

持续性单纯宫内无回声的临床结局分析

陈德军, 廉红梅, 熊俊, 杜欣, 陶晓玲, 盛斌樾

(湖北省妇幼保健院妇科, 湖北 武汉 430070)

[摘要]目的 分析持续性单纯宫内无回声的临床结局。方法 回顾性收集我院于 2015 年 3 月至 2021 年 5 月收治的持续性单纯宫内无回声患者共 3 759 例,并收治 1 例因单纯宫内无回声于外院清宫后血 β -HCG 下降不良,进一步转诊至我院处理的患者,共计 3 760 例,分析所有患者临床特点及特殊临床结局。结果 3 760 例患者中,3 745 例患者的临床结局为稽留流产,15 例患者的临床结局为非稽留流产。非稽留流产患者中,有 11 例患者术后第一天查血 β -HCG 下降 $>50\%$,其病理报告均提示为“葡萄胎”;有 3 例患者术后第一天查血 β -HCG 较前不降反升,幅度均 $<15\%$,其病理报告均为“蜕膜组织”,因病理报告时间具有延后性,故均及时行盆腔超声检查,提示为异位妊娠,并及时进行腹腔镜检术;1 例外院转诊来院患者,术后第 7 天血 β -HCG 下降幅度较小,我院复查发现血 β -HCG 为 8 754 mIU/mL,盆腔超声提示为间质部妊娠,并行腹腔镜检术+左侧间质部切开取胚术。结论 临床工作中超声提示持续性单纯宫内无回声患者大部分表现为稽留流产,但仍有部分患者存在葡萄胎和异位妊娠的可能性,因此清宫前后均应密切监测血 β -HCG,注重病理检查,必要时复查盆腔超声,谨防葡萄胎和异位妊娠,防止漏诊误诊。

[关键词] 盆腔超声;宫内无回声;稽留流产;葡萄胎;异位妊娠

Doi:10.3969/j.issn.1673-5293.2024.10.17

[中图分类号] R173

[文献标识码] A

[文章编号] 1673-5293(2024)10-0095-05

Clinical outcome analysis of persistent simple intrauterine anechoic areas

CHEN Dejun, LIAN Hongmei, XIONG Jun, DU Xin, TAO Xiaoling, SHENG Binyue

(Department of Gynecology, Maternal and Child Health Hospital of Hubei Province, Hubei Wuhan 430070, China)

[Abstract] **Objective** To analyze the clinical outcomes of persistent simple intrauterine anechoic areas. **Methods** A total of 3 759 patients with persistent simple intrauterine anechoic areas were retrospectively collected from our hospital between March 2015 and May 2021. Additionally, one case was included where a patient was transferred to our hospital for further treatment due to poor β -HCG decline after curettage at another hospital for a simple intrauterine anechoic area. In total, 3760 cases were analyzed to examine the clinical characteristics and special clinical outcomes of all patients. **Results** Among the 3 760 patients, the clinical outcome for 3745 patients was missed abortion, while the clinical outcome for 15 patients was non-missed abortion. Among the patients with non-missed abortion, 11 had a decline in blood β -HCG of more than 50% on the first day after surgery, and their pathological reports showed “hydatidiform mole”. In 3 patients, blood β -HCG levels increased rather than decreased on the first day after surgery, with an increase of less than 15%. Their pathological reports all showed “decidual tissue”. Since there is a delay in obtaining the pathological reports, timely pelvic ultrasound examinations were conducted, which indicated ectopic pregnancy, and laparoscopic surgery was promptly performed. One patient transferred from another hospital had a small decrease in blood β -HCG on the 7th day after surgery. Reexamination at our hospital found the blood β -HCG level to be 8754 mIU/mL. Pelvic ultrasound suggested an interstitial pregnancy, and laparoscopy with left interstitial incision and embryo extraction was performed. **Conclusion** In clinical work, ultrasound indicates that most patients with persistent simple intrauterine anechoic areas present as missed abortion. However, there remains a possibility of hydatidiform mole and ectopic pregnancy in some patients. Therefore, blood β -HCG should be closely monitored before and after curettage, pathological examination should be emphasized, and pelvic ultrasound should be rechecked if necessary to prevent missed or misdiagnosed cases of molar pregnancy and ectopic pregnancy.

