

# 输卵管吻合术后致阔韧带早期妊娠 1 例报告\*

魏云峰 武静文 赵圣黄\*\* 闵晓云<sup>①</sup>

(西安新长安妇产医院妇科, 西安 710000)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2023)01-0076-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2023.01.016

输卵管结扎术是目前最常见的绝育方式之一, 随着社会的发展, 以及离婚再婚、三胎政策开放等原因, 输卵管结扎患者再生育的需求逐渐增加。对于大多数 <40 岁的妇女, 输卵管吻合术是重建输卵管结构和功能的手术<sup>[1,2]</sup>。区曼等<sup>[3]</sup>报道宫、腹腔镜输卵管吻合术后妊娠率 57.3% (47/82)。输卵管吻合术后不仅可以重复妊娠, 而且还可达到永久恢复女性自然生育能力的理想状态。异位妊娠是输卵管吻合术后最常见的并发症, 发生率高达 4%~8%, 是普通人群发病率的 4 倍<sup>[4]</sup>。输卵管吻合术后导致阔韧带妊娠极为少见, 2022 年 8 月 16 日我院收治 1 例输卵管吻合术后致阔韧带早期妊娠, 报道如下。

## 1 临床资料

女, 32 岁, 以“停经 55 d, 阴道出血 7 d”于 2022 年 8 月 16 日收入院。末次月经: 2022 年 6 月 22 日。停经 35 d 患者自测尿人绒毛膜促性腺激素(hCG)(+)。入院前 7 d 出现阴道出血, 较以往月经量多, 有血块, 伴轻微下腹疼痛, 1 d 后腹痛自行缓解。入院前 5 d 院外妇科超声: 子宫内膜厚 8 mm, 未见孕囊; 血 hCG 3595.80 mIU/ml。入院前 2 d 院外复查妇科超声提示: 右侧卵巢内上方混合回声肿块, 大小约 19 mm × 17 mm × 14 mm; 血 hCG 4155.53 mIU/ml。入院复查妇科超声: 右侧附件区混合回声肿块, 大小约 23 mm × 21 mm × 18 mm, 考虑异位妊娠可能, 以“异位妊娠?”收入院。入院后妇科查体: 宫颈无抬

举痛及摇摆痛; 子宫体后位, 稍大, 质软, 无压痛; 右附件区增厚、压痛, 左侧附件未扪及异常。复查血 hCG 2678.86 mIU/ml。婚育及手术史: G4P2, 顺产 1 子, 剖腹产 1 女, 早孕药物流产 2 次; 2014 年外院行剖宫产及双侧输卵管结扎术; 2019 年外院行阴道壁囊肿剥除术; 2021 年外院行腹腔镜下双侧输卵管吻合复通术。

考虑异位妊娠, 鉴于患者当时虽然血 hCG > 2000 mIU/ml, 生命体征平稳, 无腹痛及内出血, 且包块 <4 cm, 应患者要求先行保守治疗。2022 年 8 月 17 日甲氨蝶呤(MTX) 75 mg 双臀深部肌肉注射, 密切监测血 hCG, 妇科彩超观察异位妊娠包块吸收情况(表 1)。2022 年 8 月 29 日复查血 hCG 2018.94 mIU/ml; 妇科彩超: 子宫内膜厚约 8 mm, 右侧附件区混合回声肿块, 大小约 26 mm × 20 mm × 19 mm, 包块内可见 7 mm × 6 mm 无回声区, CDFI 周边可见血流信号(图 1)。考虑到患者血 hCG 出现下降后反弹, 且异位妊娠包块较前有所增大, 周边可见血流信号, 2022 年 8 月 29 日全麻下行腹腔镜探查术。取截石位, 建立气腹, CO<sub>2</sub> 气腹压力 11 mm Hg。术中见盆腔无积血, 子宫略大, 形态规则; 双侧输卵管峡部均可见吻合痕迹, 输卵管伞端无出血; 右侧输卵管峡部吻合处与阔韧带之间凸起约 3 cm × 3 cm × 2 cm, 呈紫蓝色、表面光滑无破口, 完整剥离包块后, 右侧阔韧带可见包块根蒂(图 2A), 行腹腔镜下右侧阔韧带病灶切除术。宫腔美蓝通液实验可见双侧

\* 基金项目: 陕西省自然科学基金资助项目(2021JM-287)

\*\* 通讯作者, E-mail: 1601357225@qq.com

① (西安交通大学第二附属医院科研中心实验室, 西安 710004)

