

药浓度高于同等剂量的静脉化疗的 10 倍甚至 100 倍以上^[4]。动脉给药使癌组织暴露于药物作用之下。这种给药方式的改变,亦可弥补全身化疗的非选择性,从而使化疗具有了选择性、导向性,增大了抗癌效果,减少了毒性反应。可以逐步替代静脉化疗。

参 考 文 献

1. 连利娟. 卵巢癌治疗新进展. 见: 郎景和主编. 卵巢肿瘤的基础与

临床研究. 第一版, 北京医科大学和中国协和医科大学联合出版社, 1995, 344.

2. 汤钊猷主编. 现代肿瘤学. 第一版, 上海医科大学出版社, 1993, 425.

3. 汤钊猷主编. 现代肿瘤学. 第一版, 上海医科大学出版社, 1993, 378.

4. 李麟荪主编. 临床介入治疗学. 第一版, 科学技术出版社, 1994, 3.

(收稿: 1999-09-10)

• 临床经验 •

介入技术治疗输卵管妊娠的临床研究

董峰 陈广英 颜世菊

输卵管妊娠属于妇产科常见的异位妊娠, 传统的治疗方法是剖腹切除患侧输卵管。这不仅给患者带来痛苦, 增加其经济负担, 同时也使有生育要求的患者减少或丧失再孕的机会。80 年代以来, 由于放射免疫测定及超声、腹(宫)腔镜等检查手段的出现, 使异位妊娠的早期诊断成为可能, 为药物保守治疗创造了条件, 各种肌注、静注杀胚药物治疗输卵管妊娠的技术相继开展^[1, 2], 但是都存在着疗程长、副作用大的缺点。近年来, 随着腹(宫)腔镜诊断和治疗技术的发展, 传统手术治疗输卵管妊娠的方法逐步被用腹(宫)腔镜穿刺输卵管注入杀胚药物这一技术所取代^[3-5]。然而, 这种设备造价昂贵、操作复杂, 并仍属于侵入性操作, 应用仍受限制, 吸取腹(宫)腔镜治疗输卵管妊娠的经验, 结合介入治疗的特点, 我们总结出应用同轴导管系统治疗输卵管妊娠的新方法。现将我们临床治疗的 11 例情况报道如下。

材料与方 法

一、材料

5.5F、3.5F 导管各一条, 0.038"、0.018" 超滑导丝各一条。杀胚药物氨甲喋呤(MTX)。

二、方法

让患者取膀胱截石位。在 X 线影象监视导向下, 将 5.5F 导管用 0.038" 导丝引导插入宫腔内, 轻轻探及患侧输卵管内口, 将导管送入输卵管内 1~2cm 深度, 抽出导引导丝, 注入造影剂, 观察输卵

管形态及管内充盈缺损情况。如有充盈缺损证实为孕囊所在。随后再把 3.5F 导管用 0.018" 导丝引导沿 5.5F 导管送至孕囊部位, 抽出导丝。将溶于 10ml 注射用水的 30mg MTX 经 3.5F 导管缓慢注入此段输卵管内, 并留置 5 分钟后拔出。同时注意观察患者的腹部症状和生命体征, 每 2 天测定患者血中 β -HCG 一次, 注意其动态变化, 直至降到非孕水平。1 周内未降至 50% 以下者, 行同法第 2 次治疗。

临床结果

本组 11 例, 年龄为 24~39 岁, 平均 29 岁。停经 32~55 天, 平均 41 天。除 1 例在治疗后第 3 天大出血随即施行手术外, 其余 10 例均用该方法治愈。其中 6 例系未破裂型, 3 例破裂型, 1 例为流产型。全部病例术前肝肾功能测定正常, 无明显贫血和生殖器官的畸形。血中 β -HCG 在 241~1147kIU 水平, B 超宫旁(输卵管)包块(孕囊)均小于 5.0cm, 明确除外宫内妊娠。流产型和破裂型的部分病例有不规则阴道流血或下腹坠痛感。4 例 B 超盆腔液性暗区在 0.7~2.3cm。8 例系使用宫内节育器避孕期的经产妇, 3 例为首次妊娠的初产妇。术后每 2 天测定血 β -HCG 一次, 降至 20kIU/L 为杀胚成功, 但最终治愈仍为月经恢复。4 例 1 周内血 β -HCG 下降不到原来水平的 50%, 重新同法第 2 次治疗后治愈, 其余 6 例血 β -HCG 分别在 4~7 天转降至正常, 月经恢复在治疗后 26~57 天, 平均 40 天。

作者单位: 276100 山东省郯城县第一人民医院(董峰, 陈广英); 山东省郯城县计划生育服务站(颜世菊)

