

病例讨论

-----奇怪的急腹症

病史

女性,28岁,主诉:下腹痛8天,加重4天.

现病史:患者15天前行人工流产术,8天前间断下腹痛,4天前加重,来我院行B超检查未见明显异常.口服抗炎药物治疗,效果较差.现下腹痛较重,伴头晕/乏力

.既往史:7年前右侧输卵管切除术,4年前剖宫产术.

查体:血压120/70 体温36.7 呼吸 17次/分 心率 72次/分
一般情况可。左下腹压痛明显。移动性浊音阴性。

Unknown

18.12.18-07:44:14-STD-1.3.12.2.110...

MI 1.4

8:58:03 PM 12/18/2018

LINQING CITY PEOPLE'S HOSPITAL

SIEMENS

4C1 / *Abdomen1

Detail

2D 100%

THI / H4.50 MHz

20 dB / DR 65

SC 2 / DTCE M

Map D / ST 2

*D=87.6 mm

*D=40.9 mm



15fps

15cm

Fr211

部
小
附
流
及
尚
附
积

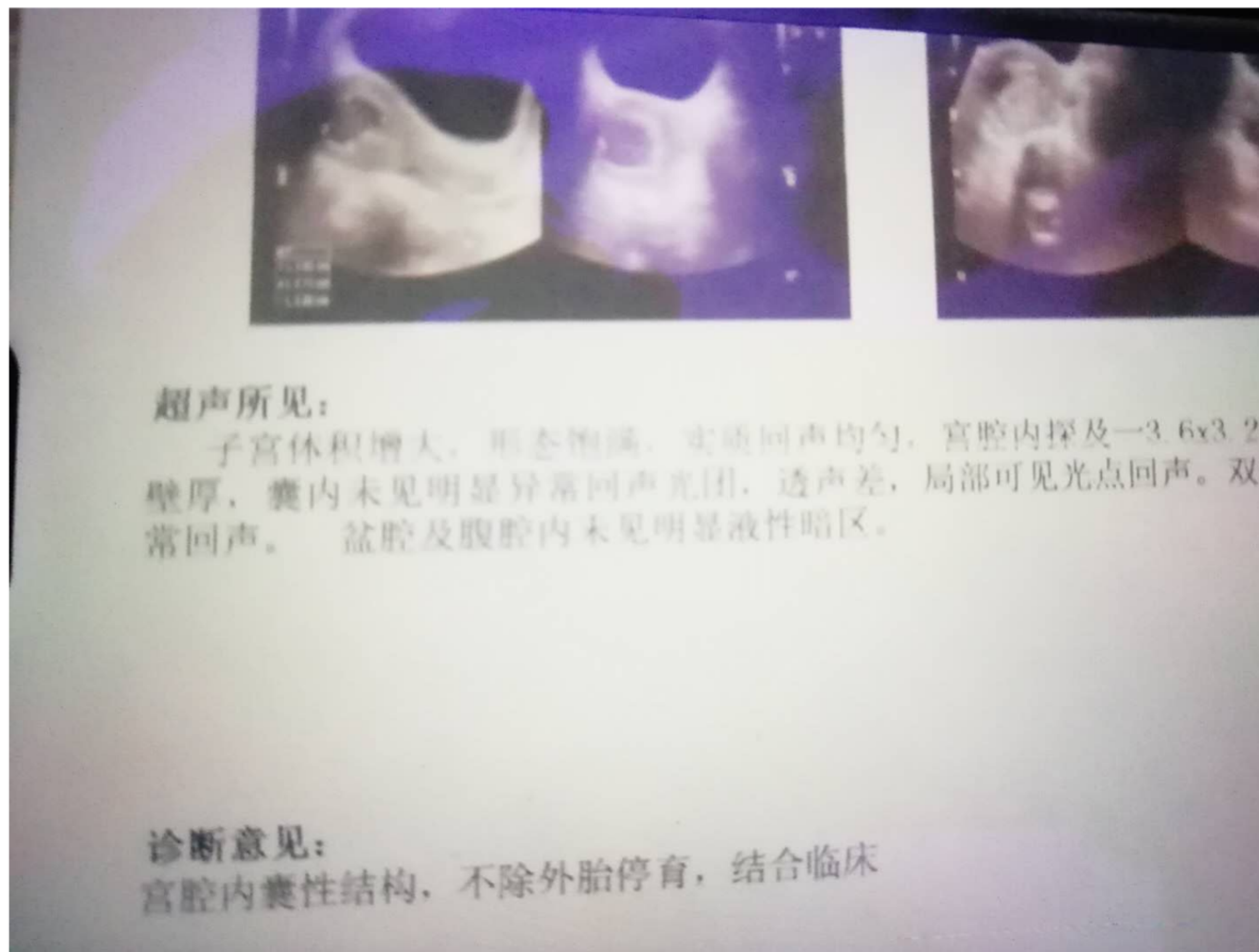
结
张
式 (勿



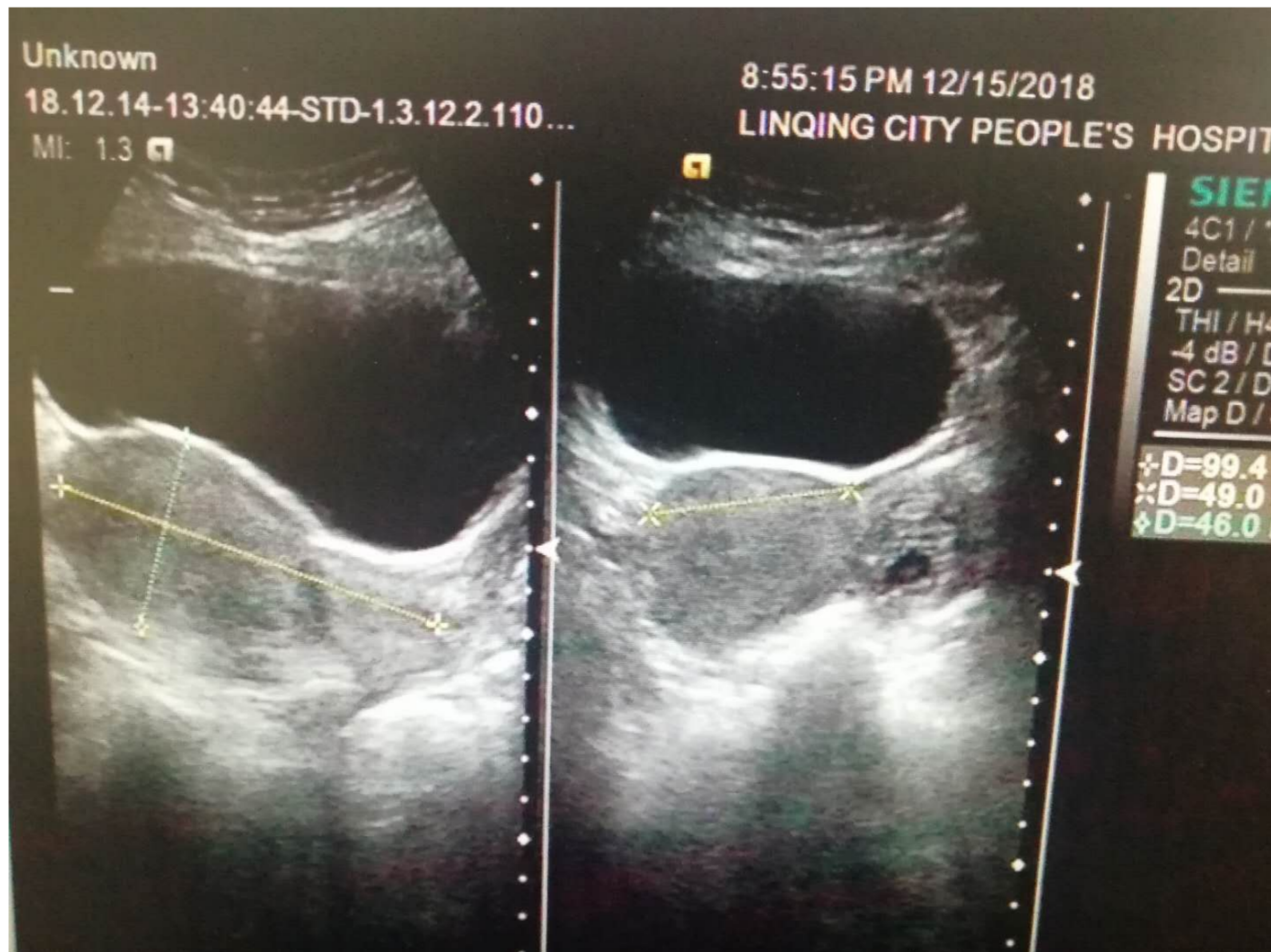
那么，问题来了

- 这个包块是什么？
- 宫外孕？
- 人流后子宫破裂？
- 急性盆腔炎？
