

《现代医院》杂志栏目

- | | |
|---------|-------|
| 现代化纵论 | 专业技术篇 |
| 学科进展 | 论著·论述 |
| 实验与应用研究 | 临床经验 |
| 传统医学 | 医技诊疗 |
| 临床药学 | 护理技术 |
| 心理医学 | 医改实践 |
| 质量管理 | 应急管理 |
| 文化建设 | 人力资源 |
| 后勤支持 | 信息服务 |
| 社区卫生服务 | 预防保健 |
| 医师手记 | 港澳台链接 |
| 科技新知 | 辞海查新 |
| 院刊集锦 | 医院采撷篇 |

杂志社服务电话

020—83310901
83310902

历年期刊

更多>>

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索

文章标题 所有栏目 关键字 搜索

腹腔镜手术联合药物治疗预防术后持续性

[作者: 李炼红] 来源: 本站原创 阅读数: 157

广东省梅州市五华县人民医院514400

【摘要】目的 进一步探讨腹腔镜手术联合药物治疗异位妊娠的临床疗效。方法I组采用腹腔镜下挤压法排出患侧输卵管内妊娠物加甲氨喋呤局部浆肌层及系膜内注射。II组为腹腔镜术前或术后口服米非司酮。术后行输卵管通液术检测输卵管通畅情况。III组腹腔镜下输卵管内注入MTX术后口服米非司酮。术后行输卵管通液术检测输卵管通畅情况。结果220例手术均获成功,无中转开腹者,血清 β -HCG 10-12天基本恢复正常,输卵管通畅率达95%。结论 腹腔镜手术联合第III组药物治疗异位妊娠比传统的开窗术更微创,具有较高的临床优势,输卵管通畅率高,术后无一例持续性异位妊娠发生。

近年来异位妊娠的发病率呈逐年上升趋势,严重危及孕妇生命及生殖健康。其治疗上通常有手术治疗和保守治疗。随着异位妊娠早期诊断率的提高,为保守治疗早期异位妊娠,保留患者生育功能创造了条件。临床上保守治疗常用药物有甲氨喋呤、米非司酮等。现将我院采用腹腔镜下手术配合药物治疗220例异位妊娠,均要求保留生育功能,取得满意临床效果。

现将临床及实验结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 病例选择:选自2007年1月至2009年7月我院妇科总住院患者2860例,其中异位妊娠456例占总住院患者16%,456例异位妊娠中,220例选择腹腔镜手术配合药物治疗,220例病例中无腹腔内出血198例,腹腔内出血 $<200\text{ml}$ 22例。年龄18-40岁,经产妇100例,未产妇120例,有人工流产史者15例,均要求保留生育功能。并按用药分为3组。I组:73例,采用腹腔镜手术加MTX治疗 II组:73例,采用腹腔镜手术+口服米非司酮治疗 III组74例,采用腹腔镜下患侧输卵管注射MTX,术后口服米非司酮治疗,所有患者均住院治疗。

1.2 诊断依据及适应证的选择 [1]有停经史或虽无停经史有异常出血史,伴有或不伴有腹痛,尿HCG阳性。②生命体征平稳,无活动性腹腔内出血③超声显示附件包块 $\leq 5\text{cm}$,无血管搏动,直肠子宫陷凹积液 $\leq 3.0\text{cm}$ ④刮宫后血清 β -HCG呈持续异常升高,血 β -HCG $<2000\text{u/l}$ ⑤输卵管妊娠未发生破裂或流产⑥无肝、肾功能障碍及血象异常现象,外周白细胞 $\geq 4.0 \times 10^9/\text{L}$;血小板 $\geq 100 \times 10^9/\text{L}$; ⑦无药物治疗的禁忌症。

1.3 治疗方法. 腹腔镜下挤压法排出输卵管内妊娠物,随机分为三组: I组为甲氨喋呤20mg经3ml生理盐水稀释后注入患侧病灶下输卵管浆肌层及系膜内,致系膜肿胀,局部输卵管壁发白。II组为腹腔镜术前24h顿服米非司酮150~200mg,服药前后2小时空腹,温开水送服,观察血 β -HCG改变,1周后血 β -HCG下降45%,重复治疗一次。III组采用腹腔镜下输卵管浆肌层及系膜内注入MTX20mg,术后口服米非司酮片25mg,每天两次。三组各73、73、74例,平均年龄、孕周,治疗前血 β -HCG水平,附件包块直径比较差异无显著性。若观察过程中出现腹痛加重,内出血增多,血 β -HCG水平升高,改行手术治疗。

1.4 疗效评价 三组患者均于术前、术后每周测定血 β -HCG2次直至降至正常水平,每周复查阴道B超一次,以此判断治疗效果。用药期限为2~3周。并密切观察腹痛、阴道流血、血压及脉搏变化。治疗成功标准[2]:血 β -HCG下降至正常($<5\text{u/L}$),B超检查及妇科检查异位妊娠包块缩小或消失,子宫直肠窝液性暗区消失或 $<50\%$,生命体征正常为治愈。治疗失败标准:用药后,血 β -HCG持续不降或升高,患者出现腹痛或腹痛加剧,异位妊娠包块增大,最终以手术治疗,并病理证实为异位妊娠,超过3周视为持续性异位妊娠。

1.5 随访 随访一年内是否有重复性异位妊娠的情况,但无法对患者术后宫内孕是否由患侧或健侧输卵管受孕进行检测。

1.6 统计学方法 采用spss11.0统计软件包进行数据处理,计量资料采用x检验,计数资料采用x²检验。

2 结果

2.1 三组血清 β -HCG值变化情况。

患者治疗前后血清 β -HCG变化(u/l)由附表可见,术后第3天三组血清 β -HCG明显下降,与术前相比差异有显著性($p > 0.05$)。术后血清 β -HCG持续下降,术后第3天下降幅度皆 $> 85\%$,术后第10天基本恢复正常,三组之间差异无显著性($p > 0.05$)。

