维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg,2007,Vol.16,No.4

异位妊娠的诊断及中西医治疗进展

Progress in diagnosis and treatment of eccyesis with integrated traditional and western medicine

代翠婷,朱永萍 (新疆伊犁州奎屯医院妇产科,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 异位妊娠;输卵管;诊断;治疗
[中图分类号] R714.22 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0277-02

正常妊娠时,孕卵着床于子宫体腔内膜,当孕卵在子宫体腔以外的部位着床发育称为异位妊娠,习惯上称为宫外孕。根据孕卵着床部位不同,可分为输卵管妊娠、腹腔妊娠、卵巢妊娠、宫颈妊娠等,其中以输卵管妊娠最常见,育龄女性均可发病。本文就输卵管妊娠的病因、临床表现、以及诊治等方面的进展综述如下。

1 病因

常见病因有慢性输卵管炎导致输卵管管腔粘连狭窄、堵塞或管形扭曲,阻碍孕卵的正常运送,使之未到达宫腔即在输卵管内着床;输卵管过长等发育异常及输卵管蠕动等生理功能异常亦可导致孕卵运送障碍,发生宫外孕;输卵管手术后可因瘢痕使管腔狭窄而致病;盆腔子宫内膜异位症可导致盆腔内广泛粘连,使输卵管扭曲变形,蠕动受到影响,从而导致宫外孕;另外,孕卵的游走可因移行时间过长,孕卵未及到达宫腔即在输卵管内着床,引起宫外孕[1-2]。

2 输卵管妊娠的结局

输卵管管壁薄弱,管腔狭小,不能适应胎儿生长发育,当输卵管膨大到一定限度,可能发生胚胎部分或全部从输卵管管壁剥离,经输卵管蠕动排至腹腔,形成流产或继发腹腔妊娠;如果胚胎向外生长穿透输卵管肌层及浆膜层时导致输卵管破裂大出血。输卵管妊娠部位不同,其发病时间及结局也不同。壶腹部妊娠一般在妊娠8~12周发病,以流产型多见。峡部妊娠在妊娠6周左右发病,往往发生输卵管破裂。间质部妊娠较少见,但几乎全为破裂型,约在妊娠4个月时发病,往往在极短时间内发生致命性腹腔内出血。另外,输卵管妊娠流产或破裂,一般囊胚从输卵管排出到腹腔内,多数死亡,但偶尔也有存活者,若存活的胚胎绒毛组织排至腹腔后重新种植而获得营养,可继续生长发育,继发腹腔妊娠[3-4]。

3 临床表现

宫外孕的临床表现与孕卵在输卵管的着床部位、有无流产或破裂、发病时间及腹腔内出血量多少有关。宫外孕流产或破裂前,可有停经及妊娠反应,有时出现一侧下腹胀痛,检查时可有输卵管的肿大和压痛,输卵管检查也可无异常。宫外孕流产或破裂后,根据病情急缓分为急性和陈旧性两类,大约2/3属于急性宫外孕。急性宫外孕有三大临床表现:首先约80%的病人有停经史;其次,常有一侧下腹疼痛,伴恶心和呕吐,有时肛门有坠胀感,严重时疼痛可向全腹扩散;第三,不规则阴道出血,色暗红量少,但淋漓不净,有时随出血可排出子宫蜕膜碎片。另外,腹腔内出血较多时,可出现面色苍白、脉搏快而细弱、血压下降等休克症状。陈旧性宫外孕指胚胎死亡、内出血停止后,原先的内出血形成的血肿逐渐机化变硬,并与周围组织粘连。患者多有不规则阴道出血、阵发性下腹痛、附件肿物及低热[5]。

4 异位妊娠的早期诊断

异位妊娠诊断的主要根据是病史、临床症状、体征、后穹隆穿刺以及实验室检查。但常在输卵管妊娠破裂流产,腹腔内出血,休克时才可以做出诊断,且病情危重。所以正确诊断异位妊娠必须依靠详细了解病史,全面地查体,并借助B超、实验室检验等辅助才能确诊[6]。主要包括血HCG、血孕酮、B超、诊断性刮宫、后宫隆穿刺、腹腔镜检查。