- 卵巢肿瘤扭转？
- 腹腔其他肿瘤？

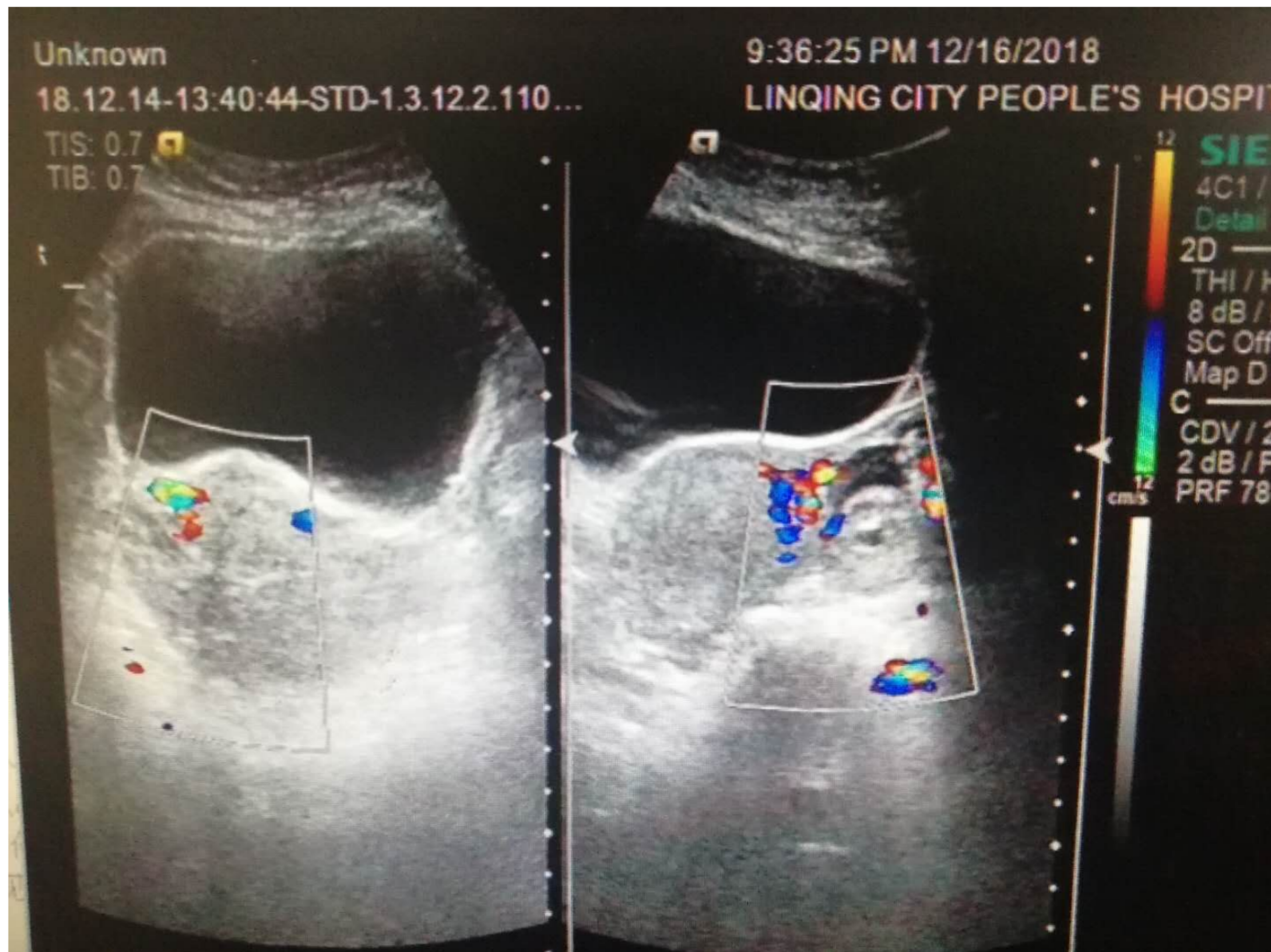
第一次B超



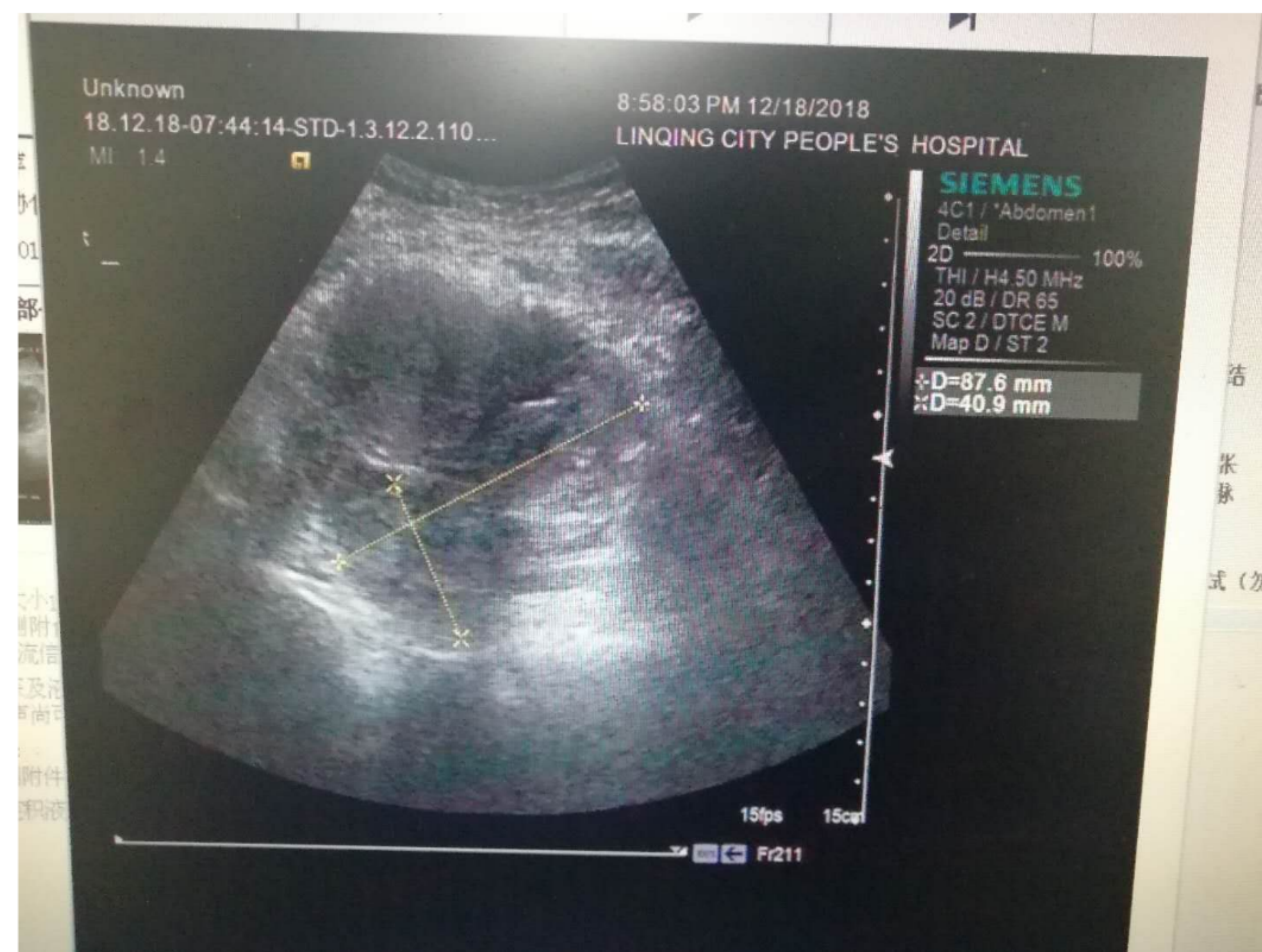
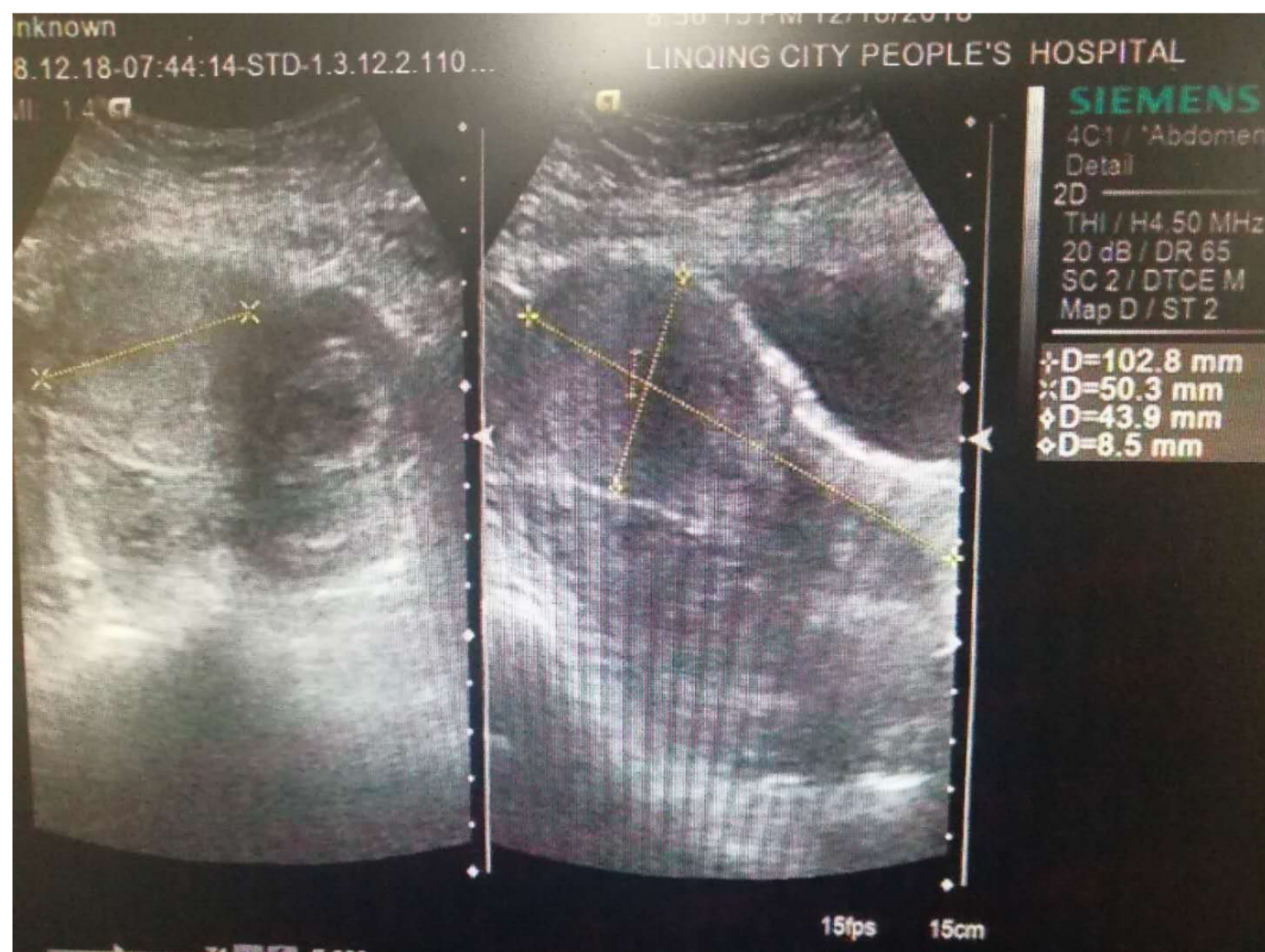
第二次B超



