

· 腹部疾病 ·

两种输卵管妊娠手术方式的临床对比分析

1. 苏州大学附属第三医院妇科 (江苏 常州 213000)
2. 江苏省常州市第七人民医院妇科 (江苏 常州 213000)

高红艳^{1,2} 孙光宇² 陈继明¹ 王 清¹

【摘要】目的 比较输卵管妊娠保守性手术和输卵管全切除术的临床应用价值与安全性。**方法** 回顾性分析2014年01月至2016年06月常州市第七人民医院行手术治疗的67例输卵管妊娠患者的临床资料, 其中26例行输卵管保守性手术, 41例行患侧输卵管全切除术。通过观察两组患者年龄、妊娠次数、输卵管妊娠部位、盆腔粘连、腹腔内出血量、术后血HCG下降情况、持续性异位妊娠发生率、术后输卵管通畅及月经恢复情况, 比较并分析两种手术方式的优缺点。**结果** 保守性手术组年龄、妊娠次数及腹腔内出血量低于输卵管全切除术组($P<0.05$); 两组均以输卵管壶腹部妊娠为主; 所有患者经手术治疗后三天血HCG下降明显, 输卵管全切除术组下降较保守性手术组明显($P<0.05$); 两组均无一例发生持续性异位妊娠, 其中保守性手术组术中有9例局部注射甲氨蝶呤(MTX) 30mg; 保守性手术组术后输卵管造影有14例患侧输卵管通畅; 术后两组患者月经恢复情况无明显差异($P>0.05$)。**结论** 对于输卵管妊娠的手术治疗, 保守性手术和输卵管全切除术两种术式均是安全有效的。对年轻的或有意愿保留输卵管器官完整性的患者, 如能早期明确诊断, 可行保留输卵管的保守性手术, 术中局部MTX的注射可能有助于防止持续性异位妊娠的发生。

【关键词】 输卵管妊娠; 输卵管保守性手术; 输卵管全切除术

【中图分类号】 R714.22+1; R713.8

【文献标识码】 A

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2016.06.013

Clinical Comparison and Analysis of the Two Different Operation Methods of Tubal Ectopic Pregnancy

GAO Hong-yan, SUN Guangyu, CHEN Ji-ming, et al., Department of Gynecology, The Third Affiliated Hospital of Soochow University, Changzhou 213000, Jiangsu Province, China

[Abstract] **Objective** To compare the clinical efficacy and security between conservative surgical treatment /salpingostomy and salpingectomy for tubal ectopic pregnancy. **Methods** From January 2014 to June 2016, totally 67 patients with tubal ectopic pregnancy treated in the 7th People's Hospital of Changzhou were studied retrospectively. 26 patients were treated with salpingostomy, while 41 patients were treated with salpingectomy. The following clinical parameters were compared, including age, number of conception, pregnancy sac position, pelvic adhesion, abdominal cavity blood loss, the decrease of serum HCG, the incidence of persistent ectopic pregnancy, tubal patency and menstruation recovery. **Results** In salpingostomy group, the age, number of conception and volume of abdominal cavity blood loss are lower than in the salpingectomy group ($P<0.05$). Most tubal pregnancy in two groups are ampulla pregnancies, serum HCG drops obviously at the third day after surgery in two groups, more obvious in salpingectomy group ($P<0.05$). No case of persistent ectopic pregnancy in two groups, while nine patients in the salpingostomy group were treated with tubal injection of methotrexate (MTX) 30 mg. Patients in the salpingostomy group were treated with hystero-salpingography postoperative with 14 cases of the operation side were unobstructed. Menstruation recovery of patients in two groups has no obvious difference ($P>0.05$). **Conclusion** Both salpingostomy and salpingectomy for tubal ectopic pregnancy could be effective and safe. For the younger or the patients intending to retain the integrity of the fallopian tube could be treated with salpingostomy, and the tubal injection of MTX in the operation may help to prevent the occurrence of persistent ectopic pregnancy.

[Key words] Tubal Ectopic Pregnancy; Salpingostomy; Salpingectomy

输卵管妊娠占异位妊娠的95%左右, 严重地影响着妇女的生殖健康^[1], 切除患侧输卵管是主要的手术治疗方法, 但这意味着患者将降低或部分丧失自然妊

娠的能力, 本文对比分析输卵管妊娠保留输卵管的保守性手术和输卵管全切除术两种手术方式的临床效果与安全性, 以期年轻有生育要求患者的临床处理提

作者简介: 高红艳, 女, 副主任医师, 博士, 主要研究方向: 不孕不育妇科内分泌

通讯作者: 王 清

供一定的借鉴。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取常州市第七人民医院妇科2014年01月至2016年06月输卵管妊娠共67例,术前行血HCG测定、B超检测,诊断为异位妊娠,有手术指针,行腹腔镜或开腹手术,术后病理明确为输卵管妊娠。根据术中情况及患者意愿行不同方式的手术治疗,其中施行保留患侧输卵管手术组26例,切除患侧输卵管手术组41例。两组体重、既往盆腔手术史无明显差异。

