

疑难输卵管间质部妊娠的诊治探讨

林开清, 范华光, 许 泓, 张信美

(浙江大学医学院附属妇产科医院, 浙江 杭州 310006)

[摘要] **目的:**探讨输卵管间质部妊娠(间质部妊娠)的诊断和治疗方法,旨在为临床诊治提供线索。**方法:**分析2004年1月至2007年6月收治的4例疑难间质部妊娠患者的临床资料。**结果:**4例患者术前均误诊且均未生育,其中位年龄为30岁,中位停经时间为48天,术前中位血hCG值为3245.5 IU/L。2例患者行腹腔镜检查后确诊为间质部妊娠,其中1例在腹腔镜监护下经宫颈吸刮术;1例吸刮术失败后改行腹腔镜下间质部切开取胚术。另2例患者行宫腔镜检查后确诊为间质部妊娠,并在宫腔镜直视下插管,在胚囊植床部位注入50 mg MTX进行局部化疗。4例患者术后血hCG平均13天降至正常,术后3个月B超检查子宫均恢复完整性。**结论:**可疑间质部妊娠应及早行腹腔镜(或宫腔镜)检查;腹腔镜监护下经宫颈吸刮术(或宫腔镜插管局部化疗),可为要求保留生育功能的间质部妊娠年轻患者提供有效的保守治疗方法。

[关键词] 妊娠, 输卵管/诊断; 妊娠, 输卵管/治疗; 输卵管间质部妊娠; 腹腔镜检查; 宫腔镜检查; 吸刮术; 插管化疗

[中图分类号] R 713.8 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1008-9292(2008)06-0638-04

Diagnosis and treatment of complicated interstitial pregnancy

LIN Kai-qing, FAN Hua-guang, XU Hong, ZHANG Xin-mei (*Department of Gynecology, The Affiliated Obstetrics and Gynecology Hospital, College of Medicine, Zhejiang University, Hangzhou 310006, China*)

[Abstract] **Objective:** To review the diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. **Methods:** Four cases with complicated interstitial pregnancy were diagnosed and treated from January, 2004 to June, 2007 at the Affiliated Obstetrics and Gynecology Hospital, College of Medicine, Zhejiang University. The clinical data and follow-up records were analyzed retrospectively. **Results:** All 4 nulliparous patients were misdiagnosed before operation. The median age was 30 years (25-34 years), and the median duration of amenorrhea was 48 days (37-58 days). The median concentrations of serum beta-hCG were 3245.5 IU/L (282-30729 IU/L). Two patients with interstitial pregnancy had high levels of beta-hCG, and were diagnosed and treated under laparoscopy. Among them one patient was underwent transcervical curettage under laparoscopic guidance, and another underwent laparoscopic salpingotomy. The remained two patients had low levels of beta-hCG, and were diagnosed and treated under hysteroscopy, 50 mg

收稿日期: 2007-11-14 修回日期: 2008-04-02

作者简介: 林开清(1974-), 男, 硕士, 主要从事妇产科基础及临床研究。

通讯作者: 张信美(1966-), 男, 硕士, 主任医师, 主要从事妇科内异症基础及临床研究; E-mail: zhangxinm@zju.edu.cn

methorexate(MTX)was injected into the implanted sites under hysteroscopic guidance. The levels of serum beta-hCG in 4 patients dropped down quickly, reaching undetected levels at a mean duration of 13 days after operation. Three months postoperatively, ultrasonic examination revealed the normal contour of uterus. **Conclusions:** Endoscopic examination is helpful to make a correct diagnosis, and transcervical curettage (or transcatheter chemotherapy) under laparoscopic guidance (or under hysteroscopic guidance) may be a promising approach for young or nulliparous women with interstitial pregnancy who want to maintain future fertility.

[Key words] Pregnancy, tubal/diag; Pregnancy, tubal/ther; Pregnancy, interstitial; Laparoscopes; Hysteroscopy; Curettage; Chemotherapy, transcatheter

[J Zhejiang Univ (Medical Sci), 2008,37(6):640-643.]