第三次B超



第四次B超



姓名: 王娅萍 性别: 女 年龄: 29岁 检查号: 294738

科室: 医疗协作办公室 床号: 卡号: 0801176756 门诊

检查日期: 2018-12-18 审核日期: 2018-12-18 21:09:06

检查方法及部位: 子宫附件



超声所见:

子宫大小 $10.2 \times 5.0 \times 4.3$ cm, 形态饱满, 被膜完整, 实质回声均, 宫腔液居中, 内膜厚 0.8 cm。左侧附件区探及低回声光团, 范围约 8.7×4.0 cm, 边界欠清, 回声不均, CDFI: 内未见明显血流信号, 右侧附件区未见明显异常回声。

腹腔探及液性暗区, 深度分别为右下腹 2.8 cm, 右上腹 2.2 cm, 左下腹 2.0 cm, 左上腹 2.2 cm, 透声尚可。

诊断意见:

左侧附件区包块, 请结合临床。

腹腔积液。

单	住院病历	门诊信息	检验信息	影像信息	心电图	手术信息	病理信息
---	------	------	------	------	-----	------	------

年 龄：29岁

婚姻状况：已婚

民 族：汉族

入院日期：2018-12-18, 21:31

记录日期：2018-12-18, 23:00

病史陈述者：患者本人

主诉：停经2月余，下腹痛8天，阴道出血4天。

现病史：患者停经2月余，于15天前就诊我院彩超提示：宫内妊娠。行人工流产术。8天前出现间断性下腹痛，未检查及治疗。4天前下腹痛加剧伴阴道出血，伴肛门坠胀，查彩超提示：子宫及双附件无异常。并口服抗炎药物治疗。效果差。现下腹痛，并自觉乏力，头晕，今为求手术治疗来我院，患者自发病以来，饮食一般，睡眠好，无尿急、尿频、尿痛，大便无异常。

既往史：7年前行“右侧输卵管切除术”。4年前行“剖宫产术”。自诉对“头孢类药物”过敏。平素身体状况好，否认心脏病、高血压、糖尿病史，无肝炎、结核等传染病史及密切接触史，无外伤史，无出血性疾病及输血史，无食物过敏史，预防接种史不详。

个人史：原籍出生，无外地长期居住史，无烟、酒嗜好，无放射线及毒物长期接触史，婚姻家庭关系和睦。

月经婚育史：月经规律，13⁵/₂₉2018-10-15，量中等，无痛经。白带正常，无腥臭味，无外阴瘙痒。21岁结婚，丈夫健康，性生活正常。孕5产1流产3，现有1子2女，健康。

家族史：父母健康，否认近亲结婚史，否认家族性遗传病史及传染病史。

体格检查

T: 36.7℃ P: 72次/分 R: 19次/分 BP: 120/70mmHg

中年女性，发育正常，营养中等，神志清醒，精神好，自主体位，查体合作。全身皮肤粘膜无黄染及蜘蛛痣，无皮疹及皮下结节，无出血点及瘀斑，无淋巴结肿大，无甲状腺肿大，无乳房肿块，无乳腺增生，无盆腔包块，无附件增厚，无子宫增大，无阴道分泌物异常，无外阴赘生物，无外阴瘙痒，无外阴色素沉着，无外阴白斑，无外阴癌，无外阴尖锐湿疣，无外阴梅毒，无外阴疱疹，无外阴真菌感染，无外阴细菌感染，无外阴病毒感染，无外阴寄生虫感染，无外阴其他感染。

