

·病例报告·

体外受精—胚胎移植后宫内外同时妊娠 3 例报告

姚书忠^① 庄广伦 周灿权

(中山医科大学附属第一医院妇产科, 广州, 510080)

主题词 受精, 体外; 胚泡移植; 妊娠 异位/ 治疗
中图分类号 R 714.13

宫内外同时妊娠在正常情况下非常罕见, 但随着辅助生育技术的应用, 这一少见疾病的发病率明显上升。我院生殖医学中心自 1990~1996 年共发生 3 例宫内外同时妊娠病例, 占同期妊娠数的 1.14%, 现报告如下并结合文献报告进行讨论。

1 病例资料与结果

病例 1: 女 25 岁。继往曾自然流产 1 次。因继发不孕, 丈夫精液不液化, 多次人工授精失败而行体外受精—胚胎移植治疗。采用 GnRH_a/HMG/hCG 方案促排卵治疗, 于 1994 年 9 月 4 日进行胚胎移植, 共移植胚胎 6 个, 9 月 20 日尿妊娠试验阳性, 9 月 23 日尿 hCG 1 250 IU/L, 10 月 8 日早晨突然下腹剧痛, 呈持续性绞痛, 较剧烈, 伴大汗, 头晕, 面色苍白, 血压下降至 11/7 kPa, 脉搏 108 min⁻¹, 全腹肌肉紧张, 明显压痛、反跳痛, 移动性浊音(+), 无阴道流血。B 超检查示宫内双胎妊娠, 见胎心反射, 子宫左下方肿块 5.8 cm×4.7 cm, 内见数个液性暗区, 子宫右上方见肿块 6.7 cm×4.4 cm, 内见大小不等的液暗区, 子宫直窝见液性暗区 2.7 cm, 肝、肾隐窝见液性暗区, 厚 5.7 cm, 拟宫内外同时妊娠、宫外孕破裂内出血行剖腹探查, 术中见双卵巢明显增大及多个小囊泡, 左输卵管壶腹部妊娠破裂, 腹腔内出血 1 500 mL。术后至孕 13 周行 B 超检查为宫内单胎妊娠, 至孕 40 周⁺2 顺产 1 活男婴。

病例 2: 女 32 岁。既往曾有两次宫外孕史, 一次行右侧输卵管切除术, 一次行左侧输卵管修补术。因盆腔粘连, 继发不孕行体外受精—胚胎移植治疗, 采用 GnRH_a/HMG/hCG 方案促排卵治疗, 于 1995 年 8 月 18 日进行胚胎移植, 共放入 4 个胚胎, 9 月 2 日尿快速妊

娠试验阳性, 9 月 15 日尿 hCG 5 000 IU/L。患者于 9 月 16 日开始出现阵发性左下腹痛, 逐渐加剧, 逐渐扩至整个下腹部, 伴里急后重感, 但无阴道流血。B 超检查提示宫腔内妊娠囊, 直径 5 cm, 内见小胚芽, 无胎心反射; 右附件区低回声区 9 cm×6 cm, 内有分房性液性暗区; 左附件区包块 6.5 cm×4.5 cm, 结构同右。子宫直窝窝见 1 cm 液性暗区。经后穹窿穿刺抽出不凝血 1 mL, 拟宫外孕内出血行剖腹探查, 术中见双卵巢增大, 内有多个囊泡, 左输卵管峡部妊娠破裂出血, 腹腔积血 800 mL, 行左输卵管切除术。宫内妊娠则因胚胎停止发育而流产。

病例 3: 女 30 岁。既往曾因原发不孕行腹腔镜下粘连松解及输卵管造口术。术后 8 个月仍不孕, 拟盆腔粘连而行体外受精—胚胎移植治疗, 采用 GnRH_a/HMG/hCG 方案促排卵治疗, 于 1996 年 4 月 12 日进行胚胎移植, 共放入 4 个胚胎, 4 月 26 日尿快速妊娠试验阳性, 尿 hCG 5 000 IU/L。患者于 5 月 10 日开始右下腹痛, 伴少许咖啡色阴道流血, 少于月经量, 无组织物排出。5 月 13 日阴道 B 超检查发现宫内妊娠约 7 周, 可见胎心搏动, 先兆流产, 于左宫旁见包块, 包块内见孕囊及胎心搏动, 拟宫内外同时妊娠, 即行剖腹探查, 见腹腔内无出血, 左输卵管壶腹部妊娠包块 4 cm×3 cm, 未见破口及出血, 行左输卵管切除术。术后宫内妊娠继续, 于 12 月 18 日孕 37 周剖腹产一活婴。

2 讨论

2.1 发生率

宫内外同时妊娠时在正常情况下发病率约为 1:

^① 第一作者, 1963 年出生, 男, 博士, 讲师

7 963 ~ 1 : 10 000^[1,2], 而根据 Goldman^[3] 收集 33 个国家的资料统计发现, 体外受精—胚胎移植后宫内外同时妊娠的发生率大约 1%, 明显高于正常情况下的发生率, 我院的宫内外同时妊娠发生率为 1.13%, 与文献报告基本相似。

2.2 病因及诱发因素

体外受精—胚胎移植后发生宫内外同时妊娠的确切病因尚不清楚。1 次将数个胚胎放入宫腔是发生宫内外同时妊娠的必备条件, 也是引起宫内外同时妊娠的原因之一, 但并非移植胚胎数越多就越容易发生宫内外同时妊娠。Verhulst^[4] 认为体外受精—胚胎移植后发生宫内外同时妊娠与盆腔和输卵管病变有关。我们认为胚胎移植时注液量过多以及推注过快, 有可能将胚胎送入输卵管, 导致宫内外同时妊娠。Tal^[5] 也认为要避免宫内外同时妊娠, 应注意移植胚胎时注液量少于 20 μL 且缓慢推注, 避免将胚胎送入输卵管。

2.3 症状和体征

虽然宫内外同时妊娠具有宫外孕的常见症状, 但仍具有其自身特点。首先是由于这类助孕治疗的病人早期使用尿快速 hCG 测定及 B 超检查, 使 15.8% 患者在无症状时即被发现。本组患者就有 1 例在无内出血的情况下早期发现, 从而避免腹腔内大出血。其次, 即使出现症状, 也以腹痛为主, 约占 82.7%, 这种腹痛常要鉴别由于超排卵导致的卵巢过度刺激综合征, 卵巢胀大或扭转引起的腹痛。而出血性休克及腹部触痛仅占 12.9%^[1,5]。由于同时合并有正常的宫内妊娠, 约半数患者无阴道出血这一异位妊娠常见症状, 本组患者即有 2 例(66.7%) 无异常阴道出血, 说明即使无出血, 也应注意异位妊娠的可能。

2.4 诊断

超声波检查, 特别是经阴道超声检查, 是早期诊断宫内外同时妊娠的最有效手段。如果在诊断宫内妊娠的同时发现宫旁有妊娠囊及胎心搏动, 即可明确诊断。对于仅表现为宫旁包块及盆腔积液的患者, 应注意超排卵穿刺取卵后残留继续增大的多个黄素化卵泡以及轻型卵巢过度刺激综合征引起的少量腹水, 如患者存在腹剧痛、腹腔穿积液, 甚至休克等内出血表现, 应行后穹窿穿刺或腹腔穿刺以明确诊断并及时治疗。

2.5 治疗

宫内外同时妊娠的治疗原则是既要考虑维持宫内活胎继续妊娠, 又要去除宫外妊娠病灶, 避免内出血发生。多数作者认为, 一旦诊断宫内外同时妊娠, 即应尽快治疗宫外孕以避免严重并发症发生。治疗方法的选择主要根据宫内妊娠的情况及有内出血而决定。对于有内出血的患者, 必须采取剖腹手术切除妊娠输卵管。本文例 3 尽管无内出血, 但考虑病情发展亦不例外, 采用剖腹手术切除患侧输卵管。手术时应尽量避免挤压子宫以免引起流产。对于内出血不明显的病例, 可在 B 超介导下经阴道穿刺注射氯化钾杀死胎儿, 使异位妊娠逐渐吸收消失^[6]。这种方法损伤性较小, 但对于所用药物是否可经血液循环进入子宫, 影响宫内妊娠还没有明确结论, 其安全性有待进一步研究。对于宫内妊娠正常的宫内外同时妊娠患者, 术后应继续给予 hCG 和黄体酮安胎治疗直至妊娠 3 个月。

参 考 文 献

- 1 Reece E A, Petrie R H, Sirmans M F, *et al.* Combined intrauterine and extrauterine gestations; a review. *Am J Obstet Gynecol*, 1983, 146 : 323
- 2 Richards S R, Stempel L E, Cariten B D. Heterotopic pregnancy: reappraisal of incidence. *Am J Obstet Gynecol*, 1982, 142 : 928
- 3 Goldman G A, Fisch B, Ovadia J, *et al.* Heterotopic pregnancy after assisted reproductive technologies. *Obstet Gynecol Surv*, 1992, 47 : 217
- 4 Verhulst G, Camus M, Bollen N, *et al.* Analysis of the risk factors with regard to the occurrence of ectopic pregnancy after medically assisted procreation. *Hum Reprod*, 1993, 8 : 1284
- 5 Tal J, Haddad S, Gordon N, *et al.* Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies; a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril*, 1996, 66 : 1
- 6 Porreco R P, Burke M S, Parker D W. Selective embryocide in the nonsurgical management of combined intrauterine-extrauterine pregnancy. *Obstet Gynecol*, 1990, 75 : 498

(1997-01-06 收稿 1997-07-10 修回)