

· 论著 ·

宫颈妊娠误诊一例并文献复习

杨秉才^{1,2} 邓玉清^{1,2,*}

1.安徽医科大学第五临床医学院 (广东 深圳 518000)

2.安徽医科大学北京大学深圳医院临床医学院 (广东 深圳 518000)

【摘要】目的 了解宫颈妊娠的相关临床诊治经过以减少宫颈妊娠的误诊。方法 报道一例宫颈妊娠患者的诊治情况并进行分析，反思诊治经过，总结经验，以提高临床医生对血HCG极高的宫颈妊娠的防范意识。结果 本例患者行经腹腔镜全子宫及双附件切除术，术后病理确诊宫颈妊娠，预后良好，未见严重并发症的发生。结论 宫颈妊娠临床少见且症状不典型，与难免流产、不全流产、先兆流产、滋养细胞肿瘤等鉴别困难，加强认识、提高诊治水平，做到早发现、早诊断、早治疗，改善患者的预后。

【关键词】 宫颈妊娠；误诊；滋养细胞肿瘤

【中图分类号】 R714.22+6

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2024.7.001

Misdiagnosis of Cervical Pregnancy: A Case Report and Literature Review

YANG Bing-cai^{1,2}, DENG Yu-qing^{1,2,*}

1.The Fifth Clinical Medical College of Anhui Medical University, Shenzhen 518000, Guangdong Province, China

2.Clinical Medical College of Anhui Medical University, Peking University Shenzhen Hospital, Shenzhen 518000, Guangdong Province, China

Abstract: *Objective* To understand the clinical diagnosis and treatment process of cervical pregnancy in order to reduce misdiagnosis of cervical pregnancy. *Methods* Report the diagnosis and treatment of a patient with cervical pregnancy and analyze the process, reflect on the diagnosis and treatment, and summarize the experience to improve clinicians' awareness of preventing cervical pregnancy with extremely high blood HCG levels. *Results* This patient underwent laparoscopic total hysterectomy and bilateral adnexectomy, and was diagnosed with cervical pregnancy by pathological examination after surgery. The prognosis was good, and no serious complications occurred. *Conclusion* Cervical pregnancy is rare in clinical practice and has atypical symptoms, which are difficult to differentiate from inevitable abortion, incomplete abortion, threatened abortion, trophoblastic tumor, etc. Strengthening awareness and improving the level of diagnosis and treatment can achieve early detection, early diagnosis, and early treatment, and improve the prognosis of patients.

Keywords: Cervical Pregnancy; Misdiagnose; Gestational Trophoblastic Disease

1 病例简介

患者，女性，41岁，因“停经79天，阴道出血49天”于2022年11月25日就诊于我院。49天前患者无明显诱因出现少量阴道流血，色暗红，量少于月经量，无明显腹痛，未重视未就诊，持续20+天后出血量增加，量同月经第一天，伴有腹胀，11月4日就诊外院，查B超提示：宫内可见一范围约140×70mm混合回声区，其内可见一大约122×36mm的囊性回声，内可见高回声区，回声性质不明，双侧附件区未见明显包块回声，血HCG327026.6mIU/mL，11月5日该院考虑“不完全性葡萄胎？稽留流产”予行清宫术，术后病理回报：蜕变的绒毛及蜕膜，11月9日复查妇科B超：宫腔下段见范围约61×65mm不均质回声，边界欠清，11月10日复查血HCG：59367.0mIU/mL，11月11日行二次清宫术，术后病理回报：蜕变的绒毛及蜕膜，11月12日复查血HCG41613.1mIU/L，术后仍有少量阴道出血，无头晕、乏力等不适，无恶心、呕吐，无尿频、尿急、血尿，无便秘及里急后重等不适，建议上级医院就诊，遂至我院就诊，11月22日我院查B超提示：宫壁至宫颈混合性团块，大小约68×57mm形态不规则，边界不清，呈“蜂窝状”改变，团块周边及内部可见较丰富血流信号，性质待定，妊娠滋养细胞疾病不排除，请结合临床。胸片：右肺多发实性小结节，建议复查。进一步查盆腔MR平扫+增强：子宫壁及宫颈部异常信号，结合病史，符合滋养细胞肿瘤，我院血HCG25130IU/mL，遂以停经阴道流血查因：切口部位妊娠残留并植入？滋养细胞疾病？收住入院。

