

卵巢妊娠 12 例临床分析

王优君

(浙江省慈溪市第二人民医院 慈溪 315315)

关键词:妊娠;卵巢;诊断;治疗

中图分类号:R 714.222

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0055-01

卵巢妊娠是异位妊娠的一种少见形式,由于卵巢妊娠临床上缺乏特异性,在手术前一般多诊断为输卵管妊娠,均因出现急腹症、休克症状后施行剖腹探查术,根据术中所见和病检后才得到明确诊断。现将我院自 1996 年 1 月~2004 年 12 月诊治的 12 例卵巢妊娠加以分析,以探讨其发生规律及诊治特点,提高对卵巢妊娠的认识。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 12 例患者平均年龄 28 岁(19~36 岁),初孕妇 4 例,孕 2~4 次 8 例,6 例患者置宫内节育器,工具及药物避孕各 2 例,2 例无避孕措施。

1.2 临床表现 9 例有停经史,其中 8 例停经为 32~51d,1 例停经 66d。有少量阴道出血者 6 例,4 例出现休克,10 例有内出血症状,腹部压痛反跳痛明显,2 例无明显腹膜刺激症。妇检时 9 例能触及边界较清楚的附件包块。

1.3 辅助检查 11 例行后穹窿穿刺,10 例阳性;9 例 B 超检查发现有附件包块;8 例行尿或血 HCG 检查,结果均高于正常;血红蛋白 8 例 80~100g/L,2 例 >100g/L,2 例 <80g/L。

1.4 治疗与结果 12 例无 1 例术前确诊,9 例诊断为异位妊娠,3 例诊断为黄体破裂。12 例均行剖腹探查术,其中 10 例行患侧卵巢部分切除及修补术;2 例行患侧附件切除术,切除组织标本均送病理切片证实为卵巢妊娠。术中所见:10 例为破裂型,腹腔内积血 500~2 500mL,均发现一侧卵巢增大,并有破口,部分破口上有绒毛组织附着;2 例未破裂型,单侧卵巢增大,剖开均见绒毛组织。所有患者输卵管都未见病变。12 例患者均手术治愈出院。

2 讨论

2.1 病因 卵巢妊娠的确切病因至今不明,目前多数学者认为卵巢妊娠的病因与宫内节育器(IUD)有关^[1]。本组 6 例放置宫内节育器,占 50%,支持此观点。其机理可能为:IUD 对宫内妊娠和输卵管妊娠有阻止作用,但对卵巢妊娠无阻止作用;另外,放置 IUD 还使前列腺素分泌增加,造成输卵管逆蠕动,使受精卵反方向运行种植于卵巢内;同时前列腺素使输

卵管拾卵功能减退,从而增加了卵巢妊娠的危险性。此外,也有学者认为卵巢妊娠可能仅是一种偶然的机遇,即卵子排出前在卵巢受精;或卵子在输卵管内受精,然后由输卵管到卵巢,种植于卵巢表面或卵巢间质、髓质内或排卵后破裂的卵泡内。卵巢妊娠以经产妇多见,故考虑除宫内节育器、宫腔操作史外,盆腔炎也可能是卵巢妊娠的发病因素。

2.2 诊断 本组患者术前均未诊断为卵巢妊娠,由于其缺乏特异性,与黄体破裂及输卵管妊娠在临床症状与体征上无特殊差异,术前往往不能确诊,确诊依据是病理学检查。经典的诊断标准为:(1)双侧输卵管必须正常;(2)囊胚必须位于卵巢组织内;(3)卵巢及囊胚必须以卵巢固有韧带与子宫相连;(4)囊胚壁上有卵巢组织^[2]。根据这些标准,术前诊断几乎不可能。这是因为卵巢妊娠发生破裂时间早,由腹腔内出血刺激引起腹痛的时间也早于输卵管妊娠,且停经史不明显。故术前要明确诊断卵巢妊娠,除应详细询问病史和体格检查外,尚须行相关检查,如血尿 HCG 测定、盆腔 B 超及后穹窿穿刺等,尽量手术前作出卵巢妊娠的诊断。

2.3 治疗 卵巢妊娠的治疗以手术为主,因为卵巢组织血管丰富,含血量多,极易破裂;且由于卵巢缺乏肌性组织,一旦出血不易止住。手术原则上应行卵巢楔形切除或囊胚切除,尽量保留正常的卵巢组织与输卵管。若囊胚大且位于卵巢深部及卵巢与输卵管无法分离时,才行附件切除术。从理论上讲,卵巢楔形切除或囊胚切除术后,保留的卵巢组织中仍可能有滋养细胞残留,故术后应连续行 β -hCG 监测随访至正常为止^[3]。对于卵巢妊娠未破裂在术前诊断者,还可用氨甲蝶呤(MTX)等药物保守治疗,但在治疗期间,如血 HCG 持续上升,或者出现腹痛内出血增多者,仍需手术治疗。

参考文献

- [1]黄荷风,徐毓萍,石一复,等.卵巢妊娠的临床分析[J].中华妇产科杂志,1994,29(10):598
- [2]乐杰.妇产科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004.116
- [3]沙玉成,丛林.卵巢妊娠的诊断治疗进展[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(4):207~208

(收稿日期:2006-12-11)

参考文献

- [1]陈韵仙.剖宫产疤痕子宫内位症[J].国外医学·妇产科学分册,1990,17(2):97
- [2]罗祥美,杨来春.腹壁、会阴切口疤痕子宫内位症 15 例临床分析[J].中国临床医学,2001,8(1):67
- [3]奚玲,黄亚珍.手术切口疤痕子宫内位症 11 例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2004,20(5):312

(收稿日期:2006-12-18)

前,应将腹部伤口保护好,防止宫腔内容物溢入腹腔;(3)用湿纱布清理宫腔,防止蜕膜残留,纱布一次性使用,切忌常规使用锐性刮匙清理宫腔;(4)缝合子宫时,不要穿透子宫内层,以免将子宫内层卷入肌层切口内;(5)关腹前吸净腹腔残余液体,缝合腹膜后用生理盐水反复冲洗腹壁切口,以防内层种植;(6)提高对腹壁切口疤痕子宫内位症的认识,做到早期诊断、彻底切除病灶,以防止复发^[3]。