

## 输卵管妊娠腹腔镜治疗后持续性输卵管妊娠的非手术治疗

段元元

(大理州人民医院, 云南 大理 671000)

**[摘要]** **目的** 探讨腹腔镜治疗输卵管妊娠后持续性输卵管妊娠的诊断及防治. **方法** 对大理州人民医院 12 例行腹腔镜治疗输卵管妊娠后出现持续性输卵管妊娠患者的治疗进行回顾性分析, 同时予以米非司酮 50 mg Bid, 及氨甲喋呤 50 mg/m<sup>2</sup> 联合治疗. **结果** 12 例持续性输卵管妊娠患者经上述治疗后均于术后 7~20 d 痊愈出院, 未再行手术治疗. **结论** 输卵管妊娠腹腔镜治疗后持续性输卵管妊娠非手术治疗安全有效.

**[关键词]** 输卵管妊娠; 腹腔镜; 非手术治疗; 临床分析

**[中图分类号]** R714.22\*1; R714.05 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003 - 4706 (2012) 12 - 0132 - 03

## The Clinical Analysis of Non-operation Treatment on Continued Tubal Pregnancy after Peritoneoscope Treatment

DUAN Yuan - yuan

(The People's Hospital of Dali Bai Autonomous Prefecture, Dali Yunnan 671000, China)

**[Abstract]** **Objective** To explore the treatment and prevention of continued tubal pregnancy after the peritoneoscope treatment. **Method** We retrospectively analysed the clinical data of 12 patients with continued tubal pregnancy after the peritoneoscope treatment, and took mifepristone 50 mg bid and methotrexate 50 mg/m<sup>2</sup> for the patients. **Result** 12 patients with continued tubal pregnancy after the peritoneoscope treatment were all cured and discharged in 7-20 days after medicine treatment. **Conclusion** The non-operation treatment of continued tubal pregnancy after the peritoneoscope treatment is safe and effective.

**[Key words]** Tubal pregnancy; Peritoneoscope; The Non operation treatment; Clinical analysis

异位妊娠 (ectopic pregnancy, EP) 是妇产科急腹症之一, 占妊娠导致孕妇相关性死亡的 10%, 是孕产妇早期死亡的主要原因之一. 近年来该病的国内外发病率呈不断上升的趋势, 年轻、有生育要求的患者逐渐增多, 需要行输卵管妊娠保守手术患者日益增多. 在输卵管保守治疗后, 残余滋养叶细胞有可能继续生长, 再次发生出血, 引起腹痛等, 称为持续性输卵管妊娠 (persistent ectopic pregnancy, PEP). 大理州人民医院于 2011 年 6 月开始开展妇科腹腔镜手术, 现将大理州人民医院经腹腔镜治疗的 120 例输卵管妊娠患者术后出现的 12 例 PEP 患者诊治分析如下.

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

2010 年 6 月至 2012 年 6 月间行腹腔镜治疗的 120 例患者, 术前均经临床症状、体征、THCG、盆腔彩色多普勒检查检查确诊为异位妊娠, 年龄 18~46 岁, 停经时间 30~87 d, 伴或不伴有不规则流血及腹痛, THCG 为 357~67 850 mIU/L, 经行盆腔彩色多普勒检查见异位妊娠包块为 1~6 cm, 包块内见胚芽及胎心搏动者 5 例, 盆腔内可见 0~4 cm 积液, 患者均要求行腹腔镜治疗. 120 例患者中既往有妇产科手术史者 45 例 (37.5%), 其中行剖宫产术者 32 例, 宫外孕手术者 7 例, 行卵巢囊肿剥除术者 6 例. 120 例患者行腹腔镜探查术确诊为壶腹部妊娠者 94 例, 其中流产型 78 例, 破裂型 16 例; 伞端妊娠流产型 18 例, 间质部妊

娠 8 例。根据患者包块大小、THCG 升高水平等行根治性手术及保守性手术。行输卵管切除术 20 例（患者对侧输卵管正常，异位妊娠包块 > 5 cm 或内见胚芽及胎心搏动及 THCG > 5 000 mIU/L），保守手术治疗共 100 例，其中输卵管线性切开取胚术 96 例，输卵管伞端挤压术 4 例。

### 1.2 诊断标准

患者术后 1 d 复查 HCG，若升高或降低 < 50%、术后 3 d 下降 < 20% 或术后 2 周下降 < 10%，确诊为 PEP。

### 1.3 治疗

确诊为 PEP 后立即予患者肌注 MTX 50 mg/m<sup>2</sup> + 米非司酮 50 mg，Bid 口服，动态观察患者 THCG，5 d 后查 THCG 下降 < 20%，予患者再次肌注 MTX 50 mg/m<sup>2</sup>。

