存手术记录。术后第 3 天，复查血 β -HCG，并行超声检查宫腔及术区有无残留妊娠组织，以及子宫动脉复通情况。嘱患者每 7 天复查血 β -HCG，直至恢复正常。术后电话随访患者月经来潮情况，记录经量、颜色、持续天数。

2 结果

2.1 宫颈妊娠的超声声像图特征表现

经阴道二维声像图特征：宫体大小正常或略增大，形态饱满，内膜均匀或不均匀增厚，宫内空虚，本组病例中，8 例宫体正常大小，仅 2 例宫体略显增大；10 例患者子宫内膜均增厚，厚度 12-16mm，平均 14.10 ± 1.37 mm，5 例回声不均，5 例回声均匀，宫腔内均未探及明确异常结构。宫颈管内可见囊性或混杂回声，局部与邻近肌壁分界不清，本组病例中，宫颈管膨大 8 例，合并子宫呈桶状或沙漏状 5 例。6 例呈厚壁囊性回声，4 例呈混杂回声，囊性回声最大径 14-25mm，平均 19.67 ± 4.03 mm，其中椭圆形、圆形 4 例，形态不规则 2 例，1 例囊内可见卵黄囊样结构，见图 1。

彩色多普勒声像图特征：病灶及邻近肌壁间局部可见较丰富血流信号。本组病例中，10 例患者均显示病灶周边条状、迂曲成团的血流信号，其中 4 例可见邻近肌壁回声减低、不均匀，其内血流信号丰富，并与病灶内血流相通。

此外，6 例患者同时进行了经腹超声检查，3 例提示混杂回声团，2 例提示厚壁囊性回声，1 例漏诊。5 例患者进一步行核磁共振检查（MRI），3 例囊性信号灶，2 例混杂信号包块，其中 2 例显示肌层厚薄不均，宫颈基质内缘不规则，病灶局部与邻近宫颈肌层分界不清。

2.2 随访结果

10 例患者均在子宫动脉栓塞术后 1 周内行宫腔镜下电切，手术顺利，术中出血量 20-50ml。术后复查均无明显妊娠组织残留，子宫动脉血流频谱正常。血 β -HCG 术后 14 天 -2 个月下降至正常，25 天 -3 个月月经来潮，6 例经量较前减少，色鲜红，持续 5-8 天，其余 4 例情况同前。

3 讨论

宫颈妊娠是一种特殊类型的异位妊娠，其病因尚不明确，主要包括子宫发育不良、子宫畸形等自身因素，以及剖宫产史、流产史及辅助生育技术等医源性因素。患者早期多数表现为停经、不规则阴道流血、伴或不伴腹痛等非特异性症状，易被误诊为稽留流产，盲目清宫引起大出血，严重者危及生命。因此，早期确诊对于精准治疗、改善母婴结局至关重要。

目前，超声检查是诊断宫颈妊娠最常用的辅助检查。国内外学者总结了宫颈妊娠的典型超声表现^[2-3]：①子宫内膜蜕膜化但无宫内妊娠；②宫颈膨隆，扩大的宫颈等于或大于宫体

部分(沙漏状子宫);③宫颈管内的固定囊性结构,囊内有或无胚胎;④宫颈管内存在胎盘绒毛组织;⑤宫颈内口闭合,外口部分开放。经腹和经阴道妇科超声检查相比,后者更能检出宫腔及宫颈内的微小病灶,且不受肥胖、膀胱充盈程度的影响。本研究中,经阴道超声检查明显优于经腹超声,可能是由于本组病例孕龄短,妊娠囊小,宫颈膨隆不明显,经腹超声受病灶大小和透声能力的限制,即使发现病灶,也无法辨别病灶性质。如果对该病认识不足,还容易造成漏诊和误诊。

值得注意的是,宫颈妊娠需要与瘢痕妊娠和不全流产相鉴别。瘢痕妊娠时妊娠囊多位于剖宫产切口水平或切口上方,而宫颈妊娠则位于宫颈内口下方^[6]。当用探头对宫颈轻轻施压时,流产的妊娠囊会向宫腔方向滑动,即“滑动征”,而宫颈妊娠的妊娠囊牢固种植在宫颈管内,不会滑动^[7]。

当超声诊断不确定时可以使用MRI辅助诊断。妊娠囊滋养细胞浸润性生长,在宫颈肌层可以形成胎盘粘连或植入,MRI可以更好地评估其侵犯程度。宫颈管内发现妊娠囊,T2WI上妊娠囊边缘低信号、宫颈扩大、宫腔空虚、宫颈内口闭合是诊断宫颈妊娠的重要征象^[8-9],多个征象同时出现时诊断更可靠。MRI增强检查,囊内见条索状或乳头状强化,边缘多不均匀强化。本研究中,患者MRI并没有提供超声以外的诊断信息,可能与本病例孕龄短,胎盘发育不全有关。

