

- 7 王 玲,朱晓华. Terson 综合征 16 例玻璃体视网膜病变特征及疗效分析[J]. 国际眼科杂志, 2005, 5(6): 1211 - 1213.
 - 8 Arroyo JG, Bula DV. Immunohistochemical study of the internal limiting membrane in Terson syndrome [J]. Retina, 2004, 24(1): 155 - 157.
 - 9 Gnanaraj L, Tyagi AK, Cottrell DG, et al. Referral delay and ocular surgical outcome in Terson syndrome [J]. Retina, 2000, 20(4): 374 - 377.
 - 10 刘鹤南, 聂庆珠, 陈晓隆, 等. 玻璃体切除术治疗 Terson 综合征的临床疗效研究[J]. 国际眼科杂志, 2009, 9(7): 1294 - 1296.
 - 11 张晶津, 杨丽霞, 林 建, 等. 玻璃体切除手术治疗 Terson 综合征[J]. 国际眼科杂志, 2010, 10(4): 774 - 775.
 - 12 洪 杨, 麻张伟, 张龄洁, 等. Terson 综合征临床分析[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2005, 27(4): 314 - 317.
- [收稿日期 2013 - 05 - 06] [本文编辑 杨光 和 韦所苏]

临床研究 · 论著

腹腔镜下输卵管切开取胚加局部 MTX 注射与药物保守治疗输卵管妊娠后再次妊娠分析

李建湘, 卢素娟, 梁婵玉, 黄晓燕, 潘琦文

作者单位: 547000 广西, 河池市人民医院妇科

作者简介: 李建湘(1964 -), 女, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 妇科肿瘤诊治。E-mail: xqj2293587@163.com

[摘要] 目的 探讨两种保守性治疗方法治疗输卵管妊娠后再次妊娠情况。方法 回顾性分析 2005-03 ~ 2008-03 该院采用保守性治疗方法治疗的 125 例未生育输卵管妊娠患者的临床资料, 根据治疗方法不同, 分为腹腔镜下输卵管切开取胚加局部甲氨蝶呤(MTX)注射 65 例(A组)和药物保守治疗 60 例(B组)。比较两组术后宫内妊娠、再次异位妊娠及继发不孕的情况。结果 A 组宫内妊娠发生率高于 B 组($P < 0.05$), 继发不孕发生率低于 B 组($P < 0.05$), 而两组再次异位妊娠发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 腹腔镜下输卵管切开取胚加局部 MTX 注射治疗未生育输卵管妊娠患者优于药物保守治疗。

[关键词] 输卵管妊娠; 腹腔镜切开取胚术; 药物保守治疗

[中图分类号] R 714 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674 - 3806(2013)12 - 1184 - 03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.12.18

Analysis on re-pregnancy after treatment of tubal pregnancy with salpingotomy and embryo collection under laparoscope plus local MTX injection and drug conservative treatment LI Jian-xiang, LU Su-juan, LIANG Chan-yu, et al. Department of Gynaecology, the People's Hospital of Hechi City, Guangxi 547000, China

[Abstract] **Objective** To discuss the re-pregnancy after the treatment of tubal pregnancy with two conservative methods. **Methods** A retrospective analysis was conducted on clinical data of 125 nulliparous patients of tubal pregnancy treated with conservative methods in our hospital from March 2005 to March 2008. According to different methods, they were divided into two groups, group A, including 65 patients with salpingotomy and embryo collection under laparoscope plus local MTX injection, and group B, including 60 patients with drug conservative treatment. Two groups were compared in postoperative uterine pregnancy, ectopic pregnancy again and secondary infertility. **Results** The incidence of uterine pregnancy in group A was higher than that in group B ($P < 0.05$) and the incidence of secondary infertility in group A was lower than that in group B ($P < 0.05$), but there was no statistically significant difference in incidence of ectopic pregnancy again between two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The treatment of nulliparous patients of tubal pregnancy with salpingotomy and embryo collection under laparoscope plus local MTX injection is better than drug conservative treatment.