## 2 结果

大理州人民医院经腹腔镜治疗的 120 例患者中的 12 例，术后经监测 HCG 确诊为持续性输卵管妊娠，予 MTX 50 mg/m<sup>2</sup> 肌注 1~3 次 + 米非司酮 50 mg Bid，均于术后 7~20 d 复查 HCG 降至正常，腹痛消失，无腹腔内出血，痊愈出院，未再行手术治疗，治愈率为 100.00%，95% CI 73.54%~100.00%。

## 3 讨论

PEP 是输卵管妊娠保守性手术的常见并发症，发生率报告不一，大约在 3%~20%。近年来异位妊娠患者逐渐增多，且年轻化，因此要求保留生育功能患者逐渐增多。因腹腔镜行输卵管保守性手术治疗优于开腹手术治疗，可作为输卵管妊娠且有生育要求患者保守手术的标准治疗及首选<sup>[1]</sup>，故要求行腹腔镜输卵管保守性手术治疗患者逐渐增多。腹腔镜保守手术后动态检查 THCG，若术后 3 d HCG 下降 < 20% 或术后 2 周 HCG 下降 < 10%，即应考虑患者已发生 PEP。目前各种研究表明 PEP 的发生与术前血  $\beta$ -HCG 水平、停经时间、手术者的手术技巧<sup>[2,3]</sup>、术前、术中、术后<sup>[4,5]</sup>是否预防性使用氨甲喋呤及米非司酮密切相关。PEP 患者典型症状为异位妊娠保守性治疗后出现下腹隐痛，未破裂时有下腹隐痛，阴道少量流血。当有腹腔内积血时，可有肛门坠胀及便意；当输卵管破裂时，患者突发下腹撕裂样疼痛，腹腔内出血较多时有恶心、呕吐、晕厥，腹部体征及盆腔检查体

征与异位妊娠相同。Spandorfer 等考虑若术后患者术后 1 d HCG 下降 > 77% 无滋养细胞残留，< 50% 滋养细胞残留的机会升高<sup>[6]</sup>。

大理州人民医院 12 例 PEP 均为保守性手术治疗患者，其中有 8 例（66.67%）既往有手术史，手术中可见盆腹腔内有粘连存在，6 例停经时间为 35~40 d（50%），输卵管伞端挤压术 4 例中 2 例发生 PEP（50%）。由此可见保守性手术治疗患者盆腔有粘连、停经时间较短、行输卵管伞的端挤压术行者，术后极易发生 PEP<sup>[7]</sup>。米非司酮联合 MTX 用于保守治疗输卵管妊娠，方法简便，疗效高疗程短，副反应小，可保留生育功能<sup>[8]</sup>。在输卵管妊娠保守性手术后可联合应用上述药物预防、治疗 PEP。米非司酮可阻断孕酮与孕酮受体结合以及孕激素活性的出现，从而使绒毛退变，蜕膜组织萎缩坏死，导致胚胎死亡，MTX 通过影响 DNA 的合成来抑制滋养细胞增生，破坏绒毛，使胚胎组织坏死、脱落、吸收而免于手术；二者合用从 2 个途径阻止异位胚胎的发育，加快胚胎死亡<sup>[9]</sup>，使 MTX 用量减少，降低其不良反应，疗程缩短。总结防治 PEP 的方法有：（1）输卵管保守性手术术前 HCG 水平较高的患者，术前 3 d 始口服米非司酮 50 mg，Bid，术中局部注射 MTX 20 mg 或术后 24 h 内可预防性肌注 MTX 50 mg/m<sup>2</sup>；（2）输卵管保守性手术患者术后常规口服米非司酮 50 mg，Bid；（3）术后 1 d 复查 HCG，若升高或降低 < 50% 者，尽早肌注 MTX 50 mg/m<sup>2</sup>；（4）输卵管线性切开的切口靠近子宫侧并尽可能大，将妊娠组织尽量取净；（5）切除的输卵管及妊娠组织应置于标本袋中在直视下完整取出；（6）术毕前以 5% 葡萄糖液彻底冲洗盆腹腔并仔细检查无组织残留。（7）术后严密监测 HCG 变化情况，据结果尽早给予米非司酮及氨甲喋呤治疗。（8）术后 7 d 嘱患者必须返院复查 HCG 水平。因监测输卵管妊娠保守性手术 HCG 的最佳时间为术后 7 d，应严格随访至 hCG 正常<sup>[10]</sup>，以观患者是否痊愈。

