

药物保守治疗输卵管妊娠 28 例的临床观察

云南省宜良县人民医院妇产科(云南 652100)

王彦菊

输卵管妊娠是一种最常见的异位妊娠,其治疗有手术和药物保守两种方法,临床根据患者的具体情况决定治疗方案。我科对 28 例患输卵管妊娠的妇女进行了中西医结合药物保守治疗,取得了满意效果,总结如下。

临床资料 本组 28 例患者根据以下几点进行确诊。(1)所有患者均有停经史,停经时间 40~59 天,其中 21 例患者有阴道少量流血,色暗红;19 例患者感下腹部或单侧下腹部隐痛。(2)HCG 检测:所有患者均有不同程度 HCG 升高(HCG 正常值范围 2~10mIU/ml),血 HCG 值为 1220~3178mIU/ml,尿 HCG 值为 630~2703mIU/ml。(3)超声检查:B 型阴道超声波检查均未见宫内妊娠,见一侧输卵管有大小不一,边缘不清的包块,部分患者子宫直肠凹有少量积液。(4)妇科检查:子宫正常或稍大,一侧附件可触及包块或增粗,触痛。28 位患者年龄 17~36 岁,平均 28 岁。已婚 25 人,未婚有性生活史 3 人。22 位患者至少有 1 个孩子。1 位患者有一次宫外孕病史,行患侧输卵管切除。放置宫内节育器 18 人。所有患者血压正常平稳,生活自理,腹部叩诊未叩出浊音。

治疗方法 对已明确诊断,拟行药物保守治疗的妇女,作血、尿常规,肝、肾功能,心电图检查,如无异常,采用统一方案治疗,即 5% 葡萄糖注射液 20ml 加氨甲喋呤 20mg 缓慢静脉推注

万方数据

杀胚治疗,1日1次,5天1个疗程,间隔5~7天开始下1个疗程,共3个疗程,无效改其他治疗方案。杀胚治疗期间每隔两天化验1次血常规,每1个疗程结束后作1次肝、肾功能检查,B超检查,复测血、尿HCG值。同时辅以中医治疗,治以活血化瘀,消肿杀胚,方以宫外孕Ⅰ号方或Ⅱ号方治疗。Ⅰ号方:当归15g 川芎9g 丹参15g 桃仁9g 红花9g 益母草15g 莪术9g 蒲公英15g 蜈蚣1条。Ⅱ号方:当归15g 茴香10g 官桂10g 芍药10g 五灵脂10g 元胡10g 川芎10g 炮姜10g 蒲黄10g,如患者有热象去炮姜和官桂。Ⅰ号方用于血、尿HCG正常前,Ⅱ号方用于HCG已降至正常,盆腔内仍有肿块者,至肿块消退停药。两方均水煎服,1日1剂,1日3次。剂数因人而异,Ⅰ号方15~25剂,Ⅱ号方40~45剂。

结 果

1 本组患者以临床征象、血、尿HCG水平、B型超声、毒性反应作为疗效判定标准(曹泽毅主编,中华妇产科学,北京:人民卫生出版社,2000:1314—1327)。27位患者血压平稳,自觉症状减轻,保守治疗成功;1位患者治疗期间突然腹痛加剧,血压下降,有急性内出血征象,行剖腹手术。21位患者2个疗程血、尿HCG降至正常,6位患者3个疗程HCG降至正常。B超检查盆腔肿块消退或缩小,其中3位患者HCG转阴后B超检查盆腔仍有直径4cm以下包块,服宫外孕Ⅱ号方1.5个月包块消失。因氨甲喋呤用药量小,本组患者仅有轻微的毒性反应,如纳差、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、口腔溃疡,1例轻度骨髓抑制,2例轻度肝功能异常,经对症处理后均好转,未影响治疗。所有病例HCG转阴后月经均复潮,时间为33~47天。

2 随访 27例患者于月经复潮后作输卵管通液,诊断通畅20例,占74.07%,通而不畅7例,占25.93%。19例患者于治愈0.5年内作子宫输卵管碘油造影,双侧输卵管显影通畅14例,占73.68%;5例患侧输卵管阻塞,占26.32%。

讨 论 从27例患者的治疗结果来看,中西医结合保守治疗输卵管妊娠是安全、简便和有效的,既可保留输卵管功能,又没有严重的副反应和并发症,特别适合于迫切要求保留生育能力的年轻患者或合并其他疾病不适宜手术或不愿手术治疗的患者。药物治疗安全、成功的关键在于早期诊断和严格选择患者,必须掌握其适应症:患者无明显腹痛,早期的输卵管妊娠未破裂流产或已破裂流产无活动性内出血,生命体征平稳,异位妊娠包块直径 $<5\text{cm}$ 。还要掌握其禁忌症:严重的肝肾疾患或凝血机制障碍,盆腔大出血、休克、有活动性出血,B超检查胎心存在的输卵管妊娠,血、尿HCG值 $>5000\text{mIU/ml}$ 以上者均不宜保守治疗。治疗过程中严密观察患者的自觉症状、生命体征非常重要,不可忽略,一旦有腹腔活动性出血征象应立即手术,以防贻误病情。对保守治疗成功的患者,及时作输卵管通液、子宫输卵管碘油造影,起到了诊疗兼任的作用,可提高输卵管的通畅率,从而达到了保守治疗的最终目的。

(收稿 2000-11-01 修回 2001-01-12)