

早期完全性葡萄胎误诊一例

陈晓静¹, 杨东霞^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院妇二科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年9月11日; 录用日期: 2025年10月4日; 发布日期: 2025年10月11日

摘要

随着阴道超声检查及血清人绒毛膜促性腺激素(hCG)检测技术的普及, 完全性葡萄胎的确诊时机已由妊娠中期提前至妊娠早期。然而, 妊娠早期超声图像缺乏特征性表现, 为准确诊断增加了难度。本文旨在通过对一例妊娠早期完全性葡萄胎的误诊病例进行分析, 为临床诊疗提供借鉴。

关键词

葡萄胎, 妊娠滋养细胞疾病, 胎动不安, 误诊

A Case of Early Complete Hydatidiform Mole Misdiagnosis

Xiaojing Chen¹, Dongxia Yang^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Gynecology II, The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: September 11, 2025; accepted: October 4, 2025; published: October 11, 2025

Abstract

With the widespread use of vaginal ultrasound examination and serum human chorionic gonadotropin (hCG) testing, the timing for the definitive diagnosis of complete hydatidiform mole has been advanced from the mid-pregnancy period to early pregnancy. However, the ultrasound images in early pregnancy lack characteristic findings, which increases the difficulty of accurate diagnosis. This article aims to analyze a case of misdiagnosed complete hydatidiform mole in early pregnancy to provide reference for clinical diagnosis and treatment.

*通讯作者。

文章引用: 陈晓静, 杨东霞. 早期完全性葡萄胎误诊一例[J]. 临床医学进展, 2025, 15(10): 1062-1065.
DOI: 10.12677/acm.2025.15102856

Keywords

Hydatidiform Mole, Gestational Trophoblastic Disease, Fetal Restlessness, Misdiagnosis

Copyright © 2025 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. 病例资料

患者既往月经规律, 25~28 天一行, 末次月经 2025 年 1 月 14 日。2025 年 2 月 11 日于哈医大四院行示血 HCG: 190.9 mIU/ml, 无不良主诉。2025 年 2 月 12 日患者出现轻微腹痛伴腰酸, 就诊我院门诊, 复查孕三项结果, 提示 HCG 352.6 mIU/ml, 孕酮 17.80 ng/ml, 雌二醇 165.00 pg/ml。给予地屈孕酮片口服及中药汤剂治疗; 2 月 14 日复查孕三项结果如下: HCG 985.2 mIU/ml, 孕酮 16.20 ng/ml, 雌二醇 150.00 pg/ml。因孕酮及雌二醇水平均下降, 患者既往胚胎停育病史, 恐惧流产, 强烈要求保胎治疗, 门诊以“胎动不安”收入院。患者停经 30 天, 无阴道流血, 轻微腹痛, 偶有腰酸, 心烦易怒, 饮食可, 睡眠可, 二便调。2025-02-17 免疫检验报告: hCG 2660.5 mIU/ml, *孕酮 30.30 ng/ml, *雌二醇 176.00 pg/ml。2025-02-19 hCG 4027.4 mIU/ml, 孕酮 27.40 ng/ml, 雌二醇 174.00 pg/ml。孕酮下降, hCG 翻倍不明显, 患者与家属商议后, 要求用药提升保胎疗效, 与患者及家属沟通后, 交代保胎风险, 患者及家属强烈要求并自行购买注射用绒促性素, 要求使用绒促日 1 次肌注保胎治疗。2025-02-20 彩超检查报告: 检查结果子宫多发肌瘤。2025-02-24 hCG 15070.4 mIU/ml, 孕酮 26.60 ng/ml, 雌二醇 194.00 pg/ml。盆腔彩超提示: 目前宫内外未见明显妊娠囊样回声, 子宫实性团块, 子宫内膜稍厚, 回声欠均匀, 左卵巢不均质回声团, 右附件盆腔未见明显异常。