异位妊娠是最常见的妇科急腹症之一,其中输卵管间质部妊娠(以下简称间质部妊娠)约占2%~4%左右^[1],患病早期症状不明显,具有隐蔽性,然而一旦破裂,病情极其凶险,死亡率达2%~3%^[2]。传统的间质部妊娠根治性手术是宫角部楔形切除(开腹或腹腔镜),这对于年轻要求生育的患者显然不合适。采用保守性手术(如切开取胚等)或药物治疗,往往因治疗疗程长、疗效不确定而使患者不愿接受。为此,作者通过分析4例疑难间质部妊娠诊治病例的临床资料,以探讨间质部妊娠的诊断和治疗方法,旨在为其临床的诊治提供线索。

1 临床资料

1.1 一般资料 2004年1月至2007年6月,本院收治了4例诊治疑难的输卵管间质部妊娠患者。4例患者孕/产次范围为1/0~4/0次,中位值为3.5/0次;均有生育要求且要求保留子宫的完整性;年龄分布为25~34岁,中位年龄为30岁;停经时间为37~58天,中位值为48天;术前血hCG范围为282~30729 IU/L,中位值为3245.5 IU/L,其中2例血hCG偏高,平均值为18395 IU/L,另2例血hCG偏低,平均值为356 IU/L;术前均误诊

为其它部位的异位妊娠,B超检查妊娠包块直径范围为1.2~5.0 cm,中位直径为2.3 cm。

1.2 治疗方法 本院对间质部妊娠所采用的微创治疗方法有:①腹腔镜监护下经宫颈吸刮术:在腹腔镜监护下,行阴道内常规消毒后用探针探明宫腔深度及患侧宫角情况,用5~13号海格氏扩张器将宫颈充分扩张,以利于吸头进入患侧输卵管间质部的操作;用6~7号吸头在负压(53.2 kPa)下全面吸刮宫腔内膜后,再将吸头插入患侧输卵管间质部操作,如无法插入,则用3号海格氏扩张器对准患侧宫角,小心扩张患侧输卵管开口,依次用3~7号扩张器扩张后,将6或7号吸头插入间质部在负压(53.2 kPa)下吸取内容物(见图1、2)。②腹腔镜下切

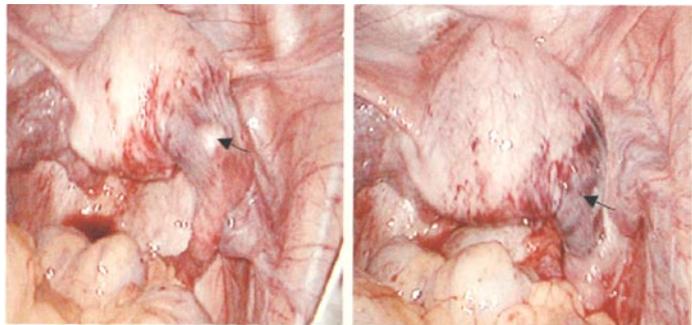


图1 吸刮管(箭头所示)进入间质部吸刮

Fig. 1 The device of suction and curettage inserted into interstitial part of oviduct

图2 吸刮后间质部明显塌陷(箭头所示)

Fig. 2 The situation of interstitial part of oviduct after suction and curettage

开取胚术:腹腔镜直视下子宫肌层内注射垂体后叶素 10 U,取包块最突出部位作切口切开,剔除妊娠物,充分止血。③宫腔镜下插管化疗:宫腔镜直视下准确定位输卵管开口,将导管插入输卵管开口内约 1.5 cm 左右,注入 MTX 50 mg。所有病例均作随访;检测HCG水平,术后3月B超复查及子宫输卵管造影术(HSG)检查(除1例外),并随访妊娠情况。

1.3 结果 所有病例在术中均证实为间质部妊娠;其中2例血hCG偏高,采用腹腔镜监护下经宫颈吸刮术,1例取得成功,另1例妊娠包块与宫

腔距离较远,吸刮失败后改行腹腔镜下切开取胚术取得成功;其余2例血hCG偏低,1例B超监护下行刮宫术,未及妊娠物后改行宫腔镜下插管化疗,另1例考虑为输卵管壶腹部妊娠,腹腔镜下行患侧输卵管切除术,标本病检报告为输卵管妊娠,但术后1月(无性生活)再次阴道出血,复查B超见右宫角约直径5.0 cm不均质强回声,宫腔镜检查,发现宫角无妊娠物,遂在其直视下行插管化疗。术后11~14天血hCG恢复正常水平,术后3月宫腔形态正常,有3例获得正常妊娠。具体检查治疗及随访结果见表1。