2022年11月输血史，患者在2017年2月和2018年10月分别进

行了两次子宫下段剖宫产分娩手术。末次月经2022年09月07日，孕3产2。

生命体征平稳，腹部压痛及反跳痛阴性。外阴发育正常，阴道畅，阴道内可见暗红色血，宫颈增大，阴道内诊：宫颈桶状增粗大小约7×6cm，子宫前位，增大至耻骨上两横指，质中，双侧附件区无异常。

2022年11月12日外院术后病理回报：退变的绒毛及蜕膜。2022年11月22日我院B超：宫壁中下段及宫颈管内可见一个混合回声团块，较大范围约68×57mm，形态不规则，边界不清，内部回声不均匀，呈“蜂窝状”改变，CDFI：团块周边及内部见较丰富血流信号，可见动静脉短路血流信号。子宫内膜显示不清。双侧附件区未见异常回声。子宫直肠窝未见明显游离无回声区。复查血HCG25130IU/mL。11月24日盆腔MRI：子宫增大，结合带模糊，宫壁及宫颈部见不规则混杂长T₁长T₂信号影，内见短T₁长T₂信号，大小约为84mm×71mm×83mm，病灶内及周围见多发增粗迂曲血管影，增强扫描实性部分见明显强化，病灶内见片状无强化区。增强前后双侧附件区、阴道穹隆、子宫直肠陷窝、膀胱子宫陷窝、盆壁及腹股沟区均未见异常强化影。子宫壁及宫颈部异常信号，结合病史，符合滋养细胞肿瘤。入院考虑诊断：停经阴道流血查因：切口部位妊娠残留并植入？滋养细胞疾病？血HCG呈持续下降状态，会诊病理提示：妊娠绒毛发育不良，考虑切口部位妊娠残留并植入可能性大，因患者无生育要求，于2022年11月30日行经腹双侧输卵管和全子宫切除术。术后剖检标本：子宫颈桶状增粗，表面蓝紫色，纵行切开子宫，宫腔未见异常，

【第一作者】杨秉才，男，住院医师，主要研究方向：妊娠期糖尿病。E-mail: 1393559290@qq.com

【通讯作者】邓玉清，女，主任医师，主要研究方向：妊娠期糖尿病相关进展。E-mail: 13510331852@163.com

机化妊娠组织完全位于宫颈,上届达子宫下段切口处,全程累计宫颈肌层,仅见浆膜层连续,双侧输卵管未见异常。术后予以抗炎,补液治疗。术后病理回报:子宫肌壁间见绒毛。免疫组化:P57(细胞滋养细胞+),Ki-67(细胞滋养细胞越40%+)。分子病理结果:葡萄胎STR基因分型:不支持葡萄胎。结合形态、免疫组化及分子检测结果,不支持侵袭性葡萄胎,考虑为胎盘植入。出院诊断为1.宫颈妊娠,2.盆腔粘连,3.亚临床甲状腺功能减退,4.轻度贫血。

2 讨论

2.1 疾病病因 宫颈妊娠是一种极为罕见的异位妊娠形式。在所有妊娠中发生的概率极低,大约每9000次妊娠中可能仅有1例出现。在所有类型的异位妊娠中,宫颈妊娠所占的比例不到1%^[1]。尽管宫颈妊娠的病因尚不清楚,但研究显示,有近70%的宫颈妊娠病例与既往妊娠时的宫颈扩张和刮宫术有关^[2]。除此之外,既往剖宫产、宫颈手术、子宫内炎症、使用宫内节育器以及体外受精等因素也被认为可能增加宫颈妊娠的风险^[3]。