腹腔镜保守手术治疗输卵管妊娠安全、有效，虽可发生 PEP，但经提高手术技巧，如剥除卵巢黄体<sup>[2,11]</sup>、垂体后叶素两点注射，水压分离妊娠剥离法、创面涂抹几丁糖<sup>[12,13]</sup>及术前、术后应用米非司酮及氨甲喋呤防治 PEP 的效果显著，可将保守性手术治疗的范围扩大，术后严密动态监测 hCG，一旦发生 PEP 可避免再次行手术治疗，提高了患侧输卵管再通率，从而增加了宫内妊娠率，可作为 PEP 的预防性用药<sup>[14]</sup>。

## [参考文献]

- [1] 江泽允,李庆芬,乔梅,等. 输卵管妊娠腹腔镜保守手术治疗与传统开腹手术治疗对比分析[J]. 实用妇产科杂志,2008,24(7):427-428.
- [2] 吴云燕,史娅萍. 输卵管妊娠腹腔镜保守性手术后持续性异位妊娠有关因素分析[J]. 中国微创外科杂志,2009,9(10):889-891.
- [3] 冯亦军,叶璐,江南. 输卵管妊娠保守性手术后持续性异位妊娠的相关因素分析[J]. 中国内镜杂志,2006,12(05):484-486.
- [5] 刘嵩颖. 氨甲喋呤在输卵管妊娠腹腔镜保守手术中的应用效果[J]. 中国医药导报,2012,9(10):89-90.
- [6] SPANDORFER S D, SAWIN S W, BENJAMIN I, et al. P-oatoperative day serum human chorionic gonadotropic level as a predictor of persistent ectopic pregnancy after conservative surgical management [J]. Fertil Steril, 1997,68(6):430-434.
- [7] 陈会芳,王欣,廖爱萍. 输卵管妊娠保守性手术后持续性异位妊娠的相关因素分析[J]. 中国妇幼保健,2008,23(14):1927-1928.
- [8] 贺爱军. 甲氨蝶呤联合米非司酮治疗输卵管妊娠48例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2011,27(8):633-634.
- [9] 邹云琴. 持续性异位妊娠的防治研究[J]. 中国美容医学,2011,20(3):98-99.
- [10] 郑文玲. 腹腔镜下异位妊娠保留输卵管手术的临床价值[J]. 中国微创外科杂志,2008,8(8):729-730.
- [11] 黄会香,黄诗敏,黄浩. 腹腔镜下输卵管妊娠保守性手术中剥除妊娠黄体对预防持续性异位妊娠的效果探讨[J]. 中国微创外科杂志,2010,10(3):232-234.
- [12] 邓洋,许彬,杨瑞,等. 腹腔镜下输卵管切开取胚术局部止血技巧[J]. 中国微创外科杂志,2012,12(4):328-330,336.
- [13] 王洪彩. 垂体后叶素在腹腔镜输卵管妊娠切开术中的应用及对术后生殖功能的影响[J]. 中国内镜杂志,2011,17(11):1147-1150,1154.
- [14] 程卫. 米非司酮与甲氨喋呤预防持续性异位妊娠比较[J]. 中国生育健康杂志,2011,22(4):233-234.

(2012-08-14 收稿)

(上接第 116 页)

- [3] SHAH HN, KAUSIK VB, HEGDE S S, et al. Tubeless percutaneous nephrolithotomy: a prospective feasibility study and review of previous reports [J]. BJU Int, 2005,96(6):879-883.
- [4] AL-BA ADANI T H, AL-KOHLANY K M, AL-ADIMI A, et al. Tubeless percutaneous nephrolithotomy: the new gold standard[J]. Int Urol Nephrol, 2008,40(3):603-608.
- [5] 刘珍才. 无管化”微创经皮肾镜取石术的探讨[J]. 中国医师杂志,2005,7(8):1024-1025.
- [6] GOLIJANIN D, KATZ R, VERSTANDIG A, et al. The supracostal percutaneous nephrostomy for treatment of staghorn and complex kidney stones [J]. J Endourol, 1998,12:403-405.
- [7] PEARLE M S, PIERCE H L, MILLER G L, et al. Optimal method of urgent decompression of the collecting system for obstruction and infection due to ureteral calculi [J]. J Urol, 1998,160(4):1260-1264.
- [8] CROOK T J, LOCKYER C R, KEOGHANE S R, et al. Totally tubeless percutaneous nephrolithotomy [J]. J Endourol, 2008,22(2):267-272.
- [9] WINFIELD H N, WEYMA P, CLAYMAN R V. Percutaneous nephrostolithotomy: Complications of premature nephrostomy tube removal [J]. J Urol, 1986,136:77-79.

(2012-10-15 收稿)