[Key words] pelvic ultrasound; intrauterine anechoic area; missed abortion; hydatidiform mole; ectopic pregnancy

[收稿日期] 2022-12-05

[基金项目] 湖北省卫生健康委员会科研项目(WJ2021M187)

[作者简介] 陈德军(1981—),副主任医师,主要从事普通妇科疾病研究。

[通讯作者] 廉红梅,副主任医师。

宫内无回声指位于宫腔内,或大或小,但均无卵黄囊的环状超声结构^[1]。单纯宫内无回声指宫腔内单个、形态规则或基本规则、不伴宫腔内液性暗区的环状结构,以区别于复杂宫内无回声如同时具备多个无回声,甚至伴有单个或多个不规则液性暗区^[1]。在临床实际工作中,持续多次(每次间隔1~2周、两次或以上)单纯宫内无回声,同时合并血 β -人绒毛膜促性腺激素(β -human chorionic gonadotropin, β -HCG)增长不良甚至下降、孕酮持续低下等,多以“稽留流产”收治入院。本研究旨在分析我院收治的单纯宫内无回声患者及转诊至我院处理的单纯宫内无回声患者的临床特点及临床结局。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性收集我院于2015年3月至2021年5月收治的超声表现为单纯宫内无回声患者共3 759例(示例见图1及图2),并收治1例因超声表现为单纯宫内无回声于外院清宫后血 β -HCG下降不良,进一步转诊至我院处理的患者,共计3 760例。



图1 某患者停经53天盆腔超声
Fig.1 Pelvic ultrasound of a patient with 53 days of amenorrhea



图2 同一患者停经62天盆腔超声
Fig.2 Pelvic ultrasound of the same patient with 62 days of amenorrhea

1.2 数据收集方法

查阅湖北省妇幼保健院2015年3月至2021年5月所有拟诊为“稽留流产”并收治入院的患者病历资料;筛查因“持续性单纯性宫内无回声”收治的患者;回顾性收集整理3 760例患者的临床特点及特殊临床结局。

2 结果

2.1 所有患者基本情况描述

共3 760例患者纳入研究中,患者年龄介于20~46岁,平均年龄为(27.51±3.26)岁;停经天数介于51~87天,平均停经天数为(61.32±5.25)天;平均孕次为(0.63±0.25)次;平均产次为(0.41±0.27)次;平均流产次数为(0.54±0.16)次。在所有患者中,有2 083例为初次妊娠,另1 677例既往有生育史或流产史。共1 257例患者有流产史,其中734例既往有早孕流产史,632例曾经发生稽留流产。多数患者入院前出现疾病相关症状,其中2 436例表现为阴道出血,363例表现为单纯下腹痛,503例表现为下腹痛并阴道出血,另有458例则为常规检查、复查后入院,见表1。

表1 3 760例患者的基本资料 [$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

Table 1 Basic data of 3 760 patients [$\bar{x} \pm s, n(\%)$]	
变量	所有患者(n=3 760)
年龄(岁)	27.51±3.26
停经天数(天)	61.32±5.25
孕次(次)	0.63±0.25
产次(次)	0.41±0.27
流产次数(次)	0.54±0.16
妊娠情况	
初次妊娠	2 083(55.40)
有生育史或流产史	1 677(44.60)
入院前情况	
阴道出血	2 436(64.79)
单纯下腹痛	363(9.65)
下腹痛并阴道出血	503(13.38)
常规检查、复查入院	458(12.18)

2.2 15例非稽留流产患者基本情况描述

在所有患者中,有3 745例患者的临床结局为稽留流产,15例患者为非稽留流产。15例非稽留流产

患者均为已婚,年龄介于 23~39 岁。停经天数介于 52~73 天。有 4 例为初次妊娠,另 11 例有生育史或流产史。多数患者入院前出现相关症状,其中 8 例表现为阴道出血,1 例表现为单纯下腹痛,2 例表现为下腹痛并阴道出血,另有 4 例无明显临床症状,为常规检查、复查所发现。首次就诊时“孕囊”最大径达 3.20cm,最小径仅 0.30cm。复诊时“孕囊”最大径达 4.10cm,最小径仅 0.50cm,所有患者复诊时“孕囊”都较首次检查时增大(与首次检查间隔 7 天~2 周)。首次就诊时血 β -HCG 最大值为 32 735mIU/mL,最小值为 7 526mIU/mL;末次就诊时血 β -HCG 最大值为 40 173mIU/mL,最小值为 8 012mIU/mL。13 例患者血 β -HCG 表现为缓慢上升,另有 2 例患者血 β -HCG 出现了轻度下降,见表 2。

表 2 15 例非稽留流产患者的病历资料
Table 2 Medical records of 15 patients with non-missed abortion

