文章编号:1000-5404(2010)14-1577-02

短篇论著

# 重复性异位妊娠保守性治疗后的生育结局分析

王东红,明祖谦,娄雪玲,张振东,安 强 (563003 贵州 遵义,遵义医学院附属医院妇产科)

**[摘要]** **目的** 观察有生育要求的重复性异位妊娠患者行保守性治疗后的生育结局。**方法** 回顾性分析采用保守性治疗的 151 例重复性异位妊娠临床资料,包括腹腔镜手术组 48 例、开腹手术组 66 例,药物治疗组 37 例,比较各组宫内妊娠率、再次异位妊娠率和/或持续性异位妊娠率。**结果** 腹腔镜手术组宫内妊娠率为 33.3%,显著高于其他两组($P<0.016\ 7$);与开腹手术组比较,腹腔镜组手术时间缩短为(30.21 ± 2.01)min,术中失血量减少为(25.32 ± 11.40)ml,差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 腹腔镜保守性手术是有生育要求、重复性异位妊娠患者的首选术式,有利于改善其生育结局。

**[关键词]** 重复性异位妊娠;腹腔镜手术;生育结局
**[中图法分类号]** R714.22;R711.6 **[文献标志码]** A

重复性异位妊娠(repeat ectopic pregnancy, REP)是指首次异位妊娠经手术或保守性治疗(手术或药物)后,再次在子宫外的输卵管、卵巢或腹腔内妊娠[1]。由于 REP 易误诊,且后果严重,越来越受到临床的重视。而 REP 治疗后的生育结局也成为医患双方关注的焦点。REP 的发生率低,就其治疗后的生育结局国内报道罕见。本研究回顾性分析了保守性治疗后的重复性异位妊娠 151 例,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2000 年 1 月至 2008 年 1 月本科共收治异位妊娠 3 098 例,其中 REP 为 579 例,占同期收治异位妊娠的 18.70%。有生育要求而成功采用保守性治疗的 REP 共 198 例,其中保持随访 2 ~ 3 年的共 151 例,失访 47 例。

151 例 REP 患者据治疗方法不同分为 3 组。腹腔镜手术组:48 例,年龄(33.25 ± 4.96)岁;开腹手术组:66 例,年龄(32.85 ± 6.32)岁;药物治疗组:37 例,年龄(33.03 ± 6.65)岁。药物治疗组均为确诊病例,均具备化学药物治疗指征并排除了用药禁忌[2];手术组均具备手术治疗指征[2],均经术后病理确诊。各组既往情况和一般资料比较见表 1、2,差异均无统计学意义($P>0.05$)。由于本组资料"既往异位妊娠治疗方法"分层多,估计各分组中的干预措施与治疗措施存在相互效应的可能性小,故未将"既往异位妊娠治疗方法"作为指标参与均衡性检验。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 药物治疗组 以 6 d 为 1 疗程。在疗程第 1 天起服用米非司酮,25 mg,2 次/d × 6 d;疗程第 2 天予甲氨蝶呤(MTX)50 mg/m$^2$,单次肌肉注射,同时口腔护理预防消化道副反应;有附件包块的在疗程第 2 天加用以天花粉为主方的杀胚中药(1 副,3 次/d × 6 d)。每 6 ~ 7 天复查血常规、肝肾功能、阴道 B 超及血 β-HCG 水平。据复检结果调整用药,直至血 β-HCG 正常,盆腔包块消失。

1.2.2 手术治疗组 经腹腔镜或开腹实施保守性手术。据术中情况分别采用不同的术式,主要术式包括输卵管伞端妊娠物挤压术、壶腹部妊娠线性切开或开窗术、峡部妊娠节段性切除术等。术中清除病灶后,在患侧输卵管均局部注射 MTX 20 ~ 50 mg。术后第 3 天复查血 HCG,观察血 β-HCG 水平直至正常。

**表 1 3 组患者既往异位妊娠情况比较**

| 组别 | $n$ | 既往患异位妊娠次数(例) | | | 距离前次异位妊娠时间(月) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 次 | 2 次 | 3 次 | |
| 腹腔镜手术组 | 48 | 34 | 9 | 5 | 42 ± 7 |
| 开腹手术组 | 66 | 44 | 13 | 9 | 48 ± 11 |
| 药物治疗组 | 37 | 26 | 7 | 4 | 39 ± 10 |

### 1.3 随访

由专人负责纳入观察的 REP 患者在我院妇科门诊的随访,均随访 24 ~ 36(29.17 ± 2.21)个月。术后 2 ~ 3 个月,在月经干净后 3 ~ 7 d 内行子宫输卵管碘油造影(hysterosalpinography, HSG)。观察治疗后的宫内妊娠率、重复性异位妊娠率和/或持续性异位妊娠率。对随访中子宫输卵管碘油造影提示输卵管形态异常及通畅异常者,及时行宫腔镜检查、中药治疗或输卵管介入等,以期提高术后宫内妊娠率。对有输卵管损伤,术后 12 ~ 18 个月仍未自然受孕者,建议采用辅助生殖技术解决其生育问题。

**表 2 3 组患者一般情况比较**(例)

| 组别 | $n$ | 不孕史 | 输卵管损害 | 无子女者 | 既往手术史 | 临床表现较典型 | 盆腔炎史 | 剖宫产史 | 引产史 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 腹腔镜手术组 | 48 | 15 | 16 | 42 | 28 | 28 | 46 | 6 | 8 |
| 开腹手术组 | 66 | 19 | 13 | 58 | 33 | 41 | 59 | 10 | 13 |
| 药物治疗组 | 37 | 12 | 13 | 30 | 17 | 22 | 34 | 5 | 6 |

