

# 宫颈妊娠一例

郝妮\*, 岳红云#

延安大学附属医院, 陕西 延安

收稿日期: 2024年2月1日; 录用日期: 2024年3月7日; 发布日期: 2024年3月14日

## 摘要

宫颈妊娠(cervical pregnancy, CP)是受精卵在宫颈内口以下和宫颈粘膜内种植和发育的一种异位妊娠, 占有异位妊娠的比例 < 1%, 发病率为1/2500~1/12422。CP的发生率虽然低, 但由于其特殊的解剖结构, 受精卵着床的位置主要以纤维组织为主, 收缩差, 使得宫颈妊娠异常凶险。该疾病尚无特定治疗方案, 需行个体化治疗。现回顾延安大学附属医院妇科2023年收治的1例子宫动脉栓塞联合清宫术成功治疗宫颈妊娠病例, 该病例的临床资料及处理办法可为临床诊治提供参考。

## 关键词

宫颈妊娠, 子宫动脉栓塞, 清宫术, 病例报告

# Cervical Pregnancy: A Case Report

Ni Hao\*, Hongyun Yue#

Affiliated Hospital of Yan'an University, Yan'an Shaanxi

Received: Feb. 1<sup>st</sup>, 2024; accepted: Mar. 7<sup>th</sup>, 2024; published: Mar. 14<sup>th</sup>, 2024

## Abstract

Cervical pregnancy is a kind of ectopic pregnancy in which the fertilized egg is planted and developed below the opening of the cervical cavity and the cervical mucosa, accounting for less than 1% of all ectopic pregnancies, and the incidence is 1/2500~1/12422. Although the incidence of cervical pregnancy is low, due to its special anatomical deconstruction, the implantation position of fertilized eggs is mainly fiber tissue, poor contraction, making cervical pregnancy abnormal and dangerous. In some severe cases, hysterectomy is necessary and it would be even life-threatening while there is no specific method to treat the disease and individualized. Now, a female diagnosed with cervical pregnancy who was hospitalized in the Yan'an University Affiliated Hospital in 2023

\*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 郝妮, 岳红云. 宫颈妊娠一例[J]. 医学诊断, 2024, 14(1): 64-67.

DOI: 10.12677/md.2024.141009

cured by uterine artery embolization combined with curettage is reviewed. The clinical data and management of this case can provide reference for clinical diagnosis and treatment.

## Keywords

Cervical Pregnancy, Uterine Artery Embolization, Curettage, Case Report

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

宫颈妊娠(cervical pregnancy, CP)是受精卵在宫颈内口以下和宫颈粘膜内种植和发育的一种异位妊娠, 占有异位妊娠的比例 < 1%, 其发生率低, 极易被漏诊和误诊, 后果严重[1] [2]。现报道我院妇科2023年收治的1例子宫动脉栓塞联合清宫术成功治疗宫颈妊娠的病例, 希望通过分享治疗经验引起妇产科医师的注意, 为宫颈妊娠患者谋求更安全、有效、经济的治疗方案。

## 2. 病例摘要

### 2.1. 基本资料

患者女, 43岁, 主因“停经38天, 阴道流血1次, 发现宫颈妊娠1天”收入我院妇科。平素月经规律, 经期5天, 周期30天, 末次月经(LMP): 2023年4月26日。1周前自测尿妊娠试验弱阳性。6天前无明显诱因出现阴道流血1次, 量少于经量, 呈暗红色, 伴少许血凝块, 感下腹坠胀伴腰痛, 后阴道流血自行停止, 未在意外, 未诊治。4天前就诊于延安市博爱医院, 测血HCG: 11900.00 IU/L, 孕酮: 35.05 nmol/L, 行阴道B超示子宫肌瘤(约5.4 cm × 4.7 cm); 宫内未见孕囊; 建议复查。3天前再次就诊于延安市博爱医院, 行阴道B超示结果大致同前, 建议住院观察。患者拒绝。1天前就诊于延安市第四人民医院, 测血HCG: 24803.00 IU/L, 孕酮: 114.80 nmol/L, 阴道B超示: 早孕, 宫颈管妊娠(约1.8 cm × 0.8 cm); 子宫内膜厚, 宫腔内异常所见, 建议进一步检查; 子宫右侧壁低回声(约6.5 cm × 5.1 cm); 左侧附件区所见, 考虑黄体(约3.0 cm × 2.4 cm)。考虑: 宫颈妊娠, 建议上级医院进一步治疗。今来我院, 要求住院治疗。故以“1) 宫颈妊娠 2) 子宫平滑肌瘤”于2023年5月4日收入院。病程期间一般情况好, 精神状态佳, 无恶心、呕吐, 无腹痛、腹坠, 无尿频、尿急, 大小便正常, 体质量无明显变化。患者20岁结婚, 足月顺娩1女, 妊娠早期人工流产1次, 无慢性病史、家族遗传史及过敏史。