序号	年龄	停经时间 (天)	就诊 症状	首次就诊“孕囊” 大小(cm)	末次就诊“孕囊” 大小(cm)	首次就诊血 β -HCG (mIU/mL)	末次就诊 β -HCG (mIU/mL)
1	25	59	阴道出血	2.20×2.00×1.80	2.50×2.00×2.00	25 436	29 351
2	32	62	常规检查	2.40×2.00×1.50	3.00×2.00×1.80	19 378	22 563
3	27	55	阴道出血	1.20×1.10×0.90	1.60×1.50×1.20	8 945	10 023
4	28	63	下腹痛	2.50×2.10×2.00	2.80×2.50×2.00	29 372	30 542
5	31	57	阴道出血	1.70×1.50×1.20	1.90×1.50×1.50	9 567	12 368
6	29	73	阴道出血	2.10×2.00×1.60	2.30×2.00×1.80	32677	36 514
7	39	52	下腹痛并阴道出血	0.50×0.40×0.30	0.60×0.50×0.50	7 526	8 012
8	23	69	阴道出血	3.20×2.50×1.60	3.90×3.00×1.80	32 735	40 173
9	34	60	常规检查	2.70×2.00×1.70	3.10×2.20×1.90	19 463	18 719
10	28	57	常规检查	0.90×0.80×0.60	1.30×0.90×0.70	10 136	12 058
11	27	63	下腹痛并阴道出血	2.10×2.10×1.60	2.50×2.20×2.00	25 748	26 575
12	34	71	阴道出血	2.90×2.90×2.00	4.10×2.80×2.00	25 815	32 957
13	37	64	阴道出血	2.20×2.10×1.60	2.80×2.50×2.00	20 562	19 548
14	25	56	常规检查	1.30×1.20×0.80	1.50×1.50×1.10	17 652	19 363
15	30	61	阴道出血	1.70×1.30×1.10(外院)	2.20×1.70×1.50(外院)	9 236(外院)	11 305(外院)

2.3 患者清宫情况

除 1 例外院转诊患者外,本院其余患者入院后均完善相关检查,序贯口服复方米非司酮 1~2 天及米索前列醇片后,再行诊断性清宫术。刮出物若见典型绒毛则不送病理检查,若刮出物肉眼观异常或可疑则送病理检查。共计 453 例患者送常规病理检查,其中 439 例病理报告为“绒毛组织”,证实为“稽留流产”,14 例病理报告为非绒毛组织,见表 3。

2.4 术后血 β -HCG 变化及病理报告

所有患者术后常规复查血 β -HCG。3 756 例术后第 1 天查血 β -HCG 下降 $>50\%$,其中 3 745 例最终诊断为“稽留流产”,11 例患者病理报告提示为“葡萄胎”。在 11 例葡萄胎患者中,有 7 例为完全性葡萄胎,4 例为部分性葡萄胎。3 例患者术后第一天

查血 β -HCG 较前不降反升,分别增长 873、923、795mIU/mL,幅度均 $<15\%$,其病理报告均为“蜕膜组织”,由于病理报告时间具有延后性,因此在发现血 β -HCG 上升后(其中 1 例已出现下腹症状),上述 3 例均及时行盆腔超声检查,提示为异位妊娠。1 例外院转诊来院患者,于当地医院首次清宫后并未常规复查血 β -HCG,系患者于术后第 7 天因出现下腹症状才复查,结果发现血 β -HCG 下降幅度较小,并于我院再次复查为 8 754 mIU/mL,亦及时复查盆腔超声,提示为间质部妊娠。

2.5 后续处理

3 745 例稽留流产患者清宫术后予以预防感染、人工周期及对症治疗,嘱患者注意休息,保持清洁卫生,观察月经来潮时间及经量多少等。对于 11 例确

诊为葡萄胎的患者,均于门诊定期随访,其中 1 例血 β -HCG 下降不良,临床诊断为妊娠滋养细胞肿瘤,并给予更生霉素单药化疗共 4 个疗程。3 例患者复查盆腔超声考虑异位妊娠,其中 1 例超声提示右附件区可见卵黄囊、胚胎及原始心管搏动,从而达到术

前直接确诊,另 2 例通过后穹窿穿刺术进一步确诊,3 例患者均及时进行腹腔镜检术。1 例外院转诊患者,我院复查盆腔超声提示为左侧间质部妊娠,遂行腹腔镜下左侧间质部切开取胚术,见表 3。

表 3 15 例非稽留流产患者治疗过程记录
Table 3 Treatment process records of 15 patients with non-missed abortion