输卵管伞部美蓝外流,同时右侧输卵管原吻合口阔韧带面局部一小孔有美蓝流出(图 2B),行腹腔镜下右侧输卵管切除术。左侧输卵管峡部吻合处局部狭窄,双侧卵巢外观未见明显异常。术中诊刮,刮出内膜样组织约 2 g。手术时间 55 min,出血量约 20 ml。

术后病理:右侧输卵管管腔凝血中未见绒毛,切除包块中见多量早期胎盘绒毛(图 3);宫腔中期增殖期子宫内膜。术后第 2 天复查血 hCG 304.45 mIU/ml,术后第 5 天复查血 hCG 75.19 mIU/ml。术后 3 d 出院。2022 年 9 月 16 日血 hCG 恢复正常:7.35 mIU/ml。

表 1 患者术前血 hCG 及妇科 B 超情况

日期	血 hCG(mIU/ml)	妇科 B 超所见
2022 年 8 月 14 日	4155.53	右侧卵巢内上方混合回声肿块,大小约 19 mm × 17 mm × 14 mm
2022 年 8 月 16 日	2678.86	右侧附件区混合回声肿块,大小约 23 mm × 21 mm × 18 mm
2022 年 8 月 19 日	2703.17	右侧附件区混合回声肿块,大小约 25 mm × 21 mm × 20 mm,内可见 8 mm × 6 mm 无回声区
2022 年 8 月 22 日	2499.17	右侧附件区混合回声肿块,大小约 24 mm × 18 mm × 15 mm,内可见 7 mm × 6 mm 无回声区
2022 年 8 月 24 日	1819.07	右侧附件区混合回声肿块,大小约 24 mm × 18 mm × 15 mm,内可见 7 mm × 6 mm 无回声区
2022 年 8 月 27 日	1537.08	右侧附件区混合回声肿块,大小约 24 mm × 17 mm × 14 mm,内可见 7 mm × 6 mm 无回声区
2022 年 8 月 29 日	2018.94	右侧附件区混合回声肿块,大小约 26 mm × 20 mm × 19 mm,内可见 7 mm × 6 mm 无回声区
		CDFI:周边可见血流信号