手术日期：2018年12月18日 手术时间：23:15—00:38

术前诊断：1. 异位妊娠 2. 中度贫血 3. 瘢痕子宫

术中诊断：1. 左侧输卵管壶腹部妊娠 2. 中度贫血 3. 瘢痕子宫

手术名称：左侧输卵管切除术 麻醉方式：硬-腰联合

手术者：李秀玲 助手：寇丽燕

手术经过，术中出现的情况及处理：

麻醉成功后，病人仰卧于手术台上，常规消毒术野皮肤，铺无菌洞巾及剖腹单，贴护皮膜，取下腹部纵口长约7cm，依次切开皮肤、皮下组织、腹直肌前鞘，向两侧钝性分离腹直肌，腹膜透出紫蓝色，剪开腹膜入腹腔。洗手探查：腹腔大量暗红色积血及血块约1000ml，左侧输卵管壶腹部见增粗约5×5×4cm，表面被血块包裹，可见活动性出血，左侧卵巢均粘连于子宫后壁，左侧卵巢及右侧卵巢无异常，右侧输卵管缺如。术中决定行左侧输卵管切除术。分离粘连后，提起左侧输卵管伞端，钳夹并切断左输卵管至输卵管峡部及其系膜，7号丝线缝扎残端两次，查无出血，生理盐水冲洗腹腔，查无出血，清理腹腔，清点器械敷料无误，生理盐水冲洗腹腔后，逐层关腹。腹腔内置入引流管一根，无菌纱布覆盖切口，手术完成。标本送病理检查。

手术顺利，麻醉尚可，腹腔及盆腔内血液及术中出血共约1010ml，尿清，约150ml，输液1500ml，输红细胞2u。术毕安返病房，切除标本送病理。

手术者签名：李秀玲

记录时间2018-12-19，00:50

讨论

- 通俗地来说我们把同时合并有宫内妊娠和异位妊娠的情况称之为“复合妊娠（heterotopic pregnancy, HP）”，其本质上是双卵双胚着床在两个部位发育的一种特殊的多胎妊娠。随着近年来辅助生殖技术及促排卵技术的广泛应用、性传播疾病的流行，异位妊娠的发生率也在呈同步增长的趋势。复合妊娠的发病率已从上世纪50年代的万分之一发展到今天的百分之一。

发病机制

- 机制一宫内宫外同时受孕（同期复孕）
- 卵巢同时排出2个卵子分别受精，或卵子受精后分裂成2个独立的分裂球，分别着床于宫内和宫外所致。这种情况在复合妊娠中较为常见。