序号	清宫术中所见	术后第一天血 β -HCG(mIU/mL)	病理报告	后续处理
1	绒毛呈小水泡状	11 372	完全性葡萄胎	门诊葡萄胎随访
2	绒毛水肿	7 356	部分性葡萄胎	门诊葡萄胎随访
3	未见明显绒毛	10 896	蜕膜组织	术后 D1 天复查血 β -HCG 上升,且诉下腹坠痛不适,复查超声示右侧附件区混合性包块 2.5cm $\times$ 2.1cm $\times$ 2 cm,盆腔大量积液,行后穹窿穿刺见不凝血。遂急诊行腹腔镜检术,见盆腹腔积血约 600mL,术中行右侧输卵管切除术,术中未输血。
4	绒毛中可见小水泡	13 825	完全性葡萄胎	门诊葡萄胎随访-血 β -HCG 下降不良-按妊娠滋养细胞肿瘤予更生霉素化疗 4 疗程。
5	绒毛细碎,不典型	4 862	完全性葡萄胎	门诊葡萄胎随访
6	绒毛水肿	15 476	部分性葡萄胎	门诊葡萄胎随访
7	未见明显绒毛	8 935	蜕膜组织	术后 D1 天复查血 β -HCG 上升,立即复查盆腔超声,提示左侧附件区 2.9cm $\times$ 2.1cm $\times$ 1.7cm 混合性肿块,陶氏腔积液,后穹窿穿刺见不凝血,遂急诊行腹腔镜检+患侧输卵管切开取胚术。
8	绒毛中可见个别水泡状组织	17 538	完全性葡萄胎	门诊葡萄胎随访
9	绒毛细碎,不典型	6 723	部分性葡萄胎	门诊葡萄胎随访
10	未见明显绒毛	4 685	完全性葡萄胎	门诊葡萄胎随访
11	绒毛细碎,不典型	10 367	完全性葡萄胎	门诊葡萄胎随访
12	未见明显绒毛	33 752	蜕膜组织	术后 D1 天复查血 β -HCG 上升,立即复查盆腔超声,提示右侧附件区 3.1cm $\times$ 2.4cm $\times$ 2.7cm 混合性肿块,可见卵黄囊、胚芽及原始心管搏动,遂急诊行腹腔镜下患侧输卵管切除术。
13	绒毛中可见个别水泡状组织	7 458	部分性葡萄胎	门诊葡萄胎随访
14	绒毛水肿	8 215	完全性葡萄胎	门诊葡萄胎随访
15	外院病历记录“见绒毛”	9 132(外院术后 D7,因下腹隐痛不适于原医院就诊所查)	清出物未送病检	术后 D7 天来我院就诊,复查血 β -HCG 8 754mIU/mL,复查盆腔超声示左侧间质部混合性肿块 1.9cm $\times$ 1.8cm $\times$ 1.5cm,考虑“间质部妊娠”,遂于当日急诊行腹腔镜检术,术中证实诊断,并行左侧间质部切开取胚术。

3 讨论

3.1 持续性单纯宫内无回声与稽留流产

持续性单纯宫内无回声是稽留流产的常见超声表现之一,郑峥等^[2]人明确指出稽留流产的超声诊断标准,其中之一即为“宫腔内妊娠未见卵黄囊,2 周后仍然未见胚胎及胎心搏动”。我院基于此标准,将大量以持续单纯宫内无回声为超声表现,并结合血 β -HCG、孕酮异常变化的患者,疑诊为稽留流

产收治入院。本研究共纳入 3 760 例持续性单纯宫内无回声,3 745 例为稽留流产。既往临床上将持续性单纯宫内无回声简单归于“稽留流产”处理。本研究结果提示应密切观察此类患者血 β -HCG 变化情况,清宫后常规复查血 β -HCG,重视病理检查,不可将之简单归为稽留流产,以尽可能降低对患者的伤害。

3.2 持续性单纯宫内无回声与葡萄胎

葡萄胎典型超声表现为宫腔内充满不均质密集

状或短条状回声,呈“落雪状”或“蜂窝状”^[3]。此外,典型葡萄胎血 β -HCG 常表现为异常升高^[4-5]。本研究中包括 11 例葡萄胎,7 例完全性葡萄胎和 4 例部分性葡萄胎,另外,患者 10 的无回声大小仅 $1.30\text{cm} \times 0.90\text{cm} \times 0.70\text{cm}$ 。此外,上述患者中,血 β -HCG 最高为 $40\,173\text{mIU/mL}$,最低为 $12\,058\text{mIU/mL}$ 。部分患者随孕龄增长,血 β -HCG 出现了低幅度的下降。持续性单纯性无回声患者发现其血 β -HCG 呈下降趋势,无回声径线缩小,应该考虑葡萄胎发生的可能。临床工作中,葡萄胎的诊断应结合血 β -HCG、超声、病理等多种途径^[6]。

