

应用腹腔镜联合药物治疗异位妊娠患者的临床研究^{*}

吴桂群(广东省深圳市坪山新区人民医院妇产科 518118)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜在宫角妊娠及间质部妊娠的临床应用效果。**方法** 选择该院收治的 68 例宫角妊娠及间质部妊娠患者为研究对象,根据患者病情随机分为腹腔镜治疗组(对照组)及腹腔镜联合药物治疗组(观察组),对照组采用腹腔镜手术治疗,观察组采用腹腔镜联合药物治疗。比较两组的手术情况、治疗效果及随访情况。**结果** 观察组患者的手术时间为(50.1±18.2)min、术中出血量为(70.0±20.1)mL、术后肛门排气时间为(10.1±2.1)min、住院时间(3.0±0.6)d,与对照组的(53.8±20.1)min、(70.6±21.3)mL、(10.5±2.3)min、(3.1±0.8)d 比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组患者治疗成功率为 86.7%,观察组为 100.0%,观察组患者治疗成功率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者月经恢复时间(28.2±6.5)d、血清人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)恢复正常时间(22.8±6.1)d 均明显早于对照组的(36.4±6.8)d、(27.4±6.5)d,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 选择合适的手术方式,术中去除干净妊娠物,必要时局部注射甲氨蝶呤防止持续性异位妊娠的发生,多可获得良好预后。

【关键词】 腹腔镜; 宫角妊娠; 间质部妊娠

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.10.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)10-1377-02

异位妊娠中输卵管间质部妊娠及宫角妊娠对产妇危害最大,一旦破裂即可造成腹腔内大出血而危及产妇生命^[1]。对于输卵管间质部妊娠、宫角妊娠主张早诊断、早治疗。既往对输卵管间质部妊娠及宫角妊娠的治疗方法有宫腔镜、宫腹腔镜联合监测下行清宫术、子宫角切开取胚术及子宫角楔形切除术等^[2]。输卵管间质部妊娠及宫角妊娠因其特殊的解剖位置,肌层较厚,血供丰富,既往被认为是腹腔镜治疗异位妊娠手术的禁忌证^[3]。近年来,随着腹腔镜技术的不断完善及手术技巧的不断改进,腹腔镜下治疗输卵管间质部妊娠及宫角妊娠已获得满意效果。本研究对 68 例宫角妊娠及间质部妊娠患者,采用腹腔镜手术治疗,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2005 年 3 月至 2013 年 8 月收治的 68 例宫角妊娠及间质部妊娠患者,均经 B 超或腹腔镜确诊为宫角妊娠或输卵管间质部妊娠。根据患者病情随机分为腹腔镜治疗组(对照组)及腹腔镜联合药物治疗组(观察组),对照组 30 例,观察组 38 例。对照组患者年龄 28~40 岁,平均(29.8±1.5)岁;停经 45~91 d,平均(74.3±24.5)d;入院时血清人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)880.0~2 480.5 IU/L,平均(1 755.8±620.2)IU/L。观察组患者年龄 29~39 岁,平均(30.6±1.4)岁;停经 45~92 d,平均(74.3±24.9)d;入院时 HCG 980.0~2 580.5 IU/L,平均(1 855.8±520.2)IU/L。两组患者年龄、停经时间、入院时 β -HCG 等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 输卵管间质部妊娠:根据患者腹痛、阴道出血等临床症状,妇科检查可见附件区压痛,宫颈举摆痛且子宫不对称增大。腹腔镜见宫角处无组织物,输卵管口扩张,内可见半透明白色或暗褐色组织块,可见输卵管间质部膨出;B 超提示孕囊位于输卵管近宫角部位,与子宫内膜线不连续,周围有间断薄肌层围绕。宫角妊娠:患者有腹痛伴子宫不对称性增大,直视下可见子宫角一侧扩大,伴圆韧带外侧移位,胎盘滞留

于子宫角部。宫腔镜下见双侧输卵管开口不对称,患侧宫角及输卵管口有明显抬高或扩张,被组织块阻塞,组织块粗糙,为暗褐色或半透明白色,与周围组织界限清晰;B 超提示孕囊位于宫角部位,与子宫内膜线连续,周围可见完整的肌壁层。