[Key words] Tubal pregnancy; Salpingotomy and embryo collection under laparoscope; Drug conservative treatment

异位妊娠是妇产科最常见的急腹症之一,是指受精卵种植在子宫体腔以外部分的妊娠,近年有逐年增多的趋势^[1],且越来越年轻化,其中部分患者为未婚未育女性。因此如何保留和恢复异位妊娠患者生育功能,提高日后宫内妊娠率成为妇产科医师最为关注的问题。本文采用回顾性分析方法,探讨两种保守性治疗方法治疗输卵管妊娠后的再次妊娠情况,寻找对异位妊娠后再次妊娠影响最小的方法,提高输卵管妊娠治疗后宫内妊娠率,减少再次异位妊娠的发生。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2005-03 ~ 2008-03 在我院就诊,经相关检查确诊为异位妊娠,并有生育要求的患者 125 例。年龄 21 ~ 32 (25.50 ± 3.52) 岁,其中 26 ~ 30 岁 100 例(80%)。根据治疗方法不同,分为腹腔镜下输卵管切开取胚加局部甲氨蝶呤(MTX)注射 65 例(A 组)和药物保守治疗 60 例(B 组)。两组在年龄、停经天数、妊娠包块大小和血清绒毛膜促性腺激素(β-HCG)等方面比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	停经天数(d)	妊娠包块大小(cm)	血 β-HCG (IU/L)
A 组	65	25.51 ± 3.42	53.26 ± 9.70	3.74 ± 0.49	4092 ± 1128
B 组	60	24.80 ± 3.43	53.30 ± 11.00	3.67 ± 0.29	3892 ± 714
t	-	1.150	-0.021	0.986	1.180
P	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 治疗方法

1.2.1 腹腔镜下输卵管切开取胚加局部 MTX 注射治疗 患者为生命体征平稳,未生育但有生育要求或已生育仍有生育要求者。插管全身麻醉,取平卧位,常规消毒、铺巾,取脐下、左、右髂前上棘切口长度分别为 10、5、5 mm 穿刺孔,建议气腹。探查盆腹腔,确认妊娠部位后沿妊娠输卵管背侧线性切开管壁,长度超过妊娠膨胀部两端,清出妊娠物,切口敞开不予缝合,双极电凝止血。如有盆腔粘连,松解粘连,清洗盆腔。同时予妊娠输卵管系膜下注射 MTX 50 mg。术后监测血 β-HCG 下降情况。

1.2.2 药物保守治疗 患者需满足药物保守治疗的条件^[2]:(1)患者生命征平稳,妊娠未破裂,无内出血;(2)附件包块直径 ≤ 3 ~ 5 cm;(3)血 β-HCG 水平呈上升趋势,但 < 5 000 IU/L;(4)肝肾功能正常,白细胞及血小板正常。MTX 单次肌肉注射剂量

为 1 mg/kg,在治疗第 4 天和第 7 天测血清 β-HCG,若治疗第 4 ~ 7 天血 β-HCG 下降 < 15%,应重复剂量治疗 1 次,然后每周重复测血 β-HCG 直降至 5 U/L。MTX 治疗期间严密监测阴道彩超及 β-HCG,若用药后 14 d β-HCG 下降并连续 3 次阴性,腹痛缓解或消失,阴道流血减少或停止为显效。

1.3 术后随访 125 例患者术后随访 1 ~ 3 年。随访方式为门诊及电话随访,了解术后患者再次妊娠的情况。

1.4 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

腹腔镜下输卵管切开取胚加局部 MTX 注射治疗组与药物保守治疗组随访 1 ~ 3 年,A 组宫内妊娠发生率高于 B 组($P < 0.05$),继发不孕发生率低于 B 组($P < 0.05$),而两组再次异位妊娠发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗后宫内妊娠、继发不孕及再次异位妊娠的发生率比较[n(%)]

组别	例数	宫内妊娠	继发不孕	再次异位妊娠
A 组	65	47(72.3)	8(12.3)	10(15.4)
B 组	60	31(51.7)	17(28.3)	12(20.0)
χ^2	-	5.67	5.01	0.46
P	-	<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

3.1 近年来输卵管妊娠患者越来越年轻化,多数为未婚未育女性,要求保留输卵管、保留生育功能的异位妊娠患者也越来越多。因此,保留和恢复异位妊娠患者患侧输卵管功能,维护患者生育功能已日益受到重视^[3]。随着血 β-HCG 检测技术和妇科超声诊断技术的不断进步^[4],绝大多数异位妊娠患者得到早期诊断,腹腔镜保守性手术和药物保守治疗已成为多数患者的选择。

3.2 随着微创技术的推广和临床医师腹腔镜手术操作技巧的不断进步,腹腔镜手术成为治疗异位妊娠的首选术式。腹腔镜保守性手术的关键是清除输卵管妊娠组织及着床部位的止血^[5],过度清除胚胎组织可导致输卵管损伤严重,术后易形成瘢痕,导致输卵管狭窄或阻塞,增加再次输卵管妊娠和不孕的风险。同时应尽量避免大面积电凝止血,减少对输卵管黏膜的损伤。对于清除胚胎组织,我们的做法

