

早期宫角妊娠超声诊断与鉴别诊断的临床分析

阿依努尔·买合木提 韩宏萍

叶城县人民医院 844900

〔摘要〕目的 探讨早期宫角妊娠超声诊断与鉴别诊断的临床价值。方法 选取 2020 年 1 月-2021 年 2 月收治的疑似宫角妊娠患者 50 例作为研究对象,行彩色多普勒超声检查,观察其表现,探讨其诊断价值。结果 45 例患者均经彩超检查诊断 32 例为宫角妊娠,8 例为输卵管间质部妊娠;后经手术证实宫角妊娠 35 例,15 例为输卵管间质部妊娠,2 例为宫腔内偏宫角处妊娠;彩超检查有 4 例误诊为宫角妊娠,漏诊 3 例输卵管间质部妊娠,漏诊 2 例宫腔内偏宫角处妊娠。诊断符合率为 90.00%(45/50);宫角妊娠孕囊型 16 例,不典型孕囊型 9 例,破裂型 6 例,差异均有统计学意义($P<0.05$);患者血 hCG 水平均下降明显,复查 B 超提示宫角无明显增大,无破裂征象。本组病例中药物治疗后血 hCG 水平下降有 45 例为 90.00%,($P<0.05$)。结论 超声可有效诊断与鉴别早期宫角妊娠与间质部妊娠,值得推广。

〔关键词〕早期宫角妊娠;间质部妊娠;超声诊断;鉴别诊断

〔中图分类号〕R714 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2022)05-013-02

宫角妊娠是一种胚胎种植在接近子宫与输卵管开口交界处的宫角部的子宫腔内的妊娠。病因主要有盆腔感染、宫腔操作、宫内节育器、性激素异常,子宫手术史以及合并子宫肌瘤、子宫畸形均是孕囊不能着床于适当部位、造成宫角妊娠的危险因素。此外生殖助孕技术也是需要引起注意的因素^[1]。因宫角部肌层组织薄,又是子宫血管与卵巢动静脉及输卵管血管吻合处,血运丰富,孕囊种植在此,可随着妊娠进展出现肌层破裂,出血甚多,若诊断延误可危及生命,故宫角妊娠的早期诊断鉴别尤为重要,为了进一步提高宫角妊娠的早期诊断率,本次研究探讨早期宫角妊娠超声诊断与鉴别诊断的临床分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月-2021 年 2 月收治的疑似宫角妊娠患者 50 例作为研究对象,患者年龄 21-42 岁,平均(28.41±5.42)岁;初次妊娠有 15 例,35 例妊娠次数超过 2 次,本研究经伦理委员会批准,两组患者临床资料比较,无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准:(1)均行血清 β -hCG 与尿 hCG 检查提示妊娠;(2)自愿参与本次研究;排除标准:(1)依从性较差者;(2)伴有严重妊娠合并疾病;(3)精神障碍者;

1.3 方法

使用型号:LE9 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率为 3.5MHz。经腹彩超者应膀胱充盈,多切面扫查盆腔,若发现可疑病灶叮嘱排空膀胱以开展阴道超声检查,行冠状切面与子宫横切面扫描,对两侧宫角对称性、有无包块隆起等予以细致观察,将包块形态、大小及位置等记录下来,并了解妊娠囊及包块周边是否有肌层包绕及肌层周边是否完整及其厚度、妊娠囊与包块和子宫内层间的关系;包块或妊娠囊内是否存在胚芽、卵黄囊及原始心管搏动等,同时对包块周边及内部血流分布状况予以观察,记录相关数据并保存图片;可对患者进行用甲氨蝶呤(MTX)、米非司酮和米索前列醇药物治疗,观察患者血 hCG 水平。

1.4 评价指标

(1)评价彩色多普勒超声诊断结果。(2)观察宫角妊娠经阴道超声表现。(3)观察患者血 hCG 水平结果。

1.5 统计学方法

使用 SPSS 22.0 软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验或方差分析。计数资料以率或者百分比表示,组间比较采用检验。