1.3 治疗方法 对照组采用腹腔镜手术治疗。根据患者 B 超及血清 β -HCG 结果,评估患者一般情况,在气管插管全身麻醉下,采用 Stryker 公司的电视腹腔镜系统进行腹腔镜手术,调节气腹压力在 13~14 mm Hg,做脐轮下缘长 1 cm 的切口,以气腹针垂直进针。气腹形成后,采用 10 mm 套管针穿刺如腹腔,然后置入腹腔镜检查盆腔,直视下分别于右侧麦氏点及左侧相应部位做 5、10 mm 的切口,置入 5、10 mm 套管针,放入手术器械。

对于输卵管间质部妊娠,毗邻破裂,壁薄,基底部窄,无生育要求的患者,行患侧输卵管及妊娠包块切除术。在妊娠包块底部子宫肌壁注入 20 mL 生理盐水+12 U 垂体后叶素,待子宫变白后,电凝患侧输卵管系膜并切断,电凝妊娠包块底部并切断。周围子宫肌层注入 10 mL 生理盐水+50 mg 甲氨蝶呤。术后检查子宫创面有无活动性出血。其余患者采用腹腔镜下输卵管间质部或宫角妊娠剖开取胚术治疗。于妊娠包块底部子宫肌壁注入 20 mL 生理盐水+12 U 垂体后叶素,待子宫变白后,在妊娠包块表面做长 3~4 cm 一条状电凝带,使组织变白。然后在无血状态下,用电钩切开肌层,10 mm 吸引器快速吸出胚胎组织,尽量全部清除妊娠物。再用电凝行创面止血,缝合修补创面,确认止血后,于宫角部注射 10 mL 生理盐水+50 mg 甲氨蝶呤,以杀死残存的绒毛。术后监测血清 β -HCG 下降情况。

观察组采用腹腔镜联合药物治疗。先给予甲氨蝶呤 1 mg/kg,隔日静脉滴注,连续治疗 3~5 d,同时与 0.1 mg/kg 四氢叶酸酸交替隔日使用,治疗 1~2 个疗程,彩超显示病灶部位血供减少后,行腹腔镜手术,手术方式同对照组。

1.4 疗效标准 参考林婵等^[4]的相关标准进行,即治疗后 3

* 基金项目:广东省深圳市科技计划资助项目(201203277)。

d, 隔日检测尿 β -HCG, 连续 3 次阴性, 或血清 β -HCG 低于 3.1 IU/L, B 超提示病灶包块无增大, 盆腔积液无增加为治疗成功。治疗后 3 d, 血清、尿 β -HCG 不下降或持续上升, B 超提示盆腔内包块增大, 盆腔积液增加为治疗失败。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行分析, 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者手术情况比较 两组患者手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、住院时间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | <i>n</i> | 手术时间 (min) | 术中出血量 (mL) | 肛门排气时间 (h) | 住院时间 (d) |
|----------|----------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| 对照组 | 30 | 53.8 ± 20.1 | 70.6 ± 21.3 | 10.5 ± 2.3 | 3.1 ± 0.8 |
| 观察组 | 38 | 50.1 ± 18.2 | 70.0 ± 20.1 | 10.1 ± 2.1 | 3.0 ± 0.6 |
| <i>t</i> | | 0.843 | 0.745 | 0.654 | 0.425 |
| <i>P</i> | | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

2.2 两组患者治疗效果比较 对照组患者治疗成功率为 86.7%, 观察组为 100.0%。观察组治疗成功率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗效果比较 (*n* 或 %)

| 组别 | <i>n</i> | 成功 | 失败 | 成功率 |
|-----|----------|----|----|-------|
| 对照组 | 30 | 26 | 4 | 86.7 |
| 观察组 | 38 | 38 | 0 | 100.0 |

注: 两组比较, $\chi^2 = 3.942, P < 0.05$ 。

2.3 两组患者随访情况比较 两组患者均获得随访, 随访时间 1~3 年。随访期间未见明显并发症发生, 未见持续性异位妊娠。观察组患者月经恢复时间、血清 β -HCG 恢复正常时间均明显早于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者随访情况比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

| 组别 | <i>n</i> | 月经恢复时间 | 血 β -HCG 恢复正常时间 |
|----------|----------|------------|-----------------------|
| 对照组 | 30 | 36.4 ± 6.8 | 27.4 ± 6.5 |
| 观察组 | 38 | 28.2 ± 6.5 | 22.8 ± 6.1 |
| <i>t</i> | | 2.846 | 2.357 |
| <i>P</i> | | <0.05 | <0.05 |