1.2 手术方法 保守手术组:26例行保守手术,即输卵管开窗术或输卵管开窗缝合术,在病灶最膨大处沿输卵管管腔纵向切开约2~3cm,挤出输卵管管腔内妊娠物组织,3~0肠线将输卵管切口间断缝合。

切除手术组:41例行患侧输卵管全切除手术:延输卵管卵巢系膜全程切除患侧输卵管至子宫角处。

1.3 观察指标

1.3.1 腹腔内出血量:术中收集盆腹腔内出血量,统计出血量>600ml的患者,比较两组病情较重患者的比例。

1.3.2 术后血HCG下降情况:术前24小时内及术后3d检测血HCG,计算下降比率。出院后每周复查一次HCG直至正常范围。采用化学发光法检测HCG水平,正常为0~6mIU/ml。

1.3.3 持续性异位妊娠发生率:术后监测血HCG水平,若术后血HCG升高、术后3d血HCG下降<50%、连续两周血HCG下降少于10%、术后6周血HCG未下降至正常,即诊断持续性异位妊娠。

1.3.4 术后子宫输卵管通畅检查:术后一月,月经来潮后行子宫输卵管造影,观察患侧输卵管通畅情况。

1.3.5 月经恢复情况:术后一月月经来潮,询问月经量经期改变情况,患者经量多于或少于既往月经或淋漓不净、经期长于或短于既往2天以上,考虑为月经不调。

1.4 术后处理与随访 所有术后第3d复查血HCG,术后7d内恢复出院,出院后每周复查一次血HCG直至正常范围。比较两组手术效果及持续性异位妊娠情况。保守治疗术后一月月经来潮后行子宫输卵管造影术,观察术后输卵管通畅及月经恢复情况。

1.5 统计学方法 采用SPSS19.0软件包进行数据

分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者年龄、妊娠情况 两组年龄保守手术组(27.00 ± 4.92),切除术组(31.00 ± 5.68), $P < 0.05$,具有统计学差异,保守手术组年龄低于切除术组。两组妊娠次数保守手术组(1.77 ± 1.07),切除术组(2.76 ± 1.32), $P < 0.05$,具有统计学差异,保守手术组妊娠次数少于切除术组。

2.2 两组输卵管妊娠部位、腹腔内出血量及术中盆腔粘连情况 两组输卵管壶腹部保守手术组24例,切除组33例, $P > 0.05$,无统计学差异,两组在妊娠部位上无明显差异,均以壶腹部妊娠为主。两组腹腔内出血>600ml保守手术组2例,切除组15例, $P < 0.05$,具有统计学差异,保守手术组病情较重的内出血患者少于切除组。见表1。共有23例患者术中发现不同程度的盆腔粘连。

2.3 两组术后三天血HCG下降、持续性异位妊娠情况 两组患者无一例发生持续性异位妊娠,其中保守手术组有9例术中局部MTX30mg注射。术前血HCG测定,保守手术组(2875.37 ± 2296.86)mIU/ml,切除组(7405.63 ± 10006.30)mIU/ml,术后三天血HCG下降率分别为(0.85 ± 0.11)和(0.90 ± 0.51), $P < 0.05$,具有统计学差异,保守手术组术后三天血HCG下降率明显低于切除组。

2.4 两组术后输卵管通畅及月经恢复情况 术后保守手术组26例造影中,14例示手术侧输卵管通畅。术后首次月经恢复情况,与既往月经无明显改变的,保守手术组18例,手术切除组22例, $P > 0.05$,无统计学差异,两组月经改变无明显差异。

3 讨论

异位妊娠是妇科最常见的急腹症,以输卵管壶腹部最常见,以手术治疗为主,但这会降低自然妊娠的

表1 两组输卵管壶腹部妊娠和腹腔内出血比较(n=67)

组别	例数	壶腹部妊娠	腹腔内出血>600ml
保守手术组	26	24	2
切除组	41	33	15
P值		0.186	0.008

能力。近年来输卵管妊娠的保守治疗及保守性手术治疗越来越受到关注^[1]。有研究^[2]表明,保守手术后的生殖功能和未行手术的保守治疗相当,优于手术切除患者。从两组年龄比较上看,保守手术组年龄低于切除组,表明年轻患者更希望保留输卵管器官完整性及保留生殖功能。从妊娠次数上看,保守手术组妊娠次数少于切除组,提示生育史较少的患者对保留生育功能要求更高。