表 1 4例疑难间质部妊娠检查治疗及随访结果

Table 1 The diagnosis and treatment of four patients with complicated interstitial pregnancy and their follow-up results

病例编号	术前B超诊断(妊娠)	手术方式	术后hCG恢复正常时间(天)	随访结果		
				术后3月B超结果	HSG	后续生育状况
1	残角子宫	吸刮*	14	子宫形态正常	双侧通畅	正常妊娠
2	峡部	切开取胚 [△]	13	子宫形态正常	左不通畅,右通畅	正常妊娠
3	宫角	插管 [#]	14	子宫形态正常	双侧不通畅	未孕
4	壶腹部	插管 [#]	11	子宫形态正常	未行造影检查	正常妊娠

*表示腹腔镜监护下经宫颈吸刮术;[△]表示吸刮术失败后腹腔镜下切开取胚术;[#]表示宫腔镜下插管化疗。

2 讨论

2.1 间质部妊娠的误诊原因及确诊方法 根据典型的临床表现结合血hCG值、超声图像,大部分异位妊娠都能作出正确诊断,但间质部妊娠阴道超声检查的正确率仅为78.9%^[3],其未破裂型可无腹痛症状,有些病例早期确诊较难。同时,由于间质部所在的子宫角部接受子宫及卵巢来源的双重血供,一旦破裂,往往来势凶猛,内出血难以控制,迅速发展为失血性休克,危及生命。因此,早期诊断和及时恰当的治疗特别重要。若残角子宫在解剖位置上紧靠单角子宫,其妊娠与间质部妊娠在超声影像学上极其相似,不易区分(如例1);若胚胎着床于间质部接近峡部位置,妊娠包块有部分位于子宫轮廓之外,超声检查有时难于与输卵管其它部位妊娠区分(如例2)。这些情况腹腔镜直视下可清楚区分:残角子宫妊娠其包块一侧连接单角子宫,另一侧连接圆韧带,而间质部妊娠圆韧带位于

妊娠包块内下方;若妊娠包块位于子宫轮廓之外侧,考虑输卵管妊娠(非间质部)。一般情况下三维超声可较清楚地定位间质部与宫角妊娠位置;前者与宫腔不相通,后者则相通。但有些情况下超声图象不够典型,则不易区分(如例3、4),内窥镜检查可明确鉴别:腹腔镜下前者其圆韧带附着包块内侧(即圆韧带在胚胎着床处的内下方),后者其圆韧带附着包块外侧(即圆韧带在胚胎着床处的外方);宫腔镜下后者宫腔内含妊娠物,前者则无。因此,间质部妊娠诊断有困难的情况下选择内窥镜检查是必要的。但腹腔镜检查有时也会存在疑难,如例4患者存在间质部妊娠不全流产至壶腹部、壶腹部妊娠种植至间质部或复合妊娠等可能。因此,在腹腔镜手术时要注意宫角部是否对称、术中妊娠物是否取净等问题。

2.2 间质部妊娠治疗 间质部妊娠的治疗包括保守手术、根治手术和药物治疗等。其中根治手术方法有:经腹或腹腔镜下宫角部楔形切除、

间质部切除后输卵管与子宫断断吻合术、输卵管间质部妊娠囊套扎术^[4]等;保守手术方法有:经腹或腹腔镜下切开取胚术、宫腔镜下插管化疗,国外最近有报道采用内窥镜辅助下电消融疗法^[5]、介入疗法^[6]等。药物治疗有MTX、5-Fu、米非司酮、中药等疗法。传统的宫角部楔形切除其缺点是造成较大损伤,除患侧输卵管废用外,因宫腔形态改变,可使后续妊娠自然流产率明显提高;间质部切除后,采用输卵管与子宫断断吻合术和输卵管间质部妊娠囊套扎术,输卵管再通可能性低;而切开取胚术再通率也较低,且往往出血较多,还有再次手术风险;其它保守性手术和药物治疗疗效不确定、住院时间较长,患者往往不愿接受。我们医院开展的腹腔镜监护下经宫颈吸刮术,负压下吸刮出妊娠物,近期疗效较确定,且能保留子宫及输卵管的完整性,术后输卵管再通率较高(根据有限的病例随访统计),为未生育的年轻患者提供了另一个微创手术途径^[7]。