3.3 持续性单纯宫内无回声与异位妊娠

异位妊娠典型超声表现为宫腔内未见孕囊回声,附件区可见明显回声团块。通过宫内无回声图像排除异位妊娠容易出现漏诊,此时需结合患者病史和血 β -HCG、超声等综合诊断^[7-8]。本次研究中有 4 例患者诊断为异位妊娠,清宫术后密切监测血 β -HCG 水平,未出现其水平明显下降,因此考虑其他部位的病灶,进一步结合盆腔超声综合诊断,防止误诊漏诊^[9]。对于持续性单纯宫内无回声患者,除了考虑葡萄胎之外,应警惕异位妊娠发生的可能。对持续性单纯宫内无回声患者,需密切监测血 β -HCG,并及时行盆腔超声诊断,若发现异位妊娠应及时进行手术治疗,避免患者出现腹腔内大出血、休克的情况。

3.4 单纯宫内无回声与空孕囊、假孕囊问题

既往文献中讨论单纯宫内无回声时,将其分为空孕囊及假孕囊。许多学者认为空孕囊系由于胚胎死亡枯萎或发育不良所致,可位于宫腔中央或略偏于一侧,位于子宫内膜内。随孕龄增长,空孕囊不生长或生长缓慢^[10-11]。而假孕囊则是女性非正常妊娠时,蜕膜化内膜包裹血液或黏液而成,属于子宫内膜组织对 HCG 的一种反应,从超声影像学角度来看,假孕囊无双环征^[12],位于子宫腔正中央,周围系子宫内膜,随孕龄增长,假孕囊不生长甚至缩小。基于上述观点,空孕囊临床结局即为“稽留流产”或“胚胎发育不良”;假孕囊对应于“异位妊娠”^[13]。从本研究结果来看,空孕囊不仅包括稽留流产,亦应包含葡萄胎,且空孕囊及假孕囊径线均不一定随孕龄增长变小。

综上所述,临床工作中对于持续性单纯宫内无回声患者,无论其径线大小,无论其血 β -HCG 高低,清宫前后均应密切监测血 β -HCG,注重病理检查,必要时复查盆腔超声,谨防葡萄胎和异位妊娠,防止漏诊误诊。

[参考文献]

- [1]彭美莲,林开武,翁宗杰,等.妊娠滋养细胞疾病的影像学特征及意义[J].中国实用妇科与产科杂志,2022,38(7):680-684.
- [2]郑峥,顾向应,刘欣燕,等.早期妊娠稽留流产治疗专家共识[J].中国实用妇科与产科杂志,2020,36(1):70-73.
- [3]秦佳乐,王双燕,吕卫国.超声在葡萄胎病变中的应用价值分析[J].临床超声医学杂志,2018,20(1):41-43.
- [4]Soper J T. Gestational trophoblastic disease: current evaluation and management[J].Obstet Gynecol, 2021, 137(2):355-370.
- [5]Ning F, Hou H, Morse A N, et al. Understanding and management of gestational trophoblastic disease [J]. F1000Res, 2019, 8: F1000 Faculty Rev-428.
- [6]孙琦,袁芳.完全性葡萄胎 1 例诊疗体会并文献复习[J].临床医学进展,2022,12(9):8355-8358.
- [7]Hirschler L E, Soti V. The utility of monitoring beta-human chorionic gonadotropin levels in an ectopic pregnancy[J].Cureus, 2023, 15(1):e34063.
- [8]Mullany K, Minneci M, Monjazebe R, et al. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation [J].Womens Health (Lond), 2023, 19:17455057231160349.
- [9]杜云芳,周红梅,郑笑,等.三种不同超声方法对异位妊娠的诊断价值[J].中国妇幼健康研究,2019,30(6):752-755.
- [10]王闽,于玮惠.超声对稽留流产的诊断与鉴别价值分析[J].影像研究与医学应用,2019,3(4):210-211.
- [11]郑敏.稽留流产超声形态学表现及临床应用[J].医学信息,2014(6):208-208.
- [12]Puttagunta S, Lee S Y. Pseudoembryo associated with pseudogestational sac: a novel sonographic finding in ectopic pregnancy[J].Eur J Radiol Open, 2019, 6:281-283.
- [13]杨智利,赵锦洪,谢季平,等.超声下子宫内膜厚度与形态对孕早期异位妊娠的预测价值[J].实用临床医学,2022,23(5):62-64.

[专业责任编辑:韩 蓁]

[中文编辑:张博星;英文编辑:刘昕田]