

· 经验交流 ·

输卵管间质部妊娠的腹腔镜手术探讨

何援利 杨 进 潘石菁 温总莲 宗利丽 陈 炜 王晓阳

第一军医大学珠江医院妇产科(广州, 510280)

输卵管间质部妊娠是异位妊娠中少见的一种类型,早期很少出现症状,一旦破裂就会因急速的腹腔内出血而发生严重休克,处置的不适当或延误了手术时机,都可能使孕妇发生不良后果。过去,输卵管间质部妊娠的手术方法以开腹行子宫角部楔形切除为原则,腹腔镜手术常被视为禁忌。我科近年来对 5 例输卵管间质部妊娠的病人尝试用腹腔镜手术治疗,现报告如下。

临床资料与方法

一、一般资料

1996 年 1 月至 2000 年 10 月,共收治了 369 例宫外孕病人,其中输卵管间质部妊娠 9 例,占 2.4%,5 例病人实行了腹腔镜手术。年龄 24~35 岁,未产妇 3 例,经产妇 2 例,有人工流产史 8 次,放置宫内节育器 1 例。手术时的妊娠周数分别为 7、9、9、11、12 周,平均 9.6 周。术前血 β -HCG 值从 1570~98 600 IU/L,有 2 例 B 超探及胎心。全部病例孕前月经周期规律,4 例入院后生命体征平稳,1 例急腹症入院。

二、手术方法

1. 输卵管间质部切开取胎缝合术:3 例,先在妊娠部周围注射稀释的缩宫素(20IU/50ml),再在妊娠部肿块正中横形单极电凝浆肌层约 2~3cm,致组织发白,用剪刀剪开电凝处,弯钳钳夹腔内妊娠物,取出后吸引器吸净积血,点状电凝出血点,3-0 爱惜康可吸收缝线间断缝合切开处浆肌层,术毕。

2. 子宫角局部切除术:1 例,孕 12 周,左输卵管间质部妊娠,约 50mm 大小。仍先在妊娠部周围注射稀释的缩宫素后,在距妊娠肿块根部上方约 1.0cm 处单极电凝四周浆肌层,再继续电凝子宫角妊娠块下方之输卵管系膜,直至肿块外侧 1.0cm 处之峡部输卵管,先剪开后半圈子宫角浆肌层组织,见出血较急,并显露出完整之羊膜囊及胎儿,立即破膜,钳夹出胎儿及胎盘组织,肿块缩小,再将前半圈

子宫角组织剪开后切除,电凝止血,用 3/8 的中圆针及 1-0 爱惜康缝线间断缝合子宫肌层,共 4 针,对合整齐,切缘未见出血。充分冲洗盆腹腔后,用防粘连药物透明质酸钠涂抹于创面四周,术毕。

3. 内套圈结扎输卵管切除术:1 例,孕 11 周,妊娠肿块约 4.5cm 大小,急腹症入院,进入腹腔后见右子宫角已有 1.0cm 破口,腹腔内失血 1500ml,立即钳夹破口出血点暂时止血,吸除腹腔部分积血后,钳夹提起本侧输卵管伞端,逆行电凝电切输卵管系膜至子宫角妊娠块下方,先将内套圈套在子宫角根部不收紧,放开钳夹破口的弯钳,扩大剪开破口,吸引器吸引及钳夹腔内的胚胎组织,钳净后收紧内套圈止血,共结扎 3 道,剪去上部多余的子宫角组织,术毕。

结 果

一、术中情况:麻醉均为硬膜外麻醉。术中病情稳定,除了 1 例腹腔原有内出血 1500ml 外,5 例术中出血在 100~350ml 之间。

二、术后治疗及随访:术后用抗生素 3 天,体温在 36.5~37.8℃ 之间,术后 6h 拔尿管,12h 下地活动,血压脉搏稳定,术后 3~5 天出院,每周门诊复查 1 次,7~12 天血 β -HCG 转阴。5 例中,3 例未产妇术后连续服中药 3~6 个月,并于每次月经干净后 2~3 天行输卵管通液,共 3 次。

讨 论

输卵管妊娠占异位妊娠的 95%~98%^[1],其中输卵管间质部妊娠约占输卵管妊娠的 4.2% 左右^[2],我科近年的发生率为 2.4%。近年来由于性传播疾病、盆腔炎发生的增加及辅助生殖技术的开展,宫外孕的发生也在增加。即使在医学进步的今天,宫外孕仍是妇产科有代表性的急腹症之一。