是先于患侧输卵管系膜注射垂体后叶素减少出血,直接挤压自伞端取出或纵向切开输卵管取出,两种方法均有可能使少量滋养细胞残留,而这可导致持续性异位妊娠或坏死后阻塞输卵管。术中同时于输卵管局部注射 MTX,使残留的妊娠组织停止代谢,坏死、溶解,以减少术后持续性异位妊娠的发生。另外,异位妊娠多数是因为盆腔炎症、粘连所致,术中可同时行分离粘连,恢复输卵管正常解剖结构,同时了解对侧输卵管情况,如有粘连可一并处理粘连。最大限度恢复输卵管功能性解剖,效果好,治愈率高,术后恢复快^[6]。

3.3 药物保守治疗采用 MTX 联合米非司酮杀胚治疗,MTX 为抗代谢药物,是一种叶酸拮抗剂,它与二氢叶酸还原酶的结合,阻断二氢叶酸转化为四氢叶酸,抑制嘌呤和嘧啶的合成,干扰 DNA、RNA 及蛋白质合成和胚胎滋养细胞分裂,MTX 主要作用于抑制细胞型滋养细胞增殖,影响滋养细胞形成,导致胚胎死亡^[7]。米非司酮是一种合成类固醇,它具有抗孕酮的特性,能和孕酮竞争与蜕膜的孕激素受体结合^[8],使蜕膜绒毛组织损伤和血 β -HCG 及酮值降低,致使黄体萎缩、胚胎死亡。MTX 抑制胚胎滋养细胞分裂,而米非司酮使黄体萎缩,两者合用可更快地加速胚胎的死亡^[9],可提高异位妊娠药物保守治疗的效果。而药物保守治疗后胚胎死亡,组织溶解,不能完全吸收或排出,可堵塞输卵管管腔,同时,药物保守治疗往往不能改善输卵管炎症、粘连,均可影响再次妊娠。本文对比腹腔镜下输卵管切开取胚加局部 MTX 注射和药物保守治疗输卵管妊娠后再次妊娠情况,发现腹腔镜下输卵管切开取胚加局部

MTX 注射组优于药物保守治疗组,继发不孕发生率低于药物保守治疗组($P < 0.05$)。

综上所述,腹腔镜下输卵管切开取胚加局部 MTX 注射治疗输卵管妊娠能较好地保护患者的生育功能,可同时处理盆腔炎症、粘连,术后恢复快,住院时间短,明显优于药物保守治疗,是异位妊娠常见的治疗方法之一,值得临床推广应用。但要提高手术操作技巧,避免过度电凝止血,减少输卵管黏膜损伤,恢复其生理功能。

参考文献

- 1 丰有吉,沈 铿. 妇产科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社, 2010:70-71.
- 2 曹泽毅. 中华妇产科学(临床版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010:318.
- 3 杨 斌,史佃云. 不同保守治疗方法对输卵管妊娠后受孕能力的影响[J]. 中国妇幼保健,2008,23(10):1441.
- 4 Hammoud AO, Hammoud I, Bujold E, et al. The role of sonographic endometrial patterns and endometrial thickness in the differential diagnosis of ectopic pregnancy[J]. Am J Obstet Gynecol, 2005, 192(5): 1371-1374.
- 5 张东红,王满英,张军华. 腹腔镜保守手术联合甲氨蝶呤和米非司酮治疗输卵管妊娠的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2009, 18(26):3196.
- 6 王红霞. 保守性腹腔镜手术及药物治疗输卵管妊娠后再妊娠情况比较[J]. 实用医技杂志, 2012, 12(9):163-164.
- 7 何志芳. 腹腔镜联合甲氨蝶呤与单纯甲氨蝶呤保守性手术治疗未破裂异位妊娠疗效比较[J]. 海峡药学, 2012, 24(1):174-175.
- 8 周丽红. 米非司酮联合甲氨蝶呤治疗异位妊娠 58 例分析[J]. 中国误诊学, 2008, 8(33):8237.
- 9 郑培瑜,李应霞,张 琴. 甲氨蝶呤联合米非司酮治疗异位妊娠临床分析[J]. 重庆医学, 2011, 40(20):2030.

[收稿日期 2013-04-09][本文编辑 黄晓红 韦 颖]

《中国临床新医学》杂志投稿须知

凡投本刊的稿件,务请补全以下内容与项目:

1. 中文摘要、关键词(按规范格式书写)。
2. 英文题目,作者(汉拼),英文单位名称,英文摘要和关键词(按规范格式书写)。
3. 论文的统计学处理方法。
4. 单位投稿介绍信。
5. 作者简介(姓名、出生年月、性别、学历、学位、职称、研究方向)。
6. 须寄(送)A4 纸打印稿一份,并发电子邮件到本编辑部。
6. 第一作者联系地址、邮编、电话和 E-mail。

· 本刊编辑部 ·