

葡萄胎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E8_91_A1_E8_90_84_E8_83_8E_c22_304078.htm 名称葡萄胎所属科室妇产科

临床表现 一、闭经 因葡萄系发生于孕卵的滋养层，故多有2~3个月或更长时间闭经。 二、流血 为严重症状，是葡萄胎自然流产的表现。一般开始于闭经的2~3个月，多为断续性少量出血，但其间可有反复多次大流血，如仔细检查，有时可在出血中发现水泡状物。流血显然来自子宫，除自流出外，部分蓄积于子宫内；也可能一时完全蓄积于子宫内，从而闭经时间延长。 三、子宫增大 多数患者的子宫大于相应的停经月份的妊娠子宫，不少患者即因触及下腹包块（胀大子宫或黄素囊肿）而来就诊，但也有少数子宫和停经月份符合甚或小于停经月份者。可能有两种情况： 为绒毛水泡退变呈萎缩状，停止发展，形成稽留性葡萄胎； 部分水泡状胎块已排出，使子宫体缩小，形成葡萄胎不全流产。 四、腹痛 由于子宫迅速增大而胀痛，或宫内出血，刺激子宫收缩而疼痛，可轻可重。 五、妊娠中毒症状 约半数患者在停经后可出现严重呕吐，较晚时可出现高血压、浮肿及蛋白尿。 六、无胎儿可及 闭经8周前后，B超监测，未发现有胎囊、胎心及胎儿。孕周、甚至18周仍不感有胎动，听不到胎心。B超扫描显示雪片样影象而无胎儿影象。 七、卵巢黄素化囊肿 往往在部分患者出现卵巢黄素化囊肿，可经双合诊发现或更易经B超检查发现。 八、咯血 部分患者可能有咯血或痰带血丝，医生应主动询问有无此症状。 九、贫血和感染 反复出血而未及时治疗，必然导致贫血其相关症状，个别甚至可因出血而死亡。反复出血轻易招致感染，如***操作不洁或在流血期间性交，

更易促使感染发生。感染可局限于子宫及附件，可导致败血症。检查B超腹部扫描可见子宫内可能有大小不等的暗区，系宫腔内积血所致。还能发现胎，即除有雪花光片外，还可能有胎儿及/或胎盘影象。B超仪诊断无任何创伤，确诊率高，实为确诊葡萄胎的有力措施。hCG测定：hCG的准确定量试验为诊断及随访葡萄胎的重要检验。hCG在正常妊娠开始时量少，而在孕8~10周时达高峰，随后逐渐下降。孕周（100天）后，hCG明显下降。在双（多）胎妊娠时，hCG量也较单胎为高。在葡萄胎hCG量远较正常值为高，且持续为高水平。在正常非孕妇女血清hCG量 $< 75\text{mIU/ml}$ ，beta.-hCG $< 20\text{mIU/ml}$ 。正常妊娠妇女血清高峰值中位数在10万 mIU/ml 以下，最高值达21万 mIU/ml ，而葡萄胎患者血清hCG值远高于20万 mIU/ml 。故结合临床和B超，单项hCG高值，可确定葡萄胎的诊断。如做阶段性随诊定量检查hCG，在孕14周后hCG值仍为高值，则诊断可更为明确。葡萄排除8周以上，经仔细刮宫证实宫腔内无残余葡萄胎，无黄素化囊肿存在，血清hCG仍维持在1000 mIU/ml 以上或还上升，以后增色证实发生恶性变。hCG值在1000 mIU/ml 以下而又有黄素化囊肿存在时，尚需仔细检查有无转移病变存在，或有可能由于卵巢黄素化囊肿所致，仍应紧密随访。如黄素囊肿消退，伴随hCG下降，则按良性葡萄胎继续随访。近年来对各种形式的hCG分子结构及其意义的熟悉有了很大发展。Cole等指出，在正常妊娠和滋养细胞病人血中，至少有7种具有hCG免疫活性的分子。其为天然hCG；缺刻hCG（beta.47-48或beta.天然游离beta.亚基；beta.核心片断mdash.蛋白复合物。已发现口中滋养细胞疾患者，hCG及其有关分子的量与质

均有异常。Kardana等报告，由游离beta.亚基占总beta.0之比例分别为1.3%,0.2%和25%。不同hCG的临床应用正在深入研究中。免疫（羊红细胞凝集抑制试验等）测定法正常妊娠晨尿测hCG，最高浓度一般在16万IU/L以下，偶然可达64万IU/L。诊断葡萄胎一般在50万~60万IU/L之间，且持续不下降。目前很少用X线技术诊断葡萄胎。鉴别诊断

- 一、流产 葡萄胎患者虽亦常表现流产现象，但其子宫往往大于同期的妊娠；且妊娠试验阳性，滴定度较高，故不难鉴别。但葡萄胎患者的子宫亦有不平凡增大者或当其早期，则往往易与先兆流产混淆。然阳性妊娠试验滴定度在葡萄胎终较高于先兆流产。B超检查即可分辨。
- 二、羊水过多症 多发生在妊娠晚期，急性羊水过多症或可发生在妊娠中期，可出现呼吸困难，无***流血。而葡萄胎鲜有呼吸困难，但有反复***流血。B超检查可各自查出自己的特征，不难鉴别。
- 三、子宫体肌瘤全并妊娠 子宫肌瘤在孕前查出者，不难鉴别。肌瘤合并妊娠一般无流血。双合诊时有可能查到肌瘤存在宫体某部分。B超检查可以鉴别。
- 四、双胎妊娠 单卵双胎并有羊水过多及先兆流产时坏蛋葡萄胎鉴别最为困难。不但临床表现二者极相似，妊娠试验滴定度亦高于正常，常导致误诊。双胎妊娠一般无***流血，而葡萄胎常有，超声检查可确诊。