4.1 血β-HCG

血HCG的测定是确定异位妊娠的灵敏方法,受精7~10 d即可从血中测出,早孕期迅速增加,约每1~3 d上升2倍,动态观察血HCG变化时,2 d至少增加66%以上,如血HCG上升不正常,可为输卵管妊娠提供93%的阳性率,包括妊娠异位和不正常的宫内妊娠。但HCG阴性者,仍不能完全排除异位妊娠。

4.2 血孕酮

血孕酮在鉴别宫内妊娠及异位妊娠中的作用有争论,没有明确分界线,但一般认为血孕酮>80 μmol/L,提示正常宫内妊娠,血孕酮<10 μmol/L,提示异位妊娠,其准确率在90%左右。

4.3 B超检查

B超对异位妊娠诊断的确诊率大于90%~92%,采用阴道超声及彩色多普勒血流成像的应用,诊断率提高到95%。正常宫内妊娠时,如用腹部B超,6周可见孕囊,而用阴道超声,妊娠5周即可见到孕囊。如把B超和HCG结合起来分析,其确诊率可达99%。输卵管妊娠发生破裂或流产时,盆腔可发现液性暗区,宫旁可发现强弱不等的不规则回声团块,时间较久可形成内部回声杂乱,边界增厚,并与子宫粘连的团块。

4.4 诊断性刮宫

由于宫内异常妊娠的症状、体征、HCG改变与异位妊娠相

[收稿日期] 2007-03-05 [修回日期] 2007-05-07

维普资讯 http://www.cqvip.com

似,在B超不能完全确诊者应行诊断性刮宫术,如刮出组织病检或肉眼可见绒毛组织,术后血β-HCG逐渐下降,即为宫内妊娠,如诊刮未发现绒毛,β-HCG下降不显著或上升则为异位妊娠。但异位妊娠的子宫内膜变化并无特征性,因而单靠诊断性刮宫对异位妊娠的诊断有很大的局限性。

4.5 后宫窿穿刺

后宫窿穿刺辅助诊断异位妊娠被广泛采用,常可抽出血液放置后不凝固,其中有小凝血块。若未抽出液体,也不能排出异位妊娠的诊断。

4.6 腹腔镜

通过以上五种检查方法,98%的早期异位妊娠患者可以明确诊断,仅对极少数诊断较困难的患者则需腹腔镜检查,可及时明确诊断,并可同时手术治疗。

5 治疗

宫外孕的治疗可分为手术治疗和保守治疗。对于有严重内出血并发休克者、保守治疗无效病情加重者、可疑输卵管间质部妊娠者应采取手术治疗。手术方法主要有患侧输卵管切除术、腹腔镜探查术。对有生育要求的患者应尽量保留输卵管。对于无宫外孕流产或破裂的患者,以及病情较轻无内出血或内出血少的流产型患者,可以采用保守治疗。非手术治疗主要介绍中西医治疗的部分方法[7-9]。

5.1 甲氨蝶呤(MTX)加中药

MTX能干扰DNA的合成和细胞倍增,用于杀灭异位妊娠中的滋养细胞,是治疗异位妊娠的首选化学剂。其用法包括:①系统性治疗MTX 1 mg · kg^{-1} · d^{-1},第1、3、5、7天肌内注射,第2、4、6、8天肌内注射甲酰四氢叶酸钙(CF)0.1 mg · kg^{-1} · d^{-1};②单剂量治疗:MTX 150 mg单次肌内注射。在用MTX的同时加用中药:丹参、柴胡、赤芍各15 g,桃仁9 g,三棱、莪术各3~6 g,每天1剂,水煎分2次服,1个月为1个疗程;如输卵管妊娠包块未完全吸收,可服3个疗程,但后2个疗程为每2天1剂。应用MTX的禁忌证包括:MTX过敏、哺乳期、免疫缺陷、酒精中毒、酒精性肝病、肾、肝、或血液等的功能失调。注射用药后24 h开始采用中药外敷下腹部,药用樟脂6 g,血竭9 g,松香9 g,银珠9 g,麝香0.06 g,将前四药研细加热成糊状,涂于布上,然后将麝香撒布于药面,趁热贴于腹部疼痛处,用于未破损期或陈旧性异位妊娠。