表1 三组血清 β -HCG值变化

组别
术前1天
术后3天
术后10天
I组(n=73)

2910.00±130.02

554.00±69.32

13.11±2.36

II组(n=73)

2869.00±140.29

602.00±49.24

16.99±5.13

III组(n=74)

2871.00±139.11

212.00±31.20

8.03±1.58

2.2 药物副反应

I组患者中有2例出现口腔溃疡,3例轻微恶心、腹泻等肠道反应,经对症治疗后症状消失,未出现明显的骨髓抑制。II组患者中口服米非司酮有2例出现恶心、呕吐胃肠道反应,经对症处理后症状消失。术后患者复查血常规及肝功能未见异常。III组病例未见明显副反应。

2.3 随访情况

随访一年,均未发生持续性异位妊娠。

3 讨论

腹腔镜手术可作为输卵管妊娠有生育要求者保守性手术首选。我们采用腹腔镜手术挤压法排出输卵管内妊娠物加药物治疗220例输卵管妊娠患者,手术均获成功。手术时间短,术中出血量少,血 β -HCG均降至正常,输卵管通畅率高。我们体会该法的优点:挤压法排出妊娠物比开窗术更微创,避免了电凝止血对局部周围组织的损伤,以及输卵管离断后疤痕造成的输卵管狭窄,异位妊娠手术后,监测血清 β -HCG是目前诊断持续性异位妊娠唯一可靠及准确的指标。胡萍[3]认为术后第3天血清 β -HCG水平下降 $<50\%$ 者,应怀疑持续性异位妊娠可能,术后第7天血清 β -HCG似未下降或反而上升,则可诊断为持续性异位妊娠。本文三组术后血清 β -HCG都明显下降,无一例PEP发生。

MTX属叶酸拮抗物,能与二氢叶酸还原酶活性部位结合,从而阻止嘌呤环与胸腺嘧啶核苷酸的合成,干扰DNA、RNA及蛋白质合成和胚胎滋养细胞分裂,而滋养细胞对MTX有高度敏感性,从而达到胎盘,绒毛变性坏死,胚胎死亡,达到治疗异位妊娠的目的。

米非司酮[4]是一种强效的抗孕激素药物,在分子水平与内源性孕酮竞争结合受体,产生抗强的抗孕酮作用。使妊娠绒毛组织蜕膜变性,释放内源性前列腺素,导致LH下降,黄体溶解,使依赖于黄体的胚囊坏死,导致流产,使胚囊易于剥离。胚胎着床部位无活动性出血,在术中无需行电凝止血,因而减少对输卵管管的损伤和干扰,能很好的保留输卵管功能的完整性,从而达到治疗的目的。

MTX局部注射能杀灭残存绒毛的绒毛组织,配合米非司酮口服,能有效、更快的抑制滋养细胞增长,减少PEP的发生,明显提高了保守性手术的成功率,且血 β -HCG下降幅度及速度明显低于其他组。

第III组两药有疗效相加的作用,能有效,更快地抑制滋养细胞增长,减少发生输卵管妊娠破裂的危险性,显著提高成功率,血 β -HCG下降速度及幅度明显高于单用MTX组与单用米非司酮组。

关于持续性异位妊娠的概念,1979年Kelly首次报道[5]:保守治疗异位妊娠后, β -HCG滴度不下降或反而上升,其特点是似有滋养细胞存活,血 β -HCG似保持一定水平,阴道不规则流血,最长30天,也有少数为手术后病例,血清 β -HCG仅下降原来10%以内。有报道保守治疗后持续性异位妊娠的发生率文献报道5-20%,高于手术组2.9-11%[6]。本实验中无发生持续性异位妊娠。

MTX是在术中使用,对输卵管内的胚胎组织无立即的药效作用,只对术后残留的滋养细胞有灭活作用,术中输卵管胚胎组织未坏死,不宜剥离。着床部位有活动性出血需电凝止血,对输卵管管腔的损伤和干扰大,不能很好的保留输卵管的完整性。配合米非司酮口服提高了保守性手术的成功率,目前预防PEP的关键是彻底清理妊娠物,术中妊娠物未取出前先不要冲洗,以免将绒毛组织冲入腹腔,妊娠物的取出要在直视下操作,对于较膨大的输卵管或妊娠物,将标本袋装后取出,预防绒毛腹腔积留。

因此,对需行保守性手术的异位妊娠患者应严格掌握指征,术中要仔细操作,术后定期监测血清 β -HCG下降水平,尽早发现PEP并补充治疗。术后通液进一步提高输卵管的通畅率。临床医生可根据患者的愿望及患者的具体情况选择治疗途径。

参考文献:

1. 王淑玉,主编实用妇产科治疗规范.第11版、江茵;江茵,科学技术出版社,2002,11:151
2. 乐杰,主编,妇产科学.第6版,北京:人民卫生出版社,2004,1:110-116
3. 乐杰,主编,妇产科学.第5版,北京:人民卫生出版社,2002,111
4. 杨仁美、顾珏等.天花粉、甲氨喋呤、米非司酮对异位妊娠保守治疗的研究.实用妇产科杂志,2006,22(6):366-368。
5. 刘彦.实用妇科腹腔镜手术学.第1版.北京:科技文献出版社,2002,76-89
6. Hu PP. Early diagnosis persistent ectopic pregnancy JJ. The Journal of Practical Medicine,2003,19(12):1363-1364.