2 结果

2.1 彩色多普勒超声诊断结果

45 例患者均经彩超检查诊断 32 例为宫角妊娠,8 例为输卵管间质部妊娠;后经手术证实宫角妊娠 35 例,15 例为输卵管间质部妊娠,2 例为宫腔内偏宫角处妊娠;彩超检查有 4 例误诊为宫角妊娠,漏诊 3 例输卵管间质部妊娠,漏诊 2 例宫腔内偏宫角处妊娠。诊断符合率为 90.00%(45/50)。

2.2 不同类型间质部妊娠与宫角妊娠经阴道超声表现

(1)孕囊型:宫角妊娠 16 例,孕囊回声出现在子宫侧宫底附近肌层内,有清晰边缘,可探至心搏动和胚芽,孕龄为四十至七十五天,横切时子宫呈不对称性增大,妊娠侧宫角外凸,呈偏心孕囊光环,纵切时孕囊距宫底部很近,与宫腔线相通,周围有均匀一致的低回声肌层围绕,是完整的肌壁层。(2)不典型孕囊型:用彩色超声波诊断仪表现类似于正常孕囊型,但孕囊不作为形态特征,不相连于宫腔;一侧宫底膨隆,内有混合回声或无回声,与难免流产图像相似,越来越薄肌层环绕在周围;包块内常出现局灶性大量的血流区。胚芽已死去,但妊娠囊并未破坏,多伴有阴道不定期大出血和腹胀。(3)破裂型:宫角妊娠 6 例,一侧宫角有不平均包块,妊娠部分或全部完整包绕,无清晰度界限,多相连于宫腔,包块内有局灶性的血液信息,盆腔有液性暗区,症状为不定期大出血和腹胀,治疗困难度较高。见图 1-图 4。

2.3 患者血 hCG 水平均下降明显,复查超声提示宫角无明显增大,无破裂征象。本组病例中药物治疗后血 hCG 水平下降有 45 例为 90.00%,($P<0.05$)。

3 讨论

对早期怀孕者,不管有没有阴道内出血或下腹痛等情况都要常规进行阴道超声波检测,以便于准确定位为早期宫角妊娠,以便于临床提出后期治疗措施。如宫角妊娠患者未裂开

应于腹腔镜下进行负压吸宫术，如子宫角肌层发紫则显示可以裂开，因此需要行宫角剖开取胎术；需要立即仔细进行后宫角妊娠流产的刮宫治疗，或于腹腔镜及超声波监护下进行，以降低子宫会角处穿孔及妊娠期副产物遗留危险性，并且在药物治疗期间要动态监测血血 hCG 水平，可反映出治疗效果，若遇到问题可及时改变治疗方案^[2]。而对于间质细胞部怀孕者，一经诊断必需立即进行术后治疗或终止妊娠，则有助于提高预后^[3]。