5.2 中药加5-氟尿嘧啶(5-FU)

5-FU通过影响DNA的合成,从而抑制滋养细胞生长,致滋养细胞死亡。5-FU杀胚作用确切,且对输卵管组织无破坏作用,病灶吸收后,输卵管保持通畅。配合中药以活血化瘀、消症散结为原则,可杀死孕卵,促进包块吸收。对早期异位妊娠患者以每日5-FU 10~15 mg/kg,加入5%葡萄糖注射液500 ml中缓慢静脉滴注6~8 h,连用6~8 d,加服中药:丹参20 g,赤芍、桃仁各12 g,乳香、没药各10 g,每日一剂煎服。连服14~21 d。用药过程中严密观察病情,并隔日复查HCG一次,每周复查B超二次,如病情有变化应及时处理。停药3 d后复查血、尿HCG,若仍无明显下降,即1周后可重复用药1个疗程;若血、尿HCG有所下降,仅需继续服中药观察至痊愈。

5.3 米非司酮加中药

米非司酮通过竞争性结合孕酮受体而阻断孕酮作用引起蜕膜的变性,核分裂减少,继而导致绒毛组织变性,蜕膜坏死,体内HCG水平下降。明确诊断后、米非司酮100~150 mg/d,口服3天为一疗程,同时15~29剂中药:丹参、金银花、赤芍各15 g,桃仁、乳香、没药各9 g,三棱、莪术各6 g,一日二次。为加快包块吸收,可辅以中药外敷。

综上所述,中西医结合治疗异位妊娠,虽然方法各异,但均采用西药杀胚,再配合具有杀胚、活血化淤、消症散结的中药,可弥补西药的不足,使之更加完善。中西医结合治疗异位妊娠,为该病的非手术治疗提供了经验,但保守治疗往往疗程过长,一般在2周以上,如何缩短疗程,寻找快速有效的方法,有待进一步在临床上总结经验,探索研究[10-11]。

[参考文献]

[1] 丁小玲. 中西医结合治疗异位妊娠的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2005,14(14):1847.

[2] 张国琼. 米非司酮配伍中药保守治疗异位妊娠的临床观察[J]. 实用中西医结合临床,2005,5(4):46.

[3] 韩继红,刘 全. 中西医结合保守治疗输卵管妊娠36例[J]. 甘肃中医学院学报,2006,23(3):33.

[4] 汪桂兰,陈 颖. 中西医结合保守治疗异位妊娠165例[J]. 中国实用乡村医生杂志,2005,12(6):51.

[5] 马丽莉. 中西医联合用药治疗异位妊娠疗效观察[J]. 中国临床医生,2006,34(6):53.

[6] 谢英花. 中西医结合保守治疗异位妊娠63例临床体会[J]. 实用中西医结合临床,2005,5(6):47-48.

[7] 刘 巍,王智新,郭卫东,等. 中药配合米非司酮和甲氨喋呤治疗异位妊娠30例分析[J]. 遵义医学院学报,2005,28(5):457-458.

[8] 赵万英. 中西医结合治疗异位妊娠研究进展[J]. 现代医药卫生,2005,21(24):3405-3406.

[9] 郎秀荣,李 晖,刘新英,等. 甲氨喋呤、甲酰四氢叶酸钙配合中药治疗异位妊娠68例[J]. 河北中医,2006,28(6):451.

[10] 田春华,胡玉玲,杨树春. 宫颈妊娠11例临床分析[J]. 北京医学,2002,24(4):221.

[11] 赵 静. 异位妊娠误诊病例分析[J]. 第四军医大学学报,2002,23(22):2051.

(编辑:兰阳军)