并发症

- 一、大出血 葡萄胎如未及时诊断、处理，可发生反复出血，宫腔积血，造成失血，也可在自然排出时有可能发生大流血。在已经贫血的基础上，可发生出血性休克，甚至死亡。故葡萄胎应做为急症处理，短期延误就有可能造成更多的失血，危害病人。
- 二、葡萄胎不全流产 自然流产或吸宫流产后，可能有残存水泡状胎块。葡萄胎病人入院前不长时间自然流产者

，能承受清宫手术者，应立即清宫。排出时间长者，有感染征象者，应用抗生素控制数日后进行清宫。三、葡萄胎栓塞水泡状胎块可随血运转移或游走至身体其他部位，最常见的是肺和，并可在局部形成出血灶。小量栓子或未经严密检查，有可能自行消退。于佩良等报告，1例因用催产素引产而引起葡萄胎广泛性肺转移，发生肺小动脉痉挛综合征，死于肺水肿，心力衰竭。葡萄胎栓塞可以不同于恶性肿瘤转移，能被自身免疫抑制而消失。林巧稚、苏应宽皆有报道。目前发现后仍以实行化疗为好。四、恶变成为侵蚀性葡萄胎或绒癌。恶变率约为10%~20%。详后。五、卵巢黄素化囊肿蒂扭转多发生在葡萄胎排出后。发生蒂扭转时，应立即手术切除扭转的子宫附件。治疗一、清宫因葡萄胎随时有大出血可能，故诊断确定后，应及时清除子宫内容物，一般采用吸宫术。在内容物吸出的过程中，子宫体逐渐缩小，变硬。吸出物中虽含血量较多，但大部为宫腔原有积血，故患者脉搏、血压一般变动不大。不少人主张如子宫超过脐，应施行经腹剖宫取葡萄胎，认为这样可在直视下彻底清除，并能较好地止血。但在实践中，即使子宫胀大至七八个月妊娠大者，应用吸宫术亦能顺利清除。如需要切除子宫，可在吸宫后立即进行。剖宫取葡萄胎反致使葡萄胎种植、转移可能。无吸宫设备者，可在扩张宫颈后，钳夹葡萄胎。第一次清宫不必过于追求完全，以致损伤较软的宫壁。可于1周左右，再做第二次刮宫术。往往患者经过清宫治疗，仍有子宫出血而就诊者，可根据当时情况处理。疑为葡萄胎不全流产（吸刮不全或有新的水泡状物产生），可慎重进行全面刮宫，如仍出血者，应考虑病变侵入宫壁，详见恶性葡萄胎及绒癌。葡萄胎自

然流产者亦应清宫。清宫时是否静脉滴注子宫收缩剂，有不同的看法。反对用者认为宫缩剂促使子宫强烈收缩可迫使葡萄胎绒毛大量进入血液循环中，造成栓塞或葡萄胎绒毛大量进入血液循环中，造成栓塞或转移。因此，在手术过程中，如子宫收缩良好，即不必常规应用宫缩剂，只有在出血较多而子宫收缩不良时应用。

二、子宫切除 年龄在40岁以上，或经产妇子宫长大较速者，应劝告切除子宫，年轻的可考虑保留卵巢。子宫大于5个月妊娠者在切除之先，应经***清除宫腔内大部分水泡状胎块，以利手术处理。

三、输血 贫血较重者应给予少量多次缓慢输血，并严密观察病人有无活动性出血，待情况改善到一定程度后再施行清宫术。遇有活动性出血时，应在清宫的同时，予以输血。

四、纠正电解质紊乱 长期流血、食欲不振者往往有脱水、电解质紊乱，应检查纠正。

五、控制感染 子宫长期出血，或经过反复不洁操作者，轻易引起感染，表现为局部（子宫或附件）感染或败血症。应予足量抗炎药物；并积极纠正贫血和电解质紊乱。

六、化疗 对良性葡萄胎是否予以预防性化疗，目前尚无一致意见。据文献报道，葡萄胎做预防性化疗后其恶变率与对照组无大区别，或虽有些降低，但无足够病例经统计学处理证实有益。有不少学者试图从临床和病理检查找出一些恶变的高危因素，以便猜测葡萄胎恶变。其为：

- 年龄有感于40；
- 子宫明显大于停经月份；
- 尿hCG免疫试验有感于107IU/L；
- 病人有咯血史；
- 病理组织检查增生程度已不列入易恶变的参数。

故清宫组织DNA和RNA的FCM测定是猜测恶变很好的客观指标。这样指导葡萄胎预防性用药针对性强。预防及预后 所有葡萄胎患者，皆应嘱告定期随诊，最好长期与医院取得联系，更重要

是在2年内定期复查，目的在于早期发现恶变，但有时也可能有残存的水泡状胎块。应劝告患者至少在2年内采取有效避孕措施。最初半年应每月复查一次。如发生不规则***流血、咯血、头痛或其他不适时，应立即到医院检查。复查时除询问月经是否正常外，还应注重有无上述症状。检查时应注重子宫是否复理良好，外阴有无紫蓝色结节，胸透（最好胸部拍片）有阴影存在。妊娠试验在随诊中非常重要。葡萄胎完全清除后，约60%以上患者30天内妊娠试验转阴性。超过40天仍为阳性者，应高度怀疑恶变或仍残存水泡状胎块。妊娠试验已转阴，复诊中又转阳者，如非妊娠，应高度怀疑恶变。如原尿阳性，稀释试验已转阴性，复诊中稀释试验又转阳性，尤其是稀释度增高者，亦应高度怀疑恶变。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com