

输卵管妊娠的介入治疗

啜振华 刘荣欣 苑静波 董玉薇 杨雪春 贾 鸣

摘要:目的:采用自行改制的专用套管和介入放射学方式,尝试治疗输卵管妊娠的可行性。方法:对临床确诊的 10 例早期输卵管妊娠病例实行 X 线监视下的选择性输卵管插管,局部灌注氨甲喋呤(MTX),终止妊娠。结果:杀胚 100%,除 1 例因不全流产内出血改行手术外,余 9 例均治愈,正常月经恢复时间平均 40 天。结论:选择性输卵管插管,患侧 MTX 灌注治疗输卵管妊娠是安全、可靠、简便、直观、易被患者接受的,有推广的意义的方法。

关键词:异位妊娠 介入放射学 输卵管 氨甲喋呤

Fluoroscopically Guided Interventional Treatment of Tubal Pregnancy

Chuai Zhinhua, Dong Yuwei, Yang Xuechun, et al.

Shijiazhuang Railway Central Hospital, Shijiazhuang 050011

ABSTRACT: Objective: To evaluate the efficacy of radiologic intervention technique in the treatment of ectopic tubal pregnancy with home-made special cannula. Methods: Under fluoroscopic control, selective transcervical cannulation of fallopian tubes was performed in ten women who had been diagnosed as early unruptured tubal pregnancies. During the procedure, the ectopic tubal gestations were treated by intratubal instillation of methotrexate (MTX). Results: Treatment was successful in 9 of the 10 cases with the eventual result of complete resolution of the gestation sac (GS) and termination of the ectopic pregnancies. The remaining one subsequently underwent surgery because of incomplete tubal abortion and continued bleeding during the conservative treatment. In successfully treated cases, the first menstrual period was observed in a mean period of 40 days after the treatment. Conclusion: Local MTX administration by means of transcervical tubal catheterization under fluoroscopic guidance provide a safe, effective and promising alternative for the management of unruptured tubal pregnancy, which may be readily accepted by patients.

Key words: Ectopic pregnancy Fallopian tube Radiologic intervention Methotrexate

输卵管妊娠发病率近来有明显增高^[1,2]。相应的早期诊断和对早期病例的非手术治疗也同时得到进展。大量病例被确诊于异位妊娠早期,使治疗观念发生更新,妇科手术切除已不再是主要治疗手段。期待疗法也实感消极、被动。我院采用介入放射学方式,利用自行改制的选择性输卵管套管成功地开展了对输卵管妊娠的治疗,介绍于下。

作者单位:050011 石家庄铁路中心医院

资料与方法

一、一般资料

本组输卵管妊娠 10 例、年龄 24~39 岁、平均 32 岁;除 1 例为首次妊娠、余均为产后宫内节育器使用期间受孕。发生部位,左侧输卵管 3 例,右侧 7 例;孕囊(GS)位于输卵管间质部 2

例,峡部 5 例,壶腹部 3 例。

二、病例选择

(一)临床平素月经规律,有停经伴不规则阴道出血,下腹痛等病史。本组停经 35 ~ 50 天,平均 41 天,均伴阴道不规则出血,仅 1 例无下腹痛。

(二)血 β -hCG 单位(快速放射免疫测定 RIA)升高。本组升高值 243 ~ 1136mIU/ml,平均 457mIU/ml(正常值 < 20mIU/ml)。

(三)B 超检查,除外宫内妊娠,发现一侧输卵管低回声 GS。本组术前均经 B 超证实,其 GS 大小 1.2cm ~ 2.6cm,2.0cm 以内共 8 例。

三、治疗方法

病人仰卧于 X 线诊查床端,取膀胱截石位。在无菌手术操作条件下,以探针测定宫腔位置,大小,并决定所选用套管。在 X 线透视监视下经宫颈置入自行改制的双弯输卵管套管,并选择性插入患侧输卵管。推注少量造影剂确认后行选择性输卵管造影(SSG),了解记录输卵管情况及推药压力与药液分布关系。于患侧经套管注入 MTX25mg(溶于 5 ~ 10ml 生理

盐水中)。推注时往往有一定的阻力,注意参照造影所见对应注药压力,且注药速度宜缓慢并保持一定的压力。留置套管与注射器数分钟后。将套管移至宫腔,向宫腔内缓注庆大霉素 16 万单位,遂取出套管,结束治疗。

术日起常规使用止血剂 5 天。

结 果

本组 10 例,4 例分别在首次介入治疗后的 5 ~ 11 天因血 β -hCG 下降不明显而行第二次治疗,余 6 例均一次治愈。

1 例壶腹部妊娠,在第二次治疗时造影显示 GS 倍增达 2.1cm × 3.4cm 大(图 1,2),血 β -hCG 由原 890mIU/ml 降至 451mIU/ml,临床阴道出血及腹腔内间断出血等流产征明显,于第二次介入治疗后第 9 天行妇科手术切除。术中见右侧输卵管壶腹部膨大约 5cm × 6cm × 5cm,无破裂,有陈旧血自伞端流出。切开膨大部,输卵管内包裹的陈旧血凝块间包埋坏死的 GS 组织。病理报告陈旧性输卵管妊娠(流产型)。