2025-02-26 经腹经阴联合检查: 子宫: 宫体大小 70 mm × 76 mm × 52 mm, 形整, 后倾, 肌壁回声欠均匀, 前壁近宫底可见一低回声结节, 大小 33 mm × 26 mm, 形态规则, 边界清晰, 未见血流信号; 宫底可见两个低回声结节, 较大者大小 22 mm × 21 mm, 形态规则, 边界清晰, 未见血流信号; 左后壁可见两个低回声结节, 较大者大小 29 mm × 26 mm, 形态规则, 边界清晰, 内见少许血流信号。内膜厚 16 mm, 宫腔中部可见不均质稍强回声光团, 范围 29 mm × 21 mm × 14 mm, 形态规则, 边界清晰, 内回声欠均匀, 周边可见少许血流信号。宫腔内未见节育器。宫颈前后径 30 mm。左卵巢大小 36 mm × 20 mm, 可见一囊性结节, 大小 21 mm × 23 mm, 边界清晰, 形态规则, 周边可见环状血流信号。右卵巢大小 29 mm × 15 mm, 其内未见异常回声。盆腔内未见明显液性暗区。超声提示: 子宫内膜增厚; 宫腔中段不均质稍强回声光团(性质待定, 病理妊娠包块?); 子宫多发肌瘤(肌壁间); 左卵巢囊性结节(考虑黄体)。

2025-02-27 MR 检查描述: 子宫体积大, 直立位, 子宫内膜增宽, 内见混杂长椭圆形 T2 高信号伴点状 T1 高信号。子宫肌壁间及浆膜下多发 T2 低信号小结节, 最大长径 2.8 cm。宫颈内膜不厚, 界限较清晰, 见多发小囊性灶; 双侧卵巢影可见, 左侧囊性灶大。盆腔未见积液。盆腔见小淋巴结, 腹股沟淋巴结不肿。膀胱充盈欠佳, 信号未见确切异常。诊断印象: 子宫内胎囊可见; 子宫多发肌瘤; 宫颈纳氏囊肿。2025-02-28 hCG 35408.00 IU/L。2025-03-02 hCG 47112.00 IU/L。

2025-03-03 阴式超声所见: 子宫位置: 后位。子宫大小: 6.8 cm × 7.6 cm × 6.8 cm。子宫内膜厚度(双层): 1.6 cm。子宫内膜回声: 清晰, 不均匀。宫腔内不均质回声区, 范围约 5.1 cm × 2.4 cm, CDFI: 宫腔下段可见少许血流信号。宫内节育器: 无。子宫肌壁回声: 粗糙、不均匀。子宫体可见多个低回声团, 较大位于左侧壁, 大小约 3.0 cm × 2.7 cm, 边清, 形态较规则, 内部回声不均匀, CDFI: 可见血流信号。

宫颈: 横径为 3.1 cm, 内见多个无回声团, 较大大小 0.3 cm × 0.3 cm, 边清, 后方回声增强, CDFI: 未见血流信号。左侧卵巢大小 4.0 cm × 2.3 cm, 左卵巢扫见囊实混合回声团, 大小 2.6 cm × 2.0 cm, 形态规则, 边缘清晰, 内部回声不均匀, 以囊性为主, CDFI: 周边可见环形血流信号。右侧卵巢大小 2.5 cm × 1.4 cm, 右侧附件区未见明显异常。超声影像诊断: 宫腔内不均质回声区(结合病史, 不除外稽留流产, 请结合临床); 子宫多发结节性占位(考虑肌瘤); 子宫肌层粗糙不均(考虑子宫腺肌症); 宫颈多发纳囊; 左卵巢混合回声团(考虑黄体, 建议复查, 腹痛随诊)。

2025-03-07 于外院行清宫术并送病理, 病理大体所见: 冰冻(宫腔组织)灰红组织一堆 4 × 3.5 × 1.5 cm。(另送宫腔组织)粉白灰红组织一堆 2.5 × 2 × 0.8 cm。光镜所见: 滋养叶细胞增生, 部分细胞有异型性, 绒毛间质水肿, 水池形成。病理诊断: (冰冻送及另送宫腔组织)完全性水泡状胎块。免疫组化: 2500936-7: p57 (绒毛间质及细胞滋养细胞), Ki-67 (环周增殖指数 80%)。