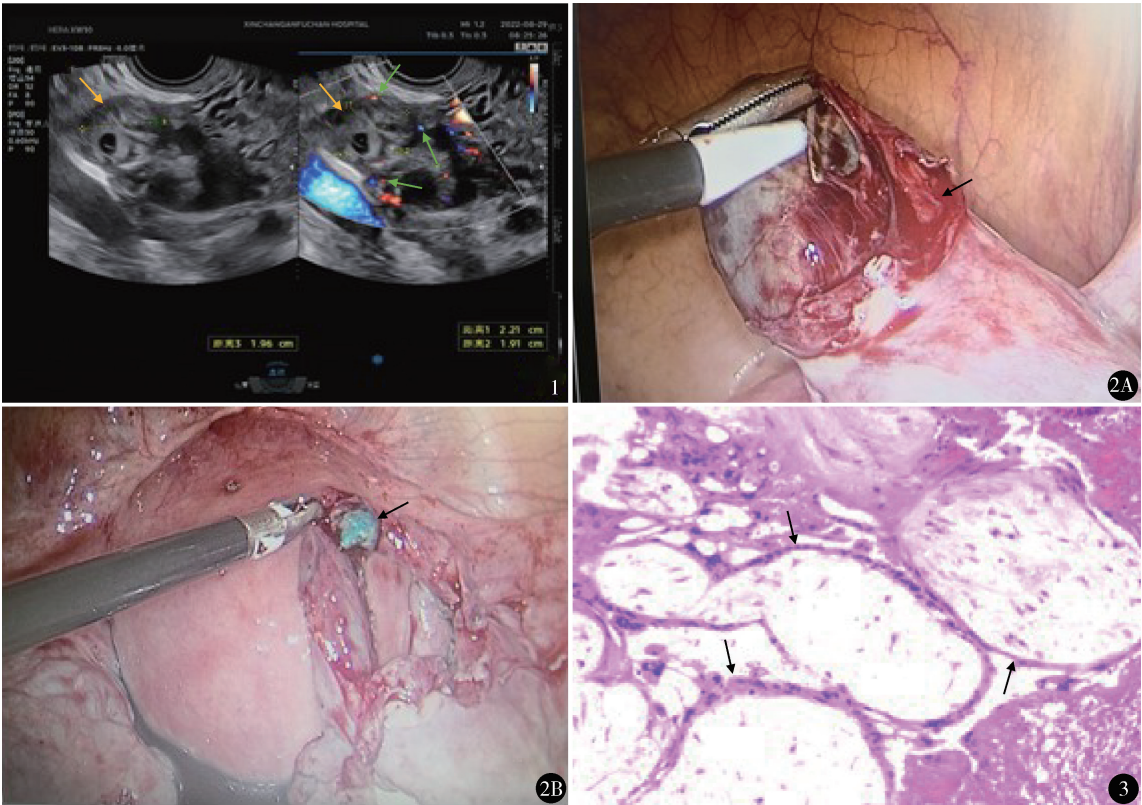


图 1 妇科彩超:右侧附件区可见混合回声肿块,边界清,内见不规则的无回声区,CDFI 周边可见血流信号 图 2 腹腔镜下切除包块 A. 右侧阔韧带包块根蒂;B. 右侧输卵管原吻合口阔韧带面局部流出美蓝 图 3 切除的包块显微镜下见多量早期胎盘绒毛(HE 染色 ×400)

2 讨论

异位妊娠包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、宫颈妊娠、宫角妊娠、阔韧带妊娠等,由于异位妊娠可逐渐

发展为妇科危急重症,临床上早诊断、早治疗非常重要<sup>[5]</sup>。阔韧带妊娠属于腹膜外妊娠,为受精卵原发或继发在两叶阔韧带之间生长发育而成,属于特殊部位的异位妊娠,患病率很低,仅为异位妊娠的

1/245<sup>[6]</sup>。因阔韧带内跨行子宫动脉、输尿管且紧邻髂血管,妊娠组织物一旦破裂易致腹腔内大出血或腹膜后大血肿,造成休克、邻近器官损伤等危急重症,威胁患者生育功能及生命。

阔韧带妊娠的症状及体征与其他部位的异位妊娠极为相似,无特异性,可通过盆腔彩超、血 hCG 或盆腔 MR 辅助诊断,手术探查前明确诊断较困难,术前易误诊漏诊。阔韧带妊娠发病机制尚无定论,主要包括:①受精卵首先种植于输卵管内,继而穿透输卵管浆膜层,至输卵管系膜内,二次种植于阔韧带两叶间;②因炎症、剖宫产、子宫内膜异位症等原因,子宫腔与阔韧带间隙间存在窦道,受精卵通过窦道由宫腔进入阔韧带间隙中;③受精卵种植于卵巢,并向阔韧带两叶生长,伸入两叶间<sup>[7]</sup>。本例既往有输卵管结扎及腹腔镜下输卵管吻合复通病史,且术中美蓝实验右侧输卵管原吻合口局部少许流出,推测受精卵极有可能通过上述途径①,即经过吻合口未愈合部位游走至右侧阔韧带内生长,极为罕见。

目前,手术治疗仍为处理阔韧带妊娠的主要治疗手段。本例为阔韧带早期妊娠,在腹腔镜手术探查确诊前,由于患者拒绝手术治疗,综合考虑各方因素,先进行甲氨蝶呤保守治疗,同时密切监测病情发展,疗效不佳,血 hCG 不降反升时,当即充分做好术前准备,行腹腔镜下右侧阔韧带病灶切除+右侧输

卵管切除术,手术过程顺利,术后患者恢复状况良好,血 hCG 下降满意。因此,对于有输卵管吻合史,且高度怀疑异位妊娠的患者,应警惕阔韧带妊娠的发生,尽早进行腹腔探查手术,以便作出及时的诊断和治疗。

## 参考文献

- 1 Estes SJ, Bhagavath B, Lindheim SR. Tubal anastomosis: once in a blue moon? *Fertil Steril*, 2018, 110(1): 64–65.
- 2 Messinger LB, Alford CE, Csokmay JM, et al. Cost and efficacy comparison of in vitro fertilization and tubal anastomosis for women after tubal ligation. *Fertil Steril*, 2015, 104(1): 32–38.
- 3 区曼, 蒋凤艳. 宫、腹腔镜输卵管吻合术后妊娠影响因素分析. *中国微创外科杂志*, 2020, 20(2): 97–99.
- 4 Van AH, Chua SJ, Mol WJ, et al. Tubal anastomosis after previous sterilization: a systematic review. *Hum Reprod Update*, 2017, 23(3): 358–370.
- 5 李琳峰, 热米拉·阿布力克木, 葛崇华. 异位妊娠早期诊断及保守治疗研究进展. *新疆中医药*, 2019, 37(5): 85–88.
- 6 任卫东, 常才, 主编. 超声诊断学. 第3版. 人民卫生出版社, 2013. 410.
- 7 Rudra S, Gupta S, Taneja BK, et al. Full term broad ligament pregnancy through a cesarean scar. *Obstet Gynecol Sci*, 2013, 56(6): 404–407.

(收稿日期: 2022–09–21)

(修回日期: 2022–10–28)

(责任编辑: 李贺琼)