

B 超引导局部给予氨甲喋呤治疗输卵管妊娠效果的评价

李雪萍 缪玉辉 陆倩
(江苏省泰州市第四人民医院 泰州 225300)

关键词: 输卵管妊娠; 氨甲喋呤; 超声

中图分类号: R 714.221

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.052

为提高输卵管妊娠保守治疗成功率,降低氨甲喋呤(MTX)的毒副反应,探索输卵管妊娠保守治疗的新途径,对我院 2007 年 5 月~2010 年 10 月的 55 例早期未破裂型输卵管妊娠,采用 B 超引导下局部注射氨甲喋呤,并与肌肉注射进行了对比性研究,取得了较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 病例来源 2007 年 5 月~2010 年 10 月,我院收治确诊未破裂型输卵管妊娠 55 例,年龄 20~40 岁,平均 28 岁,停经天数 34~65 d(平均 45 d)。就诊时病人血压、脉搏稳定,血象、肝肾功能正常,无急性破裂大出血表现,超声检查包块最大径不超过 3 cm,血 β -HCG 水平不超过 5 000 IU/L,其中血 β -HCG 在 2 000~5 000 IU/L 者,局部注射组 8 例,占 22.8%;肌肉注射组 1 例,占 5.0%。根据自愿的原则,所有愿意进行保守治疗的病人均签有知情同意书。随机分为局部注射组 35 例和肌肉注射组 20 例。两组间年龄、包块大小、 β -HCG 水平无差异。

1.2 仪器和穿刺器材 AlokaSSD-500 型彩色超声诊断仪,穿刺探头频率 3.5 MHz,国产穿刺针 21 G。

1.3 方法 局部注射组:穿刺架和探头用固化甲醇提前 24 h 熏蒸消毒。穿刺过程:患者适度充盈膀胱,采用仰卧位。术前初步选好穿刺点,常规消毒辅巾。用消毒后的探头及穿刺专用附加装置,穿刺点局麻,并将穿刺针插入导向器针槽,沿引导线,通过腹壁各层直接穿入输卵管妊娠包块的孕囊内,然后拔出针芯,抽出孕囊内的液体,直到妊娠囊明显缩小后,用生理盐水 2 mL 将 100 mg MTX 溶解后注入妊娠囊内,退出针头。在整个过程中,观察患者的生命体征,术后观察几分钟,无不良反应后送回病房。肌肉注射组:给予肌肉注射 MTX 0.4 mg/kg $\times$ 5 d。

1.4 测量指标 B 超测量囊胚体积,实验室检测血 β -HCG 水平,每 4 天重复,直到包块小于 0.7 cm³ 或者血 β -HCG 降至 10 IU/L。治疗后第 4、7 天及每周检查肝功及血象。当病人血 β -HCG 不下降、出现平台期,或者血 β -HCG 升高、肿块无改变,或者病人 Douglass 窝出现积液、病人血动力学不稳定,需要手术治疗时,判断为治疗失败。

1.5 统计学处理 采用 SPSS10 软件对数据行两独立样本 *t* 检验。

2 结果

输卵管妊娠局部注射组 35 例均一次穿刺成功,每例只治疗一次。注射 100 mg MTX 治疗后 1 周血 β -HCG 定量明显下降,以入院时 β -HCG 为标准,多数病例下降 50% 以上。出院后每周复查 β -HCG,一般 4 周后降到正常(<3.1 IU/L)。每月复查 B 超,见宫外孕包块逐渐缩小,在 3~4 个月内输卵管妊娠包块吸收消失,32 例治疗获得成功(91.4%)。肌肉注射组 20 例患者中一次治疗成功 11 例(55.0%),二次治疗成功 5 例(25.0%),4 例(20.0%)保守治疗失败需手术治疗。输卵管妊娠局部注射组血 β -HCG 转阴时间少于肌肉注射组,差异有显著性(*P* < 0.01)。局部注射组无明显药物副反应,肌肉注射组有 3 例出现较为严重的口腔溃疡,有 7 例出现较明显的恶心、呕吐、厌食等不良反应。见表 1。

表 1 局部注射组与肌肉注射组疗效及毒副反应比较 ($\bar{X} \pm S$) 例(%)				
组别	<i>n</i>	成功	β -HCG 转阴时间(d)	毒副反应(例)
局部注射组	35	32(91.4)	26.5 $\pm$ 17.4	0
肌肉注射组	20	16(80.0)	38.7 $\pm$ 19.5	10
<i>P</i>		<0.05	<0.01	<0.01

3 讨论

输卵管妊娠是妇科常见的急腹症,包块未破裂时常无明显症状。一旦发生破裂,病情危急,可引起大量内出血休克,需紧急手术治疗。超声有助于未破裂异位妊娠的及时诊断和治疗。对于一些发现早、未破裂的输卵管妊娠患者,可采用超声引导穿刺抽出孕囊内液体,使包块缩小,再注入氨甲喋呤杀死胚胎,从而达到治疗目的,避免剖腹手术,实现了最低限度的外科干预。Menard 等^[1]于 1990 年报道了在 B 超引导下局部注射给药治疗输卵管妊娠方法,并认为该方法具有用药量少、对机体毒副作用小、成功率高的优点。本研究的优越性在于可保留患侧输卵管,对要求生育者更为适宜^[2]。因彩色超声能清晰地显示病变周围的血管,故可避免穿刺时误伤,药物高浓度集中于包块,直接起到治疗作用,因而与肌肉注射相比较,B 超引导下局部注射疗效更确定、副作用更小^[3]。彩色超声在临床普遍应用为临