讨 论

应用杀胚药物治疗早期输卵管妊娠已得到肯定^[6]。在用药途径上,除全身用药外,局部用药也有多种方式。局部用药系采用腹(宫)腔镜和阴道超声技术,但这两项技术仍属于侵入性操作,或多或少对患者产生损伤,带来一定的痛苦,而且所需设备昂贵、操作复杂,患者负担的费用高。我们采用同轴导管系统这一介入治疗技术治疗早期输卵管妊娠弥补了以上不足。一方面,该技术无创伤,患者所需费用相对较低,设备要求不高,操作安全简便,利于推广普及。另一方面,该操作是在 X 线显像监视下通过造影确定孕囊的位置,因此在治疗上更准确,减少了盲目用药所带来的不良反应。再者,该技术不完全受腹(宫)腔镜治疗中分型的限制,相对的拓宽了适应证的范围。

尽管如此,在治疗中应随时观察患者的病情变

化,定期测定血中 β -HCG 水平。对持续妊娠者及时给予重新治疗。为防止不全流产,术后早期口服云南白药,控制孕囊绒毛坏死后血管破裂出血。本组在采用此法后就再未见该现象发生。

参 考 文 献

1. 李自新. 早期异位妊娠治疗的动态. 中华妇产科杂志, 1994, 29: 568-569.
2. 戴钟英. 异位妊娠的保守治疗. 实用妇产科杂志, 1996, 4: 179-180.
3. Tanaka T. Treatment of interstitial ectopic. Pregnancy with MTX: report of a successful case. Fertil Steril, 1982, 37: 851-853.
4. 谢庆煌. 宫腔镜下输卵管插管注入 5-Fu 治疗输卵管妊娠. 中华妇产科杂志, 1994, 29: 106.
5. 葛春晓, 丁慧娟, 马莉. 宫腔镜下输卵管插管注入 MTX 治疗输卵管妊娠. 中华妇产科杂志, 1996, 31: 114.
6. Goldenber M, Adman D, Bider D, et al. Treatment of intersitital with methotrexate via hysteroscopy. Fertil Steril, 1992, 58: 1234-1235.

(收稿: 1999-10-26)

• 临床经验 •

选择性输卵管造影及再通术

潘建虎 陆雪华 吴锦章 俞一曼 葛珍芳 徐林宝 夏 17. 张峥程

输卵管梗阻是不孕症常见病因,约占女性不孕原因的 1/3, 以往诊断及治疗成功率不高, 1988 年澳大利亚皇家妇女医院 Rosch 和 Thurmono 医师首先采用介入放射学的选择性输卵管造影 (Selective Salpingography, SSG) 和再通术 (Fallopian Tube Recanalization, FTR), 提高了诊断和再通成功率, 我院自 1997 年 5 月以来用 Cook 公司生产的真空同轴导管子宫输卵管造影装置对 62 例病人进行了介入诊断和治疗, 现将结果报告如下。

材料与方 法

一、一般资料

1997 年 5 月~1999 年 4 月共对 62 例不孕病人施行 SSG 与 FTR。病人年龄 25~41 岁, 平均 30 岁, 其中继发性不孕 43 例, 原发性不孕 19 例。62 例均患有不同程度附件炎, 继发性不孕 43 例中 1 例为子宫肌瘤切除术后双侧输卵管粘连性梗阻, 1 例

子宫腺肌症, 7 例曾宫外孕行一侧输卵管切除, 1 例子宫分隔, 52 例因流产、括宫术后不孕。不孕时间 2~8 年, 平均 4 年。

主要器材: Cook 公司生产的真空同轴导管输卵管造影装置, 由真空泵、可动式宫颈吸杯、中心操作杆、9F、5.5F、3F 导管, 0.89mm (J 形、直头)、0.38mm 导丝各一根组成。

二、方 法

(一) 术前准备 时间选择在月经干净后 3~5 日内, 碘过敏试验, 血常规出血凝血时间测定, 血小板计数测定, 并充分了解病史。

(二) 操作步骤 仰卧截石位, 常规消毒铺巾, 扩阴器显示宫颈后, 用洗必泰擦洗干净, 先将宫颈吸杯锥形头 (含 9F 导管) 一起送入子宫颈外口稳住头部将真空吸杯向前推进罩住子宫颈外表面, 连接真空泵并抽吸真空, 借此封闭宫颈帽与宫颈间的缝隙, 操作操纵杆可控制子宫的位置, 注入造影剂不致从宫颈口外泄, 然后经 9F 导管 (导管尖固定在宫颈内口 1~2cm 处) 注入 60%~70% 复方泛影葡胺 5~10ml