2. 讨论

2.1. 临床特点

葡萄胎(Hydatidiform Mole, HM), 是最常见的妊娠滋养细胞疾病(Gestational Trophoblastic Disease, GTD), 因妊娠后胎盘绒毛滋养细胞增生、间质水肿, 而形成大小不一的水泡, 水泡间借蒂相连成串, 形如葡萄而名之, 也称水泡状胎块(hydatidiform mole) [1]。葡萄胎可分为完全性葡萄胎(Complete Hydatidiform Mole, CHM)和部分性葡萄胎(Partial Hydatidiform Mole, PHM)两类。CHM 的临床表现主要为: 1) 停经后阴道不规则流血, 一般在 8~12 周左右开始出现; 2) 子宫异常增大、变软, 由于葡萄胎迅速增长及宫腔内积血等原因导致子宫大于停经月份, 质地变软, 并伴有 hcg 水平异常升高。但部分患者不典型, 可能与水泡退化性病变有关。PHM 也常表现为停经后阴道流血, 其他症状较少, 症状也更轻[2]。

2.2. 诊断及鉴别诊断

停经后阴道不规则流血均需考虑葡萄胎可能, 葡萄样水泡组织是诊断葡萄胎的最终依据。

影像学特点: 经阴道彩色多普勒超声为常规的辅助手段, 完全性葡萄胎的典型超声表现为子宫体积超出相应孕周, 未见妊娠囊或胎心搏动, 宫腔内显示出不均匀的密集或短条状回声, 形成类似“落雪”的图案; 若水泡较大, 则呈现“蜂窝”状。常常可探查到双侧或单侧卵巢囊肿。彩色多普勒超声显示子宫动脉血供丰富, 而子宫肌层内血流信号缺失或极其稀疏。部分性葡萄胎在胎盘部位可观察到由局灶性水泡状胎块引起的超声图像变化, 有时还能看到胎儿或羊膜腔, 但胎儿通常存在畸形[3]。但超声诊断的准确性受多种因素影响, 包括设备分辨率、操作者经验、妊娠周数以及子宫合并症(如肌瘤)等。早期妊娠(孕 6~8 周)的葡萄胎可能缺乏典型“落雪征”或“蜂窝状”改变, 而表现为不均质回声团块, 容易与子宫肌瘤变性或出血相混淆[4] [5]。

人绒毛膜促性腺激素(HCG)测定: 血清 HCG 测定是诊断葡萄胎的另一项重要辅助检查。在正常妊娠过程中, 滋养细胞在孕卵着床后数日开始分泌 HCG。随着孕周的增加, 血清 HCG 浓度逐步上升, 至停经后 8 至 10 周达到高峰, 之后持续 1 至 2 周逐渐降低[6]。然而, 在葡萄胎的情况下, 血清 HCG 水平通常显著高于正常孕周的对值, 并且在停经后 8 至 10 周仍旧呈上升趋势。

鉴别诊断: 1) 胚胎停育或稽留流产: HCG 水平正常或下降, 妊娠反应减弱或消失, 大多数患者的子宫大小与孕周相符或显著小于孕周。超声显示宫腔内回声不均或呈空囊无回声, 未见胚胎、胎儿或胎盘的声像结构, 胚芽内无心脏搏动或无明显胚芽、卵黄囊声像, 妊娠囊皱缩、变形或轮廓模糊, 无卵巢黄素化囊肿表现。2) 正常妊娠合并葡萄胎: 胎儿大小与其孕龄相符, 同时伴有异常囊性胎盘。超声检查可出现“双峰征”, 即绒毛组织延伸至正常妊娠囊与葡萄胎妊娠囊之间, 形成一个三角形的回声结构, 将

