

中药辅助治疗异位妊娠 24 例

襄樊市中医院妇产科(湖北 441000)

赵运华

我们自 1995 年以来,进行化疗加中药与单纯化疗治疗异位妊娠的对照观察,认为中药在改善症状,消除体征、缩短病程,恢复正常生育功能方面有独到之处,现报告如下。

临床资料

1 诊断标准 (1)停经或虽无停经但有异常阴道出血及不同程度腹痛;(2)妇科检查子宫小于孕龄大小,一侧附件触及包块或无包块但有明显压痛;(3)B 超检查宫内未见妊娠囊而一侧附件有包块,部分伴子宫直肠窝有液平;(4)血 β -促绒毛膜促性腺激素(β -HCG) $>3.1\mu\text{g/L}$ (正常值为 $<3.1\mu\text{g/L}$)。

2 资料 1995 年 5 月~1998 年 12 月,将诊断为异位妊娠的 48 例患者随机分成治疗组和对照组。治疗组 24 例,年龄 22~41 岁,平均 29 岁 孕龄 39~59 天,平均 49.5 天(其中 2 例无明显停经史) 经产妇 5 例,未产妇 19 例(其中 11 例有人工流产史,2 例有宫外孕手术史,5 例婚后 2 年未孕)。21 例伴下腹痛,3 例无明显腹痛 妇科检查 附件有压痛性包块 19 例,5 例未触及明显包块 B 超检测 异位妊娠包块直径 2.3~6.1cm,平均 4.4cm 血 β -HCG 平均值为 $33.5\mu\text{g/L}$ 。对照组 24 例,年龄 21~39 岁,平均 29.5 岁 孕龄 37~60 天,平均 48 天 经产妇 7 例,未产妇 17 例(11 例有人工流产史,3 例婚后 2 年未孕)。22 例伴下腹痛,2 例无明显腹痛 妇科检查 附件有压痛性包块 18 例,6 例未触及明显包块 B 超检测 异位妊娠包块直径 3.0~5.8cm,平均 4.1cm,血 β -HCG 平均值为 $34.2\mu\text{g/L}$ 。两组病例中均有不规则阴道出血,出血天数 3~21 天,平均 16 天,均无休克体征,平均血压 $13.3/9.3\text{kPa}$ ($100/70\text{mmHg}$)。B 超检测宫内均无妊娠囊,化验 肝肾功能均正常,外周血白细胞 $>4\times 10^9/\text{L}$,血小板 $>10\times 10^9/\text{L}$ 。两组病例临床资料经 χ^2 检验,无显著性差异($P>0.05$)。

治疗方法

对照组采用小剂量氨甲喋呤(MTX)多次给药法,每天 MTX 0.4mg/kg 肌肉注射,连用 5 天。化疗期间嘱患者尽量卧床休息,严密观察生命体征及腹痛情况。停化疗 1 周后测血 β -HCG 并复查肝、肾功及血象。血 β -HCG 下降 $\geq 15\%$ 者出院随访,观察临床症状消失时间、包块消散时间、血 β -HCG 降至正常时间、月经恢复状况及再次妊娠情况 若血 β -HCG 不下降或下降 $<15\%$,则行第 2 次化疗。治疗组杀胚治疗同上所述,于化疗后第 1 天开始内服中药,方用当归、川芎、赤芍、白芍、三棱、莪术、乳香、没药、青皮、香附、皂角刺、川楝子、炮姜、荆芥炭各