图 1

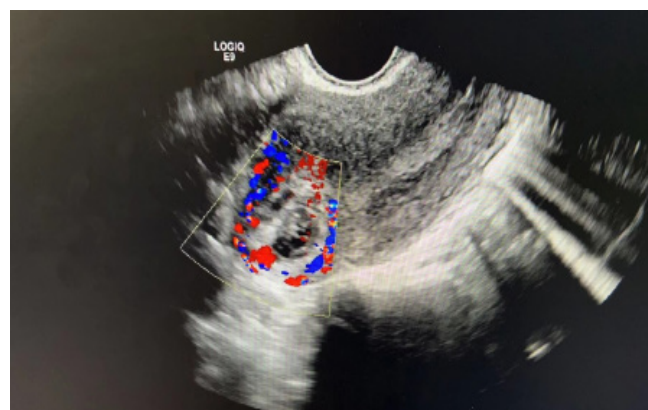


图 2



图 3

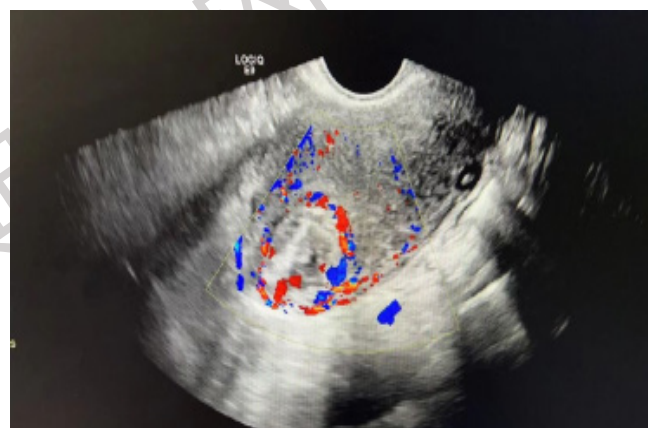


图 4

[参考文献]

- [1] 刘田甜. 宫角妊娠的三维超声声像图特点及早期诊断价值[J]. 中国计划生育和妇产科. 2019, (6).41-44.
- [2] 刘建琴. 经腹部联合阴道超声检查早期宫角妊娠的诊断价值[J]. 泰州职业技术学院学报. 2018, (6).42-45.
- [3] 赖智敏, 揭朝霞, 叶健苗, 等. 早期宫角妊娠的超声诊断与鉴别诊断探讨[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(12):209-210.

(上接第 12 页)

新生儿在出生之后会出现黄疸症状，出现黄疸的时间是在分娩之后的 2-5 天，主要是因为新生儿机体内红细胞受损，导致出现的肝组织负荷过重，溶血贫血是常见的症状表现，对于非结合胆红素的分泌造成抑制作用^[5]。针对新生儿黄疸患儿胆红素含量检测发现，血清中的胆红素含量上升，还会出现症状表现为大小便异常、腹泻、呕吐等。目前针对新生儿黄疸患儿主要实施蓝光照射治疗，主要是利用了蓝光照射胆红素之后，会变为水溶性异构体，随着大小便排出体外，但是在临床实施蓝光疗法的过程中发现，蓝光照射会导致人体本能的免疫蓝光，降低黄疸治疗的效果，而短时多次蓝光疗法，可以改善人体本能的免疫蓝光现象，优化临床针对新生儿黄疸患儿治疗效果的同时，保障患儿治疗安全性。两组实施不同治疗方案的新生儿黄疸患儿疗效比较，97.56% VS 80.49%，实验组优于对照组， $P < 0.05$ ；脱水、皮疹、腹泻和体温异常发生率比较，实验组低于对照组， $P < 0.05$ 。

综上所述，新生儿黄疸治疗中应用短时多次蓝光疗法，

治疗效果优于持续蓝光照射法，优化提升治疗效果的同时，保障患儿治疗安全性。

[参考文献]

- [1] 邓巧妮, 王军煊, 杨清洋. 蓝光联合支持治疗方案治疗新生儿病理性黄疸的临床疗效观察[J]. 贵州医药, 2022, 46(3):2.
- [2] 朱柔霖. 不同蓝光照射方案治疗新生儿病理性黄疸的疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2022, 37(2):3.
- [3] 古卓佳, 兰媚. 动脉置管超微量肝素持续泵入在新生儿重症监护病房机械通气患儿血气分析中的应用效果[J]. 血栓与止血学, 2022, 28(6):2.
- [4] 尹文文, 陈仿群, 汪佳伟. 蓝光联合支持治疗方案治疗新生儿病理性黄疸的临床疗效及对相关指标的影响[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(17):4.
- [5] 武兰, 王彤彤. 蓝光联合支持治疗对新生儿病理性黄疸患儿血清心肌酶、C-反应蛋白及 α -谷胱甘肽-s-转移酶水平的影响[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(03):563-565.