特别值得一提的是,该患者曾进行过剖宫产术,这也是一个明确的高危因素。了解这些风险因素对于预防和早期识别宫颈妊娠至关重要。

2.2 疾病诊断 宫颈妊娠,这一罕见的妊娠类型,因其无特异性的临床表现而常被误诊。它通常表现为停经后的无痛性阴道流血及清宫术中出现难以控制的大出血,容易与不全流产或难免流产混淆。加之宫颈妊娠的发病率相对较低,医生在初诊时往往容易忽视其可能性。当患者接受体格检查时,若出现以下特征,医生应当高度警惕宫颈妊娠的可能性:宫颈部分膨大,外口呈现扩张状态,而内口却紧闭不松,整体外观带有紫蓝色的色调;子宫质地柔软,形态可能稍大于正常或保持正常大小,与宫颈共同形成葫芦状的外观;宫腔内并未发现任何妊娠物的迹象;双侧附件也无异常发现^[4]。这些体征或许能为医生提供宝贵的线索,引导他们正确诊断出这一难以捉摸的宫颈妊娠。在诊断宫颈妊娠的过程中,除了体格检查外,我们还应结合多种辅助检查方法,以确保准确判断。对于疑似宫颈妊娠的患者,首选经阴道超声检查,其在诊断宫颈妊娠方面的准确率极高,达到了95.95%^[5],而采用阴道和腹部联合超声检查,可以全方位、多角度观察包块的细微结构,进一步降低漏诊和误诊率^[6-7]。当面临难以明确诊断的情况时,我们可以结合盆底MRI检查,提供更精确的诊断依据。此外,血hCG的检测在宫颈妊娠的早期诊断中同样具有重要的参考价值。尽管宫颈妊娠时血hCG水平可能存在个体差异,但其水平的变化能够有效反映孕龄的大小以及胚胎的存活状态。高水平的血hCG往往指示胚胎具备良好的活性,血液供应丰富,这也提示了活跃性出血的风险高。因此,医生在评估宫颈妊娠患者时,应综合考虑血hCG水平的变化,以更准确地判断病情并制定治疗方案^[8]。该患者因停经后出现无痛性阴道流血症状外院就诊,首诊医生对宫颈妊娠的症状不熟悉,以及未进行严格的查体,B超检查也没能明确诊断,加上异常高的血HCG,导致其误诊为:“不完全性葡萄胎?稽留流产”收入院行清宫术,复查妇科B超仍然提示团块位于宫腔下段,血HCG仍处于高值,遂行二次清宫术,在手术过程中,患者出现了难以控制的大出血并发症行输血治疗,术后复查血HCG仍处于高值,遂就诊我院,患者既往一次剖宫产手术史,停经阴道无痛性流血症状,体格检查宫颈桶装增粗,以及第二次清宫术后出现不可控制的大出血,这都在提示我们患者宫颈妊娠的可能,术中探查所见也进一步证实了该患者为宫颈妊娠。但该患者却仍被误诊,原因有如下几个方面,首先,她的妇科B超影像学提示:宫壁中下段及宫颈内可见一个混合回声团块,呈“蜂窝状”改变,CDFI:团块周边及内部见较丰富血流信号。盆腔MRI提示:子宫壁及宫颈部异常信号,符合滋养细胞肿瘤可能。再结合其极高的血HCG,使得我们第一时间联想到了妊娠期滋养细胞疾病,而本例患者两次病理报告均提示:蜕变的绒毛及蜕膜,血HCG虽处于高值,但一直呈下降趋势,这使得我们更倾向于考虑切口部位妊娠残留并植入?滋养细胞疾病?在本次

诊疗过程中我们有时不自觉地陷入了过度依赖辅助检查的误区,而忽略了临床表现的重要性,这种倾向导致诊断的偏颇。也揭示了我们临床医生对宫颈妊娠的认识不足,没有第一时间意识到宫颈妊娠的可能。这导致了我们对其疾病的误诊。