**[通信作者]** 王东红,E-mail: wangdonghong1970@126.com

**表3 3组患者住院及随诊情况比较**

| 组别 | $n$ | 平均住院日(d) | HSG[例(%)] | | 宫内妊娠[例(%)] | | 再次异位妊娠[例(%)] | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 正常 | 异常 | 发生 | 未发生 | 发生 | 未发生 |
| 腹腔镜手术组 | 48 | 5.12±1.02[ab] | 34(70.8) | 14(29.2) | 16(33.3)[ab] | 32(66.7) | 2(4.2) | 46(95.8) |
| 开腹手术组 | 66 | 7.41±0.97[a] | 45(68.2) | 21(31.8) | 7(10.6)[a] | 59(89.4) | 3(4.5) | 63(95.5) |
| 药物治疗组 | 37 | 20.21±2.28 | 26(70.3) | 11(29.7) | 4(10.8) | 33(89.2) | 2(5.4) | 35(94.6) |

a:$P<0.01$,与药物治疗组比较;b:$P<0.01$,与开腹手术组比较

**表4 2组手术患者手术情况比较**

| 组别 | $n$ | 手术时间(min) | 术前失血量(ml) | 术中失血量(ml) | 妊娠部位[例(%)) | | 持续性异位妊娠(例) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 同侧 | 对侧 | |
| 腹腔镜手术组 | 48 | 30.21±6.01 | 405±45.25 | 25.32±11.40 | 11(22.9) | 37(77.1) | 1 |
| 开腹手术组 | 66 | 66.35±8.58 | 378±63.86 | 87.08±13.17 | 18(27.3) | 48(72.7) | 2 |
| $P$值 | | <0.01 | 0.654 | <0.01 | 0.598 | | >0.05 |

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 13.0 for Windows统计软件分析数据。计量资料用$\bar{x}\pm s$表示,运用$t$检验及单因素方差分析,检验水准为0.05;计数资料采用Pearson $\chi^2$检验及校正$\chi^2$检验,当最小理论值小于5时采用似然比$\chi^2$检验(Likelihood Ratio),检验水准为0.05。

## 2 结果

### 2.1 各组患者住院及随诊情况比较

与药物治疗组比较,腹腔镜手术组及开腹手术组的平均住院日均缩短,差异有统计学意义($P<0.01$)。腹腔镜手术组的宫内妊娠率为33.3%,高于开腹手术组及药物治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。具体见表3。

### 2.2 两组手术患者手术情况比较

经手术及病理证实,手术组114例均为输卵管妊娠。腹腔镜手术组手术时间及术中失血量均少于开腹手术组,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表4。

## 3 讨论

本组重复性异位妊娠的发生率为18.70%,与林俊[1]报道接近。本结果提示导致REP的可能因素依次有:盆腔炎史(92.05%)、经腹及腹腔镜手术史(51.66%)、本次妊娠前输卵管损害(34.44%)、既往有不孕史(30.46%)、年龄>35岁(23.18%),与Bangsgaard等[3,4]报道相符。特别是前次异位妊娠经过药物保守治疗或手术治疗后,均可能引起输卵管腔狭窄、部分黏连或管壁的部分扭曲,致使输卵管通而不畅。针对性的病因预防可能是降低REP的关键之一[5,6]。故有生育要求的女性应尽量避免发生盆腔炎,争取在35岁前妊娠及降低手术史,这对降低REP及改善其生育结局可能有益。

本组资料提示,与开腹手术及药物治疗比较,采用腹腔镜手术组的宫内妊娠率高、手术时间短且术中出血少,差异有显著性($P<0.05$)。受多种病因的影响,REP腹腔镜手术后的宫内妊娠率低于首次异位妊娠患者,符合临床报道[7,8]。不同方式保守治疗REP的再次异位妊娠率及持续性异位妊娠率差异无显著性($P>0.05$)。由于腹腔镜保守性手术的微创性降低了术后盆腔粘连及对保留侧输卵管的创伤,有利于保护术后生殖状态[9];使得REP腹腔镜保守性手术后宫内妊娠率高于其他治疗手段。

综上所述,在严格把握手术适应症的前提下,对有生育要求的重复性异位妊娠患者实施腹腔镜保守性手术,其宫内妊娠率高于其他保守性治疗手段,有利于保护患者术后的生殖状况,可作为REP的首选术式。

## 参考文献:

[1] 林俊. 异位妊娠[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 238.
[2] 乐杰. 妇产科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 109-110.
[3] Bangsgaard N, Lund C O, Ottesen B, *et al*. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy[J]. BJOG, 2003, 110(8): 765-770.
[4] 周剑利, 刘聪慧, 韩萍. 影响输卵管手术后重复性异位妊娠发生的多因素分析[J]. 现代预防医学, 2009, 36(16): 3047-3049.
[5] Bouyer J, Coste J, Shojaei T, *et al*. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France [J]. Am J Epidemiol, 2003, 157(3): 185-194.
[6] 李宏. 术后重复异位妊娠79例病因分析及应对措施[J]. 临床和实验医学杂志, 2009, 8(5): 30-31.
[7] 谢咏, 王刚, 林铁成, 等. 输卵管妊娠患者腹腔镜保守性手术后生育状况及其影响因素分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2007, 23(6): 433-436.
[8] 星阳. 异位妊娠的治疗进展及生殖状况[J]. 海南医学, 2007, 18(5): 156-158.
[9] 王海英, 闻安民, 姚书忠, 等. 腹腔镜手术保护输卵管妊娠术后生殖状态的价值[J]. 中国内镜杂志, 2007, 13(6): 580-582, 586.

(**收稿**:2010-03-09;**修回**:2010-04-15)
(编辑 邓强庭)