输卵管间质部妊娠者,由于肌层厚,发病晚,故常可延至妊娠 12~16 周方来就诊,且一旦破裂则来势凶猛,出血较难控制,迅即发生严重休克,故现仍

以开腹手术为原则。随着血 β -HCG 测定方法灵敏度的增强、经阴道超声诊断技术的改进、腹腔镜技术的开展以及妇科医生对异位妊娠警惕性的提高,使发现孕卵着床于输卵管的妊娠周数越来越小,未破裂型也越来越多。早期诊断的提高,使治疗方法有了很大的改进和发展。目前,治疗输卵管其他部位妊娠的方法,如腹腔镜下输卵管切除术、输卵管线形切开术、MTX 局部注药术及全身用药等方法已逐渐取代了传统的开腹输卵管切除术^[3],但输卵管间质部妊娠的腹腔镜手术还鲜有报道^[4]。近年来由于腹腔镜下运针技巧和缝合技术的熟练,以及特效子宫收缩剂(バゾブレッシンの使用,使手术安全得到了保证。我科从数千例的腹腔镜检查及手术的实践中,提高了手术技巧及镜下基本操作的熟练性,又根据开腹手术的经验,成功地完成了 5 例输卵管间质部妊娠的腹腔镜手术。

手术前,我们对手术术式、术中可能发生的问题及手术经过都做了充分讨论,也做了中转开腹的准备。术中根据腹腔镜观察所见,采取了以上的 3 种术式。由于输卵管间质部妊娠的周数较大,其绒毛蜕膜组织浸润到较深的子宫肌层中,行胚胎组织钳夹或吸引取出时,表面的组织较容易取出,深部的组织要彻底取出则不容易。如钳夹或吸引过深,则活动性出血的控制较困难,如取出不充分,又易残留绒毛而引起持续性异位妊娠(PEP),HCG 持久不降。我们从自己保守治疗其他部位的输卵管妊娠的病例和别的学者的介绍中已得到此经验^[5],故在为内套圈结扎的孕 11 周的那例病人手术中,因内套圈不能扎住子宫肌层以止住腔内表面的出血,故我们在钳夹出包块腔中的胚胎组织时,未刻意的钳刮底部肌层,但为了防止今后的 PEP 发生,故向子宫角部的肌层内注入用生理盐水稀释的 MTX15mg,内套圈结扎止血较好,手术效果也很好,术后第 9 天 HCG 转阴。其他 4 例病人,因考虑术中可缝扎至底部肌层,能较好止血,故胚胎组织取出较彻底,术中未用化疗药物。虽取胚中有一定出血,但缝合后血止。术后 HCG 均在 7~12 天转阴,手术成功。

近年来有外国学者报道使用バゾブレッシンの经验,指出バゾブレッシンの应用使保守性治疗输卵管妊娠的手术成功率增加了许多,在输卵管间质部妊娠的手术中也是如此。术中在妊娠包块周围或输卵管系膜中注射此药后,切开输卵管壁或子宫角

时几无出血或出血极少,为手术的精致和效果提供了时间保证,也使子宫角切除术的成功实施成为可能。但我们自己在临床工作中感觉到缩宫素或脑垂体后叶素,对输卵管的收缩和止血效果远较对子宫收缩的效果为差。本文的 5 例病人术中出血量在 100~350ml,较我们做其他输卵管妊娠的腹腔镜手术的出血量为多^[3]。这就要求我们在术中手术操作技巧要不断成熟,以弥补手术时间的延长带来的出血过多。

对于妊娠周数较多,妊娠包块较大的病例,采用线形切开术较为困难,不仅出血较多,取胎不易,且缝合也有难度。而选择子宫角切除术,又因腹腔镜下缝合技术的不过关,常使医生踌躇犹豫,担心手术时间延长,术中出血量增加,从而导致手术失败。Tulandi 等报道妊娠肿块超过 4.0cm 以上则最好行子宫角切除术^[6]。我们也是在此启发下,并基于子宫肌层核出术后的子宫肌层缝合技术的多年操作和演练,使手术得以成功。选择子宫角切除术,切除范围充分,绒毛组织也可完全清除,不需追加化疗药物,是治疗输卵管间质部妊娠的好方法。今后还需在手术技巧和方法上进一步精益求精,加强镜下不同位置的进针方向、缝合及打结技术的培训和熟练,以使各类不同的宫外孕病人都能成功地实施微创效优的腹腔镜手术。

输卵管间质部妊娠的手术,在全身状态稳定的情况下,是可以在腹腔镜下完成的,但其手术术式的选择,要根据患者的社会因素、婚姻家庭状况、腹腔镜下的观察所见以及医生的手术技术熟练程度综合判断、分析及确定。

参 考 文 献

- 1 冷金花,郎景和.腹腔镜在异位妊娠诊治中的应用.中国实用妇科与产科杂志,2000,16(4):204.
- 2 苏应宽,刘新民.妇产科手术学.北京:人民卫生出版社,1992.187-194.
- 3 何捷利,丁晓平,杨进,等.腹腔镜下治疗输卵管妊娠的三种方法比较分析.中国内镜杂志,2000,6(2):32.
- 4 片桐由起子.早期诊断により腹腔镜下に手術レ得た卵管間質部妊娠の一例.日産婦内視鏡学会誌,1993,9:75.
- 5 矢野义明.MTX 局注法による腹腔镜下線状切開手術にて加療レ得た卵管間質部妊娠の1例.日産婦内視鏡学会誌,1995,11:123.
- 6 Tulandi T, Vilos G, Gomel V. Laparoscopic Treatment of Interstitial Pregnancy. Obstet. Gynecol, 1995, 85:465.