中西医结合治疗先兆流产 30 例

王玲

(江西省高安市立医院 高安 330800)

关键词:先兆流产;中西医结合疗法;绒毛膜促性腺激素;中药

中图分类号:R 714.21

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.053

先兆流产是妊娠不满 28 周内出现腹痛下坠或伴腰酸、阴道流血、宫颈扩张等症状,妊娠 12 周内为早期先兆流产,其后为晚期先兆流产。近年来,笔者采取中西医结合治疗早期先兆流产,收到了良好的效果。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 6 月~2009 年 12 月 30 例我院门诊和住院患者,均符合先兆流产的诊断标准,停经时间在 12 周内,出血天数 1~15 d,年龄 22~30 岁者 20 例,31~40 岁者 10 例,孕次第 1 胎 4 例,有过人流 1 次者 18 例,2 次以上者 8 例;单纯阴道流血、血量小于月经量者 18 例,伴腰酸腹痛者 12 例,尿 HCG 检查阳性,B 超检查为宫内妊娠,胚胎发育正常。排除闭经、异位妊娠、死胎不下、葡萄胎等。

1.2 治疗方法 一般治疗:卧床休息,足够的营养支持,严禁性生活,稳定情绪。药物治疗:予绒毛膜促性腺激素 2 000 U 肌肉注射,每日 1 次,血止后隔日 1 次;止血合剂静脉滴注,每日 1 次;有腹痛者加用 10%葡萄糖 500 mL+25%硫酸镁 20~30 mL 静脉滴注;同时加用补益气血、固肾健脾安胎中药(白术 10 g、白芍 10 g、菟丝子 10 g、桑寄生 10 g、川断 15 g、炒杜仲 10 g、炒黄芩 6 g、砂仁 5 g、甘草 5 g、茯苓 10 g、木香 10 g、炒地榆 10 g),如大便秘结者去地榆加炒侧柏叶、炒茜草,上药清水煎 2 次,每次 300 mL,分 2 次或多次服。

1.3 疗效标准 有效:临床症状、体征消失,继续观察足月分娩或正常妊娠,胎儿生长发育正常;无效:病情无缓解,阴道流血继续,腹痛、腰酸存在或加重,最后难免流产,胚胎停育。

1.4 治疗效果 30 例中有效 28 例,治愈率 93.3%,中药最短服药 3 d,最多服药 9 d,平均 6 d。

2 典型病例

患者余某,女,30 岁,汉族,农民,2008 年 12 月 5 日初诊。主诉停经 50 d,腰酸腹痛伴阴道出血 2 d,患者结婚 7 年,已生一女儿,之后人流 1 次,停经 44 d 开始出现恶心、有时呕吐,感四肢乏力,始于 12 月 3 日因劳累出现阴道出血,色暗红量少,伴腰酸,大小便正常。尿 HCG 阳性,血 HCG 49 500 U/L,B 超检查宫内妊娠,胚胎发育正常。门诊诊断:先兆流产,请中医会诊并切脉,证属肾气亏虚,冲任不固,治宜补肾健脾。西药用绒毛膜促性腺激素 2 000 U 肌肉注射,每日 1 次,止血合剂静脉滴注,10%葡萄糖 500 mL+25%硫酸镁 20 mL 静脉滴注。中药:炒白术 10 g、白芍 10 g、炒杜仲 10 g、菟丝子 10 g、桑寄生 10 g、川断 15 g、炒黄芩 6 g、砂仁 5 g、甘草 5 g、茯苓 10 g、木香 10 g、炒地榆 10 g,服 3 剂,7 d 后出院,于 2009 年 7 月 20 日足月顺产一男婴。

3 讨论

妇产科先兆流产患者较多,目前临床治疗以西药激素类为主,药效快,但单纯西药治疗效果不是十分理想,并有一定的副作用;而传统经典中药对保胎养胎有良好的效果,但见效慢,只有将二者有机结合才能取得较好的效果。中医学认为,肾为先天之本,主生殖,胞脉系于肾,肾气虚损,肾精不足,阴阳失调,冲任不固均可导致胎动不安、胎漏。脾为后天之本,主运化水谷,化生精血,足以养胎。方中菟丝子补益肾精,桑寄生、川断、炒杜仲固肾以系胎,黄芩清热泄火,白术、茯苓益气健脾安神,白芍滋阴养血,砂仁行气和中,木香行气健脾:诸药合用,气血通畅,得以养胎。现代药理表明,补肾健脾之中药能改善卵巢子宫的血流,从而促进子宫卵巢的生长发育,提高孕激素水平,促使卵巢黄体发育,促进早孕期胎盘分泌绒毛膜促性腺激素,并使其分泌稳步上升,发挥抗流产效应,使妊娠得以继续。

(收稿日期:2011-06-08)

床保守治疗输卵管妊娠提供了一种新的治疗方法。

参考文献

[1]Menard A,Crequat J, Mandelbrot L,et al.Treatment of unruptured tubal pregnancy by local injection of methotrexate under transvaginal sonographic control[J].Fertil Steril,1990,54(1):47-50

[2]李文伦,张华民,付世文,等.经阴道超声引导穿刺注射氨甲喋呤治疗宫外孕[J].中华超声影像学杂志,2001,10(12):755
[3]侯智文,李文伦,赵明霞.腔内超声引导细针穿刺异位妊娠囊注射氨甲喋呤治疗宫外孕的研究 [J]. 中国超声医学杂志,2009,25(5): 501-503

(收稿日期:2011-05-19)