本研究中发现保守组仅两例非输卵管壶腹部妊娠,考虑输卵管壶腹部管腔较粗,不易发生破裂,加上目前阴道B超及MRI等检查方法的开展,能较早对异位妊娠进行明确诊断^[3-4]。两组腹腔内出血>600ml分别为2例和15例,保守手术组明显少于切除组。由此尽早明确诊断,对后续治疗方案选择有重要影响。另外,值得注意的是所有手术患者术中探查有盆腔粘连23例,占34%,有研究^[5]建议异位妊娠患者行手术治疗,探查盆腔粘连情况,减少再次异位妊娠发生。

本研究中两种手术方式治疗异位妊娠均是有效的。在相关报道发现保守手术后持续性异位妊娠率达3%~20%^[6],持续性异位妊娠的发生和术前血HCG水平相关。本研究中保守组术中有9例根据术中情况,或术前血HCG较高,局部加用MTX30mg注射,增强了手术疗效;此外,本研究中保守手术患者术前血HCG不高, (2875.37±2296.86)mIU/ml,也是手术效果良好的原因之一。两组均未有发生持续性异位妊娠情况。因此,手术中如未明确见绒毛,有滋养叶细胞残留可能,或术前有高危因素血HCG>3000mIU/ml^[7]时,术中联合MTX局部治疗是可以明显降低甚至杜绝持续性异位妊娠发生。

保守手术组术后有14例子宫输卵管造影显示手术侧输卵管通畅,说明不应放弃保留输卵管的努力,术中最大限度地减少损伤,采用无能量器械切开输卵管管腔,小心将妊娠物从两端向种植部位挤出,对于残留种植部位的妊娠物组织细胞不宜强行撕拉。有人推荐仅输卵管壶腹部行保守手术,其可行性及效果明确;重复发生同一侧的输卵管妊娠,建议切除,认为该侧输卵管解剖及功能受损,保留后再次异位妊娠率高^[5]。但目前随着不孕症患者的增加,IVF-ET患者增多,过程中易继发异位妊娠^[8],需要手术治疗;另

有研究^[9-10]发现异位妊娠保守手术能提高患者再次宫内妊娠率,推测输卵管切除术后可能降低了卵巢储备功能。两组患者首次月经恢复上看,与术前无差异的分别为18例和22例,所占69%和53%,推测术后对卵巢功能有一定影响。但两组之间 $P>0.05$,无统计学差异,需进一步扩大样本或检测抗苗勒氏管因子(AMH)等指标明确。

综上所述,输卵管妊娠发生时,保守手术或切除输卵管术均为有效治疗。对年轻或有生育要求的患者,符合保守治疗指征,可行保守手术,保留输卵管器官的完整性,分离盆腔粘连,更好的评估、保留和改善生殖功能。

参考文献

- [1] Berry J,Davey M,Hon MS,et al. A 5-year experience of the changing management of ectopic pregnancy[J]. J Obstet Gynaecol, 2016, 36(5): 631-634.
- [2] Lagana AS, Vitale SG, De Dominicis R, et al. Fertility outcome after laparoscopic salpingostomy or salpingectomy for tubal ectopic pregnancy: A 12-years retrospective cohort study[J]. Ann Ital Chir, 2016, 18: 87.
- [3] Si MJ, Gui S, Fan Q, et al. Role of MRI in the early diagnosis of tubal ectopic pregnancy[J]. Eur Radiol, 2016, 26(7): 1971-1980.
- [4] Karaman E, Cim N, Alkis, et al. Evaluation of mean platelet volume in unruptured ectopic pregnancy: A retrospective analysis[J]. J Obstet Gynaecol, 2016, 36(5): 622-625.
- [5] 李玉香. 重复异位妊娠80例临床分析[J]. 中国医学工程, 2014, 22(10): 14-15.
- [6] 汤惠茹, 王玉洁. 持续性异位妊娠及其介入治疗-附14例报告[J]. 罕少疾病杂志, 2005, 12(2): 6-8.
- [7] 吴云燕, 史娅萍. 输卵管妊娠腹腔镜保守性手术后持续性异位妊娠有关因素分析[J]. 中国微创外科杂志, 2009, 9(10): 889-890.
- [8] 笪坚, 李蓉, 卢丽华, 等. 体外受精-胚胎移植后输卵管重复妊娠的病因及处理[J]. 罕少疾病杂志, 2005, 12(5): 1-3.
- [9] 宋芷霜, 郭宝芝, 刘爱珍. 不同腹腔镜术式对输卵管壶腹部妊娠术后累积妊娠率影响[J]. 中外医疗, 2014, 33: 94-95.
- [10] 文玉. 腹腔镜下采用不同术式治疗输卵管妊娠后的生殖状态[J]. 中国医学工程, 2013, 21(2): 77.

【收稿日期】2016-10-28