2.3 治疗方法 宫颈妊娠的治疗方案已经趋向个体化。不同的治疗方法都有其独特的优势和相应的局限性。在制定治疗方案时,医生需综合考虑患者的妊娠周数、出血程度、生育需求及整体健康状况等因素,以确保治疗的有效性和安全性。各种保守性治疗方法的联合应用已成为主要策略^[9],其目的在于有效减少出血并最大程度地保留子宫功能。宫颈妊娠的预后与早期准确诊断及及时治疗密切相关。宫颈妊娠的治疗方式已逐渐从全子宫切除转向保留生育功能的治疗,即采用药物治疗或特定的手术治疗方式,旨在保留患者的子宫。甲氨蝶呤是主要使用的药物^[10],但其治疗的成功率受到多个因素的影响,包括孕周、血HCG的高低、胚胎的大小、以及有无胎心等。一些学者指出,甲氨蝶呤在治疗宫颈妊娠时可能伴随有大出血的风险且存在较高的治疗失败率。因此,针对宫颈妊娠的治疗,联合治疗被视为首选方案。为最大程度地保留患者的生育功能,医生应根据患者的具体情况,综合考量并选择合适的治疗方案^[11]。在患者的初次就诊期间,如果首诊医生能够及时认识到宫颈妊娠的可能性,并进行详细的体格检查和辅助检查,那么就可能对患者进行保留生育功能的保守治疗,从而保留患者生育能力。

本例病例的独特性在于它深化了我们对宫颈妊娠这一疾病的理解。对于育龄期女性,如果在停经后出现无明显诱因的无痛性阴道流血,且查体显示宫颈呈现桶状增粗的特征,那么我们应当高度警惕宫颈妊娠的可能性。其次,这一病例也警戒我们临床医生在疾病诊断过程中不能过度依赖于辅助检查,宫颈妊娠也可能出现极高的血HCG,B超检查虽然是宫颈妊娠的首选辅助检查,但也可能会出现误诊情况,尤其对这类诊断不明确的患者,我们要意识到临床表现的重要性,重新认识到临床表现是诊断的基石,而辅助检查只是辅助手段。提高临床观察和判断能力,将辅助检查与临床表现有机结合,以确保诊断的准确性和患者的利益最大化。

参考文献

- [1] Fan Y, Du A, Zhang Y, Xiao N, et al. Heterotopic cervical pregnancy: Case report and literature review[J]. *Obstet Gynaecol Res*, 2022, 48(5): 1271-1278.
- [2] Stabile G, Mangino FP, Romano F, et al. Ectopic cervical pregnancy: treatment route[J]. *Med Lith*, 2020, 56(6).
- [3] Hu J, Tao X, Yin L, et al. Successful conservative treatment of cervical pregnancy with uterine artery embolization followed by curettage: A report of 19 cases[J]. *BJOG*, 2016, 123: 97-102.
- [4] 陆安伟, 秦娟. 宫颈妊娠诊治策略[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2017, 33(9): 900-903.
- [5] 郭永鹤. 经腹及经阴道彩色多普勒超声诊断宫颈妊娠的价值分析[J]. *影像研究与医学应用*, 2021, 5(7): 73-74.
- [6] 王颖琦, 何小萍, 张惠媛, 等. 经腹超声与经阴道超声联合应用诊断宫外孕[J]. *江西医药*, 2011, 46(11): 1046-1047.
- [7] 黄茜. 超声诊断少见部位异位妊娠的效果及漏诊误诊原因分析[J]. *中国妇幼保健*, 2018, 33(12): 2820-2823.
- [8] 陈赛英, 吴腾珍, 李丽娜. 宫颈妊娠误诊2例原因分析[J]. *淮海医药*, 2016, 34(2): 177-179.
- [9] Scutiero G, Nappi L, Matteo M, et al. Cervical pregnancy treated by uterine artery embolisation combined with office hysteroscopy[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2013, 166(1): 104-106.
- [10] Uludag SZ, Kutuk MS, Aygen EM, et al. Conservative management of cervical ectopic pregnancy: Single-center experience[J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2017, 43(8): 1299-1304.
- [11] 罗莹. 宫颈妊娠诊断和处理的新进展[J]. *国外医学. 妇产科学分册*, 2001(2): 103-105.

(收稿日期: 2024-03-25)

(校对编辑: 翁佳鸿)