自2001年以来,我院陆续开展了对间质部妊娠(停经2月以内、未破裂)实施腹腔镜监护下经宫颈吸刮术。开展初期^[7],我们仅对吸头能进入间质部的病例实施吸刮术,并取得良好的效果;根据妊娠部位及手术操作难度来看,该类病例应属于间质部妊娠输卵管子宫型(据报道^[8],将间质部妊娠分成三型:孕卵着床后向峡部发育者为输卵管间质型;孕卵着床后向子宫腔发育者为输卵管子宫型;孕卵着床后位于二者之间发育者为纯间质型)。而对于吸头无法进入妊娠部位者,则放弃本术式,改用其它术式。随着经验的积累,我们发现若对患侧的输卵管开口进行扩张,纯间质型(如例1)的患者也可取得吸刮成功;但输卵管间质型因其妊娠部位距宫腔较远,扩张输卵管后仍然吸刮不到妊娠物而导致本术式失败(如例2),改成腹腔镜下输卵管切开取胚术,对输卵管造成较大损害。当然,该种情况也并非绝对,我们最近发现,当扩张患侧输卵管后,借助宫腔镜下切开妊娠物表面包膜组织,之后行吸刮术,也可吸出妊娠物;但往往成功率不高、费用昂贵,且用宫腔镜下切开妊娠物易损害输卵管黏膜及管壁组织,远期疗效不确定,目前不予推荐。

对腹腔镜监护下吸刮术失败的患者要及时

改变术式,如腹腔镜下切开取胚术;对已刮宫(如例3)或行腹腔镜手术(如例4)后,血hCG较低的间质部妊娠,全身化疗血hCG下降缓慢,可选择宫腔镜检查明确诊断,同时直视下插管,局部注射化疗药物治疗。

综上所述,对诊断有疑难的间质部妊娠,及早行内窥镜检查是最好的方法,并且在镜下可选择各种微创治疗手段。我们采用了腹腔镜监护下吸刮术,为本病的治疗的提供了一种新方式,给罹患本病而未育的妇女带来福音。但对其术后持续性异位妊娠率、术后远期疗效、与传统手术疗效比较等问题,都有待继续收集病例,进一步研究。

References:

- [1] HUANG M C, SU T H, LEE M Y. Laparoscopic management of interstitial pregnancy [J]. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2005, 88: 51-52.
- [2] ARNOLD P. Advincula, Sangeeta Senapati. Interstitial pregnancy [J]. *Fertility and Sterility*, 2004, 82: 1660-1661.
- [3] LUO Yi-luo, XIONG Yi, WANG Hui-fang, et al (罗奕伦, 熊奕, 王慧芳, 等). Diagnostic value of transvaginal color doppler ultrasound for interstitial tubal pregnancy [J]. *Chinese Journal of Ultrasound Diagnosis* (中国超声诊断杂志), 2005, 6(2): 115-117. (in Chinese)
- [4] MOON H S, CHOI Y J, PARK Y H, et al. New simple endoscopic operations for interstitial pregnancies [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 182: 114-121.
- [5] KO M L, JENG C J, CHOU C S, et al. Laparoscopic electrodesiccation of an interstitial pregnancy [J]. *Fertil Steril*, 2007, 88(3): 705. e 19-20.
- [6] YANG S B, LEE S J, JOE H S, et al. Selective uterine artery embolization for management of interstitial ectopic pregnancy [J]. *Korean J Radiol*, 2007, 8(2): 176-179.
- [7] ZHANG X, LIU X, FAN H. Interstitial pregnancy and transcervical curettage [J]. *Obstet Gynecol*, 2004, 104: 1193-1195.
- [8] AN Qi-zhe (安启哲). Diagnosis and treatment of interstitial pregnancy [J]. *Chinese Journal of Practical Gynecology and Obstetrics* (中国实用妇科与产科杂志), 1989, (5): 226-228. (in Chinese)

[责任编辑 张荣连]