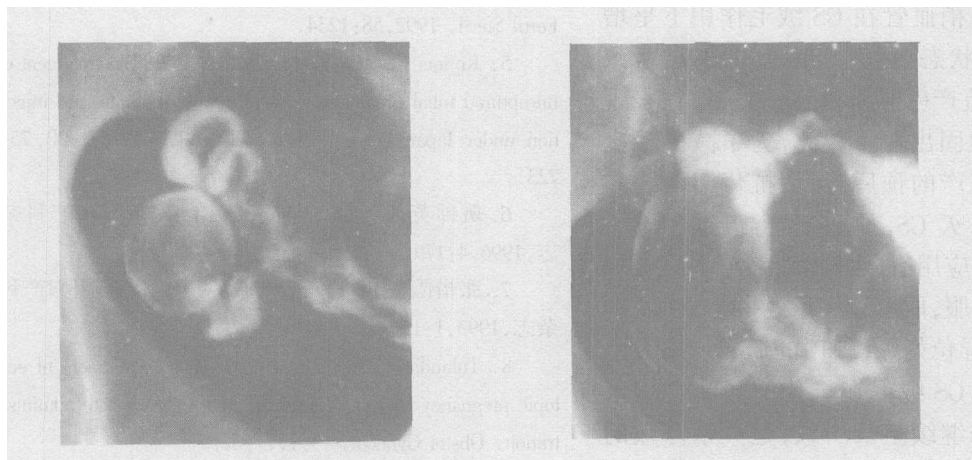


图 1 停经 50 天阴道出血伴下腹隐痛 5 天,血 β -hCG890mIU/ml,选择性左侧输卵管造影显示壶腹部 1.7cm × 2.0cm GS 影。

图 2 同侧,介入治疗后 7 天,血 β -hCG451mIU/ml,第二次造影显示 GS 影 2.1cm × 3.4cm,提示不全流产局部血肿形成。

本组除上例转手术,余 9 例血 β -hCG 值分别于治疗后 5 ~ 17 天转至正常,其中 7 例为 10 天内;正常月经恢复分别在治疗后 26 ~ 65 天,平均 40 天。

结合妇科手术证实,本组杀 GS 终止妊娠成功率 100%,介入治愈率 90%。

讨 论

一、输卵管妊娠介入放射治疗的可行性及优越性

随着输卵管妊娠准确的早期诊断方法的实现与普及,传统的妇科手术治疗已不再被视为主要选择。近些年来国内外报告了许多途径局部抗代谢类抗肿瘤药物灌注疗法的成功经验^[3~6],究其方式的不同,各自存在一定的局限,对间质部异位妊娠又存在一定的顾虑^[7]。应用介入放射学手段和自制套管,在具备介入治疗基本条件的单位就可以开展此项工作。最大优势在于能在影像监视下更直观地操作,使治疗更确切,创伤轻微而易为病人接受。但由于药物直接发挥作用的强度随输卵管长度的延续而减弱,我们体会对壶腹部的 GS 处理、需给予关注,本组行二次治疗的病例 3 例为此种情况。本治疗方法没有过多的禁忌,不失一简便易行的治疗。

二、对流产的相关处理

抗代谢药物直接作用 GS 绒毛发生坏死,有可能使部分或全部 GS 萎缩而脱落,形成完全或不完全性流产。由此造成相应输卵管的创面形成。此类创面末梢血管在 GS 绒毛作用下呈增多,扩张的丰富状态,区别于因血供不足所致 GS 萎缩脱落的流产(如期待疗法中),往往表现为自愈性差的顽固出血。因此,为了减少不全性流产和控制流产的预后,保证抗代谢药物的使用能可靠地杀灭 GS,预防不全流产的发生,在治疗后应及时应用有效的止血剂。本组常规选用云南白药口服,取得较满意效果。

三、持续性异位妊娠(PEP)的形成与预防

PEP 是由于 GS 绒毛在抗代谢药物作用下部分被残留下来继续生长所致,是关系疗效的重要环节。本组介入治疗后常规动态观察血 β -hCG 值的变化,及时发现 PEP 的可能,必要时追加第二次介入治疗可取得成功。本组 4 例行第二次介入治疗者即属此种情况。

四、抗代谢药物的毒副作用

妊娠时的滋养细胞增生活跃,对 MTX 呈极敏感状态。局部高浓度药物浸泡性分布是本介入治疗的特征。在保障充分作用时间的基础上,可达到小剂量高效应的目的,从而降低全血药物浓度。

局部小剂量 MTX 给药物作用发生率仅为 2%,且轻微、短、呈可逆性、无需特殊处理^[8,9]。可能出现的副作用包括胃肠道反应,肝肾功能损害甚或骨髓抑制等,本组均未发现。本组注药后 4 例有腹痛,轻者呈烧灼样下腹局限性痛,数分钟后自愈;重者经维生素 K₃ 肌肉注射数小时后缓解。

参考文献

1. 杨延林等,电视腹腔镜手术治疗异位妊娠 33 例,实用妇产科杂志,1996,4:195.
2. Dorfman SF. Epidemiology of ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol, 1987,30:173.
3. 葛春晓等,宫腔镜下输卵管插管并注入氨甲喋呤治疗输卵管妊娠. 中华妇产科杂志,1996,2:14.
4. Goldenber M, Adman D, Bider D, et al. Treatment of interstitial pregnancy with nw methotrexate via hysteroscopy. Fertil Steril, 1992,58:1234.
5. Kojima E, Abe Y, Morita M, et al. The treatment of unruptured tubal pregnancy with intratubal methotrexate injection under laparoscopic control. Obstet Gynecol, 1990,75:723.
6. 戴钟英,异位妊娠的保守治疗,实用妇产科杂志,1996,4:179.
7. 张惜阴,输卵管妊娠的腹腔镜手术,实用妇产科杂志,1993,1:12.
8. Tulandi T, Bret P, Atre M, et al. Treatment of ectopic pregnancy by transvaginal intratubal methotrexate administration. Obstet Gynecol, 1991,77:627.
9. Menard A, Hauuy JP, Crepuat J et al. Treatment of unruptured tubal pregnancy by local injection of methotrexate under transvaginal sonographic control. Fertil Steril, 1990,54:47.