### 2.2. 查体

妇科检查: 外阴未见明显异常; 阴道通畅, 粘膜无充血, 分泌物不多; 宫颈稍大, 光滑, 宫口未开; 宫体前位, 常大, 质中, 活动可, 无压痛; 双附件区未触及明显异常, 无压痛。

### 2.3. 辅助检查

入院完善相关化验检查, 阴道B超: 宫颈妊娠(1.7 cm × 1.2 cm × 0.7 cm 妊娠囊), 未见胎心; 宫腔内可见强回声(1.0 cm × 0.8 cm), 考虑内膜息肉; 子宫右侧壁团状低回声(6.0 cm × 4.1 cm), 考虑子宫肌瘤。血HCG: 21951 IU/L; 血常规、凝血系列、肾功电解质、血播八项及心电图等未见明显异常。

## 2.4. 诊断及治疗

入院诊断: 1) 宫颈妊娠; 2) 子宫平滑肌瘤; 3) 子宫内膜息肉。因宫颈部位妊娠, 行清宫术大出血风险高, 经介入科会诊及家属同意转入介入放射科, 于 2023 年 5 月 5 日在局麻下行双侧子宫动脉造影 + 栓塞术, 手术顺利, 术后给与止痛等对症治疗。子宫动脉栓塞术后 1 天, 患者无明显不适症状, 与家属沟告知病情及手术风险, 在静脉麻醉下行 B 超引导下宫颈妊娠刮宫术。常规消毒外阴, 铺无菌巾, 阴道窥器暴露宫颈, 碘伏消毒阴道, 宫颈。用生理盐水 6 ml + 垂体后叶素 6 u 分别在宫颈 3、9 点处局部封闭。B 超监视下示宫颈妊娠囊附着于子宫颈后壁, 宫腔未见绒毛组织。超声引导下 7 号吸刮头吸出宫颈妊娠样组织约 20 g。出血少, 探宫深 10.0 cm。术后安返病房, 生命体征平稳, 给与促进子宫收缩、预防感染及补液等治疗, 密切观察腹痛情况及阴道出血量, 监测血 HCG 变化情况。术后 1 天复查血 HCG: 6187 IU/L, 较前下降明显。血常规: WBC  $11.27 \times 10^9/L$ 、RBC 4.54、Hb 121 g/L、PLT  $177 \times 10^9/L$ 。术后 3 天复查 B 超: 1) 子宫右侧壁所见, 考虑子宫肌瘤硬化术后改变; 2) 子宫后侧壁所见, 考虑子宫动脉栓塞术后改变; 3) 左附件区囊性包块。术后病检示: (宫颈)妊娠; (宫腔)分泌期样子宫内膜, 局灶查见少许滋养叶细胞(病理号: 23-06655)。明确临床诊断: 1) 宫颈妊娠; 2) 子宫平滑肌瘤。血常规结果未见明显异常。5 月 9 日患者出院。随访中患者血 HCG 已降至正常, 月经已来潮。