两者分隔开来[7]。3) 胎动不安(又称先兆流产): 停经后少量阴道流血, 轻微下腹痛或坠胀感, 子宫大小与停经月份相符超声检查宫内可见孕囊、胎心搏动, HCG 水平与孕周基本相符。

2.3. 误诊原因分析

综上所述, 血 HCG 和超声检查在葡萄胎诊断及葡萄胎术后随访起着不可替代的作用, 葡萄胎确诊依赖于病理检查。确诊葡萄胎则依赖于病理检查的准确性。典型的葡萄胎往往会导致血 HCG 显著升高, 并在超声检查中呈现出“暴风雪征”等特征性表现, 通常易于识别[8]。然而, 在葡萄胎的早期阶段, 血 HCG 水平可能并不高, 超声表现也缺乏特异性, 从而导致早期葡萄胎容易被误诊。在本病例中, 患者并无葡萄胎病史, 早期血 HCG 和超声检查均未呈现出典型特征, 导致初步超声检查误诊为早孕。但经过多次复查血 HCG 与超声检查, 并综合病理结果, 最终确诊为葡萄胎。

2.4. 临床决策的不足与反思

面对 HCG 翻倍不良时, 未能及时警惕葡萄胎。孕早期出血和 HCG 异常最常见的原因是“先兆流产”, 相比之下, 葡萄胎(尤其是部分性葡萄胎)较为罕见, 且 HCG 异常升高(远超孕周)或持续不降才是葡萄胎的典型特征, 这构成了一个诊断陷阱。其次, 若在高度怀疑滋养细胞疾病或已存在葡萄胎的情况下使用外源性绒毛膜促性腺激素(HCG)是严重医疗错误, 葡萄胎本身是由滋养细胞异常增生引起, 外源性注射 HCG 可能促进葡萄胎组织迅速增长、侵入子宫肌层, 甚至增加恶变为妊娠滋养细胞肿瘤(GTN)的风险。使用 HCG 后, 体内 HCG 水平被人为抬高, 在一定程度上掩盖病情, 延误诊断和治疗。提示临床诊断不明确时, 应及时与患者沟通, 避免盲目保胎, 基于检查做出决策。

2.5. 处理

葡萄胎一经确诊, 应及时清宫。通常一次刮宫即可刮净葡萄胎组织, 若有持续子宫出血或超声提示妊娠物残留, 需进行二次刮宫。每次刮出物须送组织学检查。

3. 小结

该病例提示在临床工作中如出现妊娠早期 HCG 异常的患者, 应警惕葡萄胎可能, 并定期复查血 HCG 和超声检查, 进行病理学检查, 以减少误诊。

声 明

该病例报道已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] 焦澜舟, 尤淑艳, 王亚萍, 等. 早期葡萄胎的临床特点及诊断方法探讨[J]. 中华妇产科杂志, 2019, 54(11): 756-762.
- [2] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 第9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 324.
- [3] 李治安, 雷晓莹. 临床超声影像学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1-391.
- [4] 李玉先. 子宫病变B超易误诊为葡萄胎的总结分析[J]. 实用医技杂志, 2004(3): 285-286.
- [5] 嵇瑞. 686份早孕期完全性葡萄胎超声资料的特征分析[D]: [硕士学位论文]. 杭州: 杭州师范大学, 2023.
- [6] 陈利. 超声联合 β -hCG诊断葡萄胎的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(20): 4305-4307.
- [7] Shaaban, A.M., Rezvani, M., Haroun, R.R., Kennedy, A.M., Elsayes, K.M., Olpin, J.D., et al. (2017) Gestational Trophoblastic Disease: Clinical and Imaging Features. *RadioGraphics*, 37, 681-700. <https://doi.org/10.1148/rq.2017160140>
- [8] 张良, 王斌, 陈新光, 等. 葡萄胎超声误诊一例并文献复习[J]. 内蒙古医学杂志, 2021, 53(12): 1536-1538.