目前,宫颈妊娠尚没有针对性的标准治疗方案。治疗应根据胎龄、胎心搏动、血 β -HCG水平、患者保留生育能力的意愿等综合考虑。对于血流动力学稳定的妊娠早期患者首选药物治疗,治疗以甲氨蝶呤为主,可配伍米非司酮使用。通过局部注射给药,以降低副作用,并提高杀胚效果。米非司酮与甲氨蝶呤协同使用,可阻止胚胎发育并加速胚胎死亡,缩短治疗时间。当存在药物禁忌症或治疗失败时,则需要手术清除妊娠组织。手术过程中极易大出血,因此术前的预处理至关重要,可联合子宫动脉栓塞术、高强度聚焦超声消融等方法减少手术出血。子宫动脉栓塞术是高危患者的妇产科手术中广泛使用的一种预处理手段,可预防术前、术后的严重出血,避免子宫切除,并通过广泛阻断子宫血管来保护生育能力。本研究中,采取了子宫动脉栓塞联合宫腔镜下电切的方法,成功切除妊娠囊且术中出血量很少。术后对患者进行密切随访,预防子宫坏死、继发性闭经、卵巢功能受损等可能并发症的发生。

总之,宫颈妊娠的治疗及预后效果取决于早期识别。超声检查是早期诊断最直接、有效的方法,对于孕龄短、胎囊小的病例,经阴道妇科超声成像更为清晰、早期诊断率高。MRI可作为超声检查后的补充检查,用于明确妊娠囊的种植情况。宫颈妊娠的治疗尚无标准方案,应根据患者自身情况及医院的设备条件等个体化制定。子宫动脉栓塞是减少出血的有效预处理措施,联合宫腔镜手术可以尽可能彻底地清除妊娠组织。

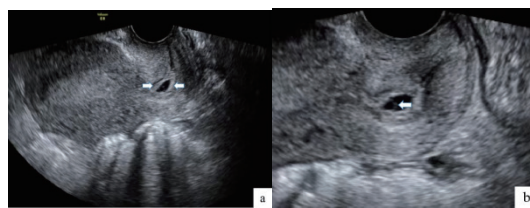


图1:经阴道妇科超声检查。(a)子宫长轴切面上,宫腔空虚,宫颈管内厚壁囊性回声(箭头);(b)囊内卵黄囊样结构(箭头)。

参考文献

- [1]Tsakos E, Tsagias N, Dafopoulos K. Suggested method for the management of heterotopic cervical pregnancy leading to term delivery of the intrauterine pregnancy: case report and literature review[J]. J Minim Invasive Gynecol. 2015;22(5):896-901.
- [2]Chukus A, Tirada N, et al. Uncommon implantation sites of ectopic pregnancy: thinking beyond the complex adnexal mass[J]. Radiographics. 2015;35(3):946-59.
- [3]Khachani I, Alami M, Beza R. Cervical pregnancy at 7 weeks of amenorrhea: challenges of patient management[J]. Pan Afr Med J. 2017;26:3.
- [4]Hu J, Tao X, et al. Successful conservative treatment of cervical pregnancy with uterine artery embolization followed by curettage: a report of 19 cases[J]. BJOG. 2016;123(Suppl 3):97-102.
- [5]Chen D, Kligman I, Rosenwaks Z. Heterotopic cervical pregnancy successfully treated with transvaginal ultrasound-guided aspiration and cervical-stay sutures[J]. Fertil Steril. 2001;75(5):1030-3.
- [6]Évora, F, Hunderova, K, et al. Cervical Ectopic Pregnancy: A Multidisciplinary Approach[J]. Cureus. 2021;13(10):e19113.
- [7]Mininni, C, Garibaldi, S, et al. Effective Combined Treatment in Ectopic Cervical Pregnancy Preserving Fertility: A Case Report and Literature Review[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci.2021;25(12):4190-97.
- [8]Kao LY, Seheinfeld MH, et al. Beyond ultrasound: CT and MRI of ectopic pregnancy[J]. AJR Am J Roentgenol. 2014;202(4):904-11.
- [9]Le T, Poder L, et al. Magnetic resonance imaging of cervical ectopic pregnancy in the second trimester[J]. J Comput Assist Tomogr. 2012;36(2):249-52.

作者简介: 王雪梅(1986-),女,汉族,山东泰安人,主治医师,硕士研究生,研究方向:妇产超声。Email: snowmei1226@163.com

基金项目: 泰安市科技创新发展项目(政策引导类)(No.2021NS297)