## 3. 讨论

宫颈妊娠病因目前尚不明确, 危险因素包括宫腔操作史、宫颈手术史、宫内节育器的使用、辅助生殖技术、剖宫产史、子宫发育不良、内分泌失调、子宫肌瘤、子宫内膜息肉或 Asherman 综合征等[3] [4] [5] [6], 上述危险因素可导致宫腔形态改变, 子宫内膜损伤及宫颈损伤, 随后引起受精卵与子宫内膜发育不同步, 无法在宫腔内着床[7]。该患者既往行人工流产术并存在子宫肌瘤, 均为宫颈妊娠高危因素, 不能除外子宫内膜受损或宫腔粘连, 宫腔形态改变等异常, 阻碍受精卵在宫腔正常着床, 增加了异位妊娠的风险。

临床中如遇到以下情况, 应考虑宫颈妊娠: 1) 停经史; 2) 无痛性阴道流血: 妊娠早期因胚胎附着缺少蜕膜反应, 绒毛组织直接植入宫颈粘膜及肌层, 易发生绒毛分离, 从而出现无痛性不规则阴道出血, 多发生于妊娠 4~10 周(多数在 6~8 周) [6], 出现较早, 持续时间长且血量逐渐增多, 也可表现为突然阴道大量出血[8]。主要与宫颈部主要以纤维组织为主, 含少量平滑肌纤维、血管及弹力纤维, 收缩力差有关, 血窦开放后难以闭合, 流产时肌层不能有效收缩, 易发生难以控制的大出血严重威胁生命。3) 妇科检查: 可见宫颈膨大, 如桶形或不规则形, 呈紫蓝色, 子宫颈外口稍扩张, 内口紧闭, 无触痛, 子宫大小基本正常或稍大。宫体与宫颈呈上部宫体较小, 而下部(宫颈妊娠处)大如葫芦状。辅助检查首选血 HCG 联合超声检查, 尤其是阴道超声诊断率更高[9], 但如果遇到宫内宫颈复合妊娠时, 当超声探及宫内妊娠囊, 而宫颈妊娠缺乏典型妊娠囊图像时, 极易造成漏诊、误诊。所以当超声结果不确定时, 可采用盆腔磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)协助诊断[10]。本例患者阴道有无痛性流血, 查体宫颈稍大, 阴道 B 超提示宫颈妊娠(1.7 cm × 1.2 cm × 0.7 cm 妊娠囊), 未见胎心。宫颈妊娠诊断明确。

宫颈妊娠一经确诊, 应尽早治疗。目前治疗方案无统一标准, 不同治疗方案各有利弊, 临床治疗方案的制订应综合患者年龄、妊娠时间、胚胎大小及活性、患者对生育力保护的需求、治疗费用和患者心理状况等因素采取个体化治疗手段。目前治疗方法包括保守药物治疗、外科手术、子宫动脉栓塞和高强度聚焦超声消融治疗等。保守治疗主要用于胚胎无活性且病情平稳者。药物治疗的目的是杀胚或者降低胚胎活性, 有米非司酮、甲氨蝶呤、氯化钾等。药物保守治疗周期长, 存在阴道出血时间久、大出血及治疗失败等可能。对于保守治疗失败、大出血或失血性休克患者, 为了挽救生命可选择子宫切除术。外科手术主要有清宫术、宫腔镜下宫颈妊娠物切除术、宫颈锥切及全子宫切除术等, 其优点是效果确切,