- 机制二宫内先受孕， 宫外后受孕（异期复孕）

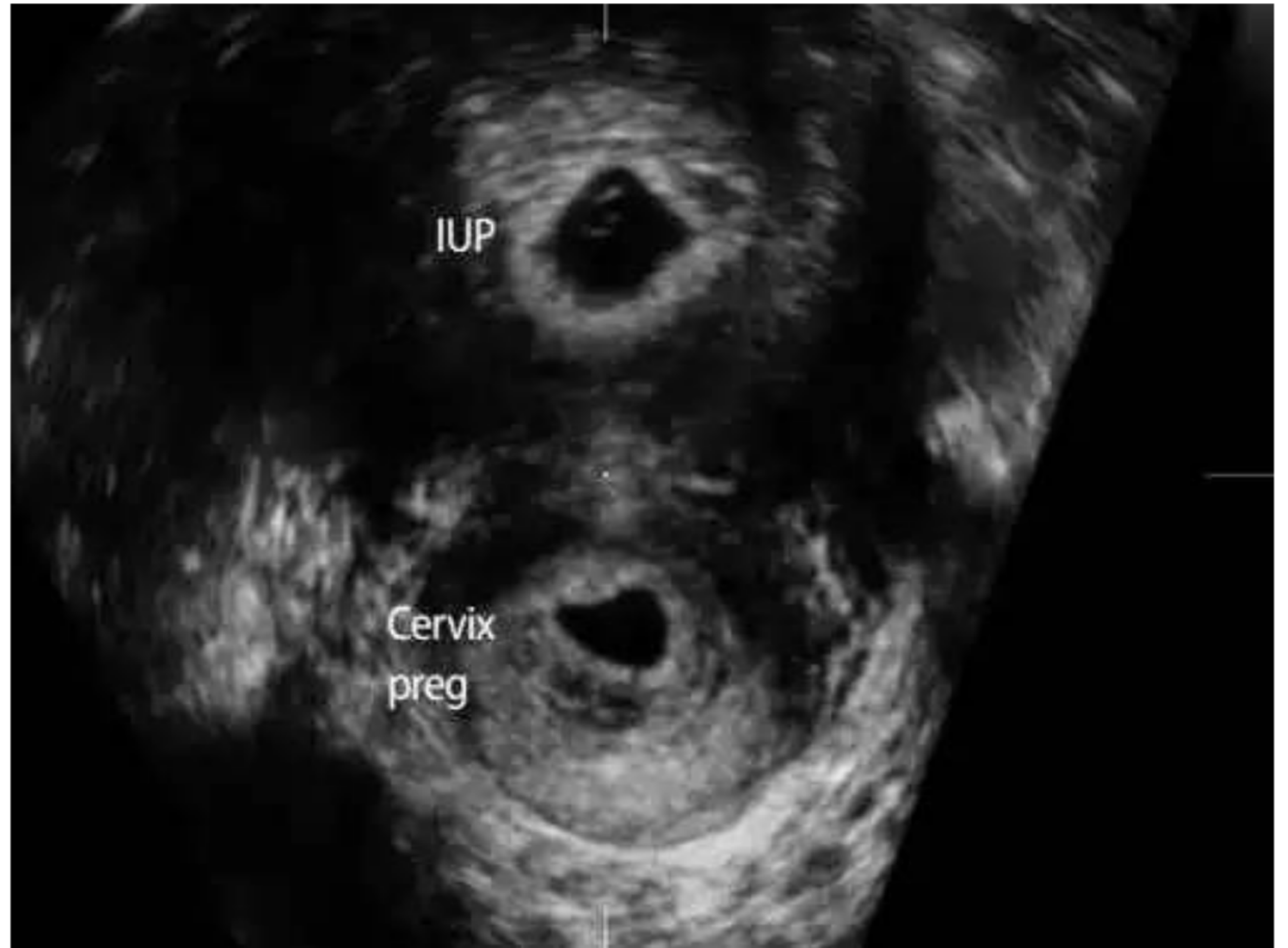
- 受精卵在宫内着床以后， 大量的HCG有可能使卵巢内卵泡发育并排卵， 精子可通过子宫腔包蜕膜与壁蜕膜之间进入输卵管而受精。 由于孕期输卵管蠕动减少， 使受精卵着床于输卵管， 造成宫内外不同期复合妊娠。 这种情况在复合妊娠中较为罕见。

临床诊断——复合妊娠“四联征”

- 典型临床表现通常具有以下四联征：
腹痛、附件包块、腹膜刺激征、子宫增大。
临床对于停经后有腹痛、阴道流血、尿HCG阳性的患者，尤其是使用促排卵药物及辅助生殖-胚胎移植术后的患者应特别注意复合妊娠的发生，尽可能做到早期诊断。
血HCG是诊断异位妊娠的主要手段之一，但HCG在复合妊娠同单纯宫内妊娠中倍增的时间并未发现明显区别，缺乏诊断特异性。

阴道超声诊断

阴道超声最早可在妊娠5周时发现复合妊娠。典型超声表现：除正常宫内妊娠囊外，异位妊娠部分未破裂前可在附件区见到胚囊，周围有绒毛界面形成的高回声环，形态似“洋葱圈”，部分可见胚芽和原始心管搏动；破裂出血不多时可在子宫侧方见到混合性包块，由输卵管、血块、胚胎构成，多数呈低回声，内部回声不均，形态不规则，边界不清。



小结

- 在临床工作中,宫内孕合并宫外孕,也就是复合妊娠的情况比较罕见,但是,病情凶险,如果不能及时正确诊断,会产生严重后果,甚至付出生命代价,作为临床医生的好帮手,好战友,我们要不畏浮云遮望眼,排除一切干扰,密切联系临床,参考其他影像及化验结果为临床提供及时/准确的诊断信息,在这场没有硝烟的战斗中,取得决定性胜利!

• 谢谢大家!