3 讨 论

3.1 发病原因及危害 宫角部妊娠及输卵管间质部妊娠, 为临床少见的异位妊娠, 发病原因与其他部位的妊娠类似, 可能与盆腔炎症、输卵管发育异常或功能异常、内分泌激素失调、盆腹腔手术粘连、宫内节育器等有关。由于局部肌层较厚, 未破裂前可无任何征兆, 妊娠维持时间长, 一旦破裂患者可迅速出现休克症状而危及产妇生命^[5]。既往多采用剖腹手术治疗, 随着超声诊断及腹腔镜技术的不断进步, 腹腔镜治疗宫角部妊娠及输卵管间质部妊娠的安全性得到有效的保证^[6]。

3.2 手术治疗情况 宫角及输卵管间质部妊娠, 孕周普遍较大, 病灶局部肌层较厚, 相对血供丰富, 绒毛组织浸润至较深的

子宫或输卵管肌层中, 胚胎组织清除时, 往往单纯采用腹腔镜手术镜下深部组织难以彻底清除; 采用钳夹的方式清除时, 钳夹过深又可导致活动渗血而中转剖腹手术。清除不充分, 易残留绒毛, 导致持续性异位妊娠, 而必须再加用药物治疗, 但此时患者已有术中失血或被迫以剖腹手术结束^[7]。

3.3 术中操作注意事项 本研究中对于孕周较早, 病灶局部肌层较厚的宫角妊娠或输卵管间质部妊娠, 于腹腔镜下行输卵管间质部或宫角妊娠剖开取胚术治疗, 尽量避免选择病灶局部肌层较薄的破裂前期患者^[8]。本研究治疗过程中有如下体会: (1) 剖开妊娠包块前子宫肌壁注射垂体后叶素, 带子宫收缩变白后, 于无血状态下切开, 尽量吸净或清除绒毛胚胎组织为减少出血的关键。(2) 输卵管间质部妊娠及宫角部妊娠可浸润至深层子宫肌层, 胚胎组织钳夹或吸引取出时, 深部组织不易彻底取出, 应在周围子宫肌层注射甲氨蝶呤预防持续性异位妊娠的发生。

本研究中, 采用腹腔镜联合药物治疗成功率达 100.0%, 术后月经恢复时间、血 β -HCG 恢复正常时间明显早于腹腔镜治疗。两组手术时间、术中出血量、住院时间、肛门排气时间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。提示腹腔镜联合药物治疗宫角妊娠及输卵管间质部妊娠疗效更佳。

综上所述, 根据异位妊娠部位、破裂情况及破裂程度、对侧输卵管情况、患者生育要求等决定合适的手术方式, 术中去除干净妊娠物, 必要时局部注射甲氨蝶呤防止持续性异位妊娠的发生, 多可获得良好预后。

参考文献

- [1] 谢永玲. 输卵管间质部妊娠 28 例临床分析[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(11): 1376-1377.
- [2] Ahsan Akhtar M, Izzat F, Keay SD. Laparoscopic management of interstitial pregnancy with automatic stapler[J]. BMJ case reports, 2012(9): 110-113.
- [3] Cucinella G, Rotolo S, Calagna G, et al. Laparoscopic management of interstitial pregnancy: the "purse-string" technique[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2012, 91(8): 996-999.
- [4] 林婵, 罗秀霞. 腹腔镜早期诊断及治疗特殊部位异位妊娠的价值[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(10): 1569-1570.
- [5] 张文梅. 腹腔镜治疗输卵管间质部妊娠和宫角妊娠临床分析[J]. 当代医学, 2010, 16(34): 37-38.
- [6] Cai ZH, Wang F, Cao HM, et al. The value of laparoscopy alone or combined with hysteroscopy in the treatment of interstitial pregnancy: analysis of 22 cases[J]. Arch Gynecol Obstet, 2012, 285(3): 727-732.
- [7] 吴继蓉, 李佳琦, 彭晓梅. 宫腹腔镜联合在宫角妊娠及输卵管间质部妊娠的应用价值[J]. 西部医学, 2013, 25(5): 717-718.
- [8] Kato S, Tanaka T, Terai Y, et al. Interstitial pregnancy treated by transcervical aspiration of the gestational sac combined with systemic and local administration of methotrexate[J]. The journal of obstetrics and gynaecology research, 2011, 37(9): 1250-1254.