缺点是手术范围和创伤依次增大, 费用一次增加, 且有大出血的风险[11]。主要由于宫颈部主要为纤维结缔组织, 肌层较少, 收缩功能差, 孕囊周围血流丰富, HCG 值高, 往往提示胚胎活性高, 与宫颈组织关系紧密, 直接清宫易发生大出血, 因此直接行外科手术应谨慎选取病例。子宫动脉栓塞通过阻断子宫动脉血流使宫颈妊娠组织丧失营养支撑从而达到杀胚目的, 效果好, 适合病情平稳的患者, 但费用昂贵, 不良反应较大, 可作为宫颈妊娠大出血时的应急治疗方案, 避免不必要的切除子宫风险。还可作为外科手术术前预处理治疗, 常与其他治疗方法联合, 降低大出血风险, 提高治疗效果[12]。高强度聚焦超声(HIFU)消融治疗是利用聚焦的超声波能量转换成热能从而破坏宫颈妊娠物活性, HIFU 联合清宫术治疗宫颈妊娠患者的个案报道, 证明治疗过程顺利、病情可控、费用低、潜在损伤小。其优点是无创, 不足的是全国范围内开展的医疗机构较少, 普及性不够[13]。对于本例患者, 有活动性出血, 血 HCG 高, 子宫动脉栓塞为最理想的方式。在进行清宫术之前, 栓塞治疗可有效地降低孕囊的体积, 减轻动脉灌注, 从而降低术中出血量、破裂出血率, 术中出血少, 组织损伤小, 手术风险低, 最终成功治愈。

综上, 宫颈妊娠作为异位妊娠的一种情况, 因其特殊的位置和解剖组织关系, 发生率低且临床表现缺乏特异性, 极易发生漏诊和误诊, 导致其发生凶险的可能性较高。临床及超声科医生需提高警惕, 加强对本病的诊断意识, 做到尽早明确诊断, 以便针对患者制定出最佳的个体化治疗方案。

## 参考文献

- [1] Matorras, R., Zallo, A., Hernandez-Pailos, R., *et al.* (2020) Cervical Pregnancy in Assisted Reproduction: An Analysis of Risk Factors in 91,067 Ongoing Pregnancies. *Reproductive Biomedicine Online*, **40**, 355-361. <https://doi.org/10.1111/jog.14617>
- [2] Albahlol, I.A. (2021) Cervical Pregnancy Management: An Updated Stepwise Approach and Algorithm. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, **47**, 469-475. <https://doi.org/10.1111/jog.14617>
- [3] Shinagawa, S. and Nagayama, M. (1969) Cervical Pregnancy as a Possible Sequela of Induced Abortion. Report of 19 Cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **105**, 282-284. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(69\)90075-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(69)90075-1)
- [4] Martinelli, P., Maruotti, G.M., Oppedisano, R., *et al.* (2007) Is Uterine Artery Embolization for Cervical Ectopic Pregnancy Always Safe? *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, **14**, 758-763. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2007.05.017>
- [5] Hoyos, L.R., Tamakuwala, S., Rambhatla, A., *et al.* (2019) Risk Factors for Cervical Ectopic Pregnancy. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, **49**, 101665. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.101665>
- [6] 张焱, 王景美, 张姝. 不同治疗方法对宫颈妊娠的疗效分析[J]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2016, 12(6): 694-698.
- [7] 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.
- [8] Ozcivit, I.B., Cepni, I., Hamzaoglu, K., *et al.* (2020) Conservative Management of 11 Weeks Old Cervical Ectopic Pregnancy with Transvaginal Ultrasound-Guided Combined Methotrexate Injection: Case Report and Literature Review. *International Journal of Surgery Case Reports*, **67**, 215-218. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.01.020>
- [9] 甄敏, 边晓玲, 杨素筠. 经腹部和经阴道彩超诊断异位妊娠的临床价值分析[J]. 医学影像学杂志, 2022, 32(9): 1627-1630.
- [10] 罗江平, 孔俊洋, 曾文兵, 等. 宫颈妊娠的 MRI 表现[J]. 临床放射学杂志, 2019, 38(8): 1467-1471.
- [11] 王舒芳, 胡梦颖, 董渠龙, 等. IVF-ET 术后宫颈妊娠同时合并卵巢妊娠一例[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2023, 42(1): 31-34.
- [12] 朱晓琴. 宫颈妊娠大出血患者数字造影血管造影引导下经双侧子宫动脉明胶海绵栓塞联合宫腔镜电切术的临床效果[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(25): 4388-4390.
- [13] 张晓荣, 马艳伟, 董渠龙, 等. 高强度聚焦超声联合清宫术治疗宫颈妊娠一例[J]. 国际妇产科学杂志, 2021, 48(5): 525-527.