10g, 黄芪 30g, 每天 1 剂, 浓煎取汁 400ml, 分 2 次温服, 直至盆腔包块消散, 血 β -HCG 降至正常。

统计方法 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

结 果

两组病例中各有 3 例因在首次化疗中突发下腹剧痛, 血压有下降趋势, 改行手术治疗, 其余各有 21 例获得成功, 其中治疗组无 1 例进行第 2 次化疗, 1 个疗程化疗成功率为 87.5% ; 对照组 21 例有 3 例行第 2 疗程化疗治疗, 1 个疗程化疗成功率为 75% , 两组比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。在治疗成功的病例中, 以停止化疗时间开始计算, 患者阴道出血时间治疗组 (5~10 天) 平均 7 天, 对照组 (10~28 天) 平均 15 天 ; 腹痛消失时间治疗组 (3~8 天) 平均 5 天, 对照组 (7~20 天) 平均 10 天 ; 包块消散时间治疗组 (20~35 天) 平均 28 天, 对照组 (45~92 天) 平均 56 天 ; 月经恢复时间治疗组 (21~37 天) 平均 32 天, 对照组 (40~54 天) 平均 45 天 ; 血 β -HCG 转正常时间治疗组 (14~45 天) 平均 34 天, 对照组 (57~87 天) 平均 68 天 ; 两组比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。远期生育功能恢复比较, 治疗组 10 例欲生育者, 1 年内宫内妊娠 7 例, 受孕率为 70% , 其中 3 例为半年内正常受孕, 无 1 例发生重复异位妊娠 ; 对照组 8 例欲生育者, 1 年内正常受孕者 2 例, 受孕率为 25% , 1 例再次宫外孕行手术治疗。

讨 论

随着血 β -HCG 检测敏感性提高, 高分辨阴道 B 超的使用及化疗药物的临床应用, 异位妊娠的早期诊断及药物保守治疗已成为现实。如何在化疗杀胚后最大限度地缩短病程, 在保留生殖器官的前提下, 尽早地恢复生育功能是我们面临的新课题。本组临床观察结果表明, 中药具有化疗协同作用, 并能提高机体对血 β -HCG 的清除率。中西医结合治疗在缩短病程、消除体征、恢复正常生育功能方面明显优于单纯化疗治疗法。在中药的应用上我们进行了以下探讨 : (1) 先杀胚后消 , 避免病灶破裂, 提高非手术治疗成功率。活血祛瘀药以其加速血流、激活纤溶、抑制凝血的作用机理在治疗异位妊娠上有其两面性 : 当胚胎未坏死时, 绒毛侵及病灶血管, 引起局部出血, 在原本具有出血倾向的状况下, 服用活血祛瘀中药, 势必加重出血, 诱发病灶破裂, 使保守治疗趋于失败。而在化疗后, 胚胎死亡, 绒毛退化, 形成机化性包块后加用中药活血祛瘀, 可促进病灶吸收消散。(2) 攻补兼施, 行塞并用, 缩短出血时间。临床上药物保守治疗的患者阴道出血时间较手术治疗患者长, 其原因可能与药物保守治疗法的病灶清除不如手术切除迅速, 蜕膜剥离不彻底及化疗药物抑制骨髓造血机能, 机体抵抗力下降, 子宫内膜不能及时修复有关。重用黄芪, 佐以炮姜、荆芥炭益气温经止血, 能防止化疗中的骨髓抑制, 提高机体免疫力, 促进蜕膜排出及子宫内膜修复, 及早止血, 有利于月经恢复。(3) 行气活血并举, 加速包块消散, 防止和解除粘连, 为日后宫内妊娠创造条件。异位妊娠尤其是输卵管妊娠, 本身很大程度上是由于输卵管炎性粘连不通, 或炎症影响输卵管蠕动功能, 孕卵不能按时到达宫腔所致, 再经受一次异位妊娠病灶累及, 患侧输卵管的生理功能无异是雪上加霜。未能彻底药物治疗, 残存病灶及输卵管功能异常是再次异

位妊娠的高危因素。根据中医学‘气行则血行’‘少腹乃肝经所至’的理论,在中药处方上除使用活血祛瘀药之外,加入青皮、香附、川楝子等疏肝理气之品,引药直达病所,能加快妊娠产物的消散吸收,防止粘连。本观察中从原发或继发不孕患者患异位妊娠,经中西医结合非手术治疗后,反而能获得正常宫内妊娠,说明行气活血中药除消散异位妊娠包块外,对双侧输卵管功能亦有促进作用。

万方数据 (收稿:2000-07-31 修回:2001-03-14)