

# 破血抗孕方结合甲氨蝶呤子宫动脉灌注栓塞术 治疗输卵管妊娠疗效观察

曲宏伟<sup>1</sup> 贺朝<sup>2</sup>

(陕西中医药大学第二附属医院, 陕西 咸阳 712000)

**摘要:**目的 探讨破血抗孕方结合甲氨蝶呤子宫动脉灌注栓塞术治疗输卵管妊娠的临床疗效。方法 60 例患者随机分为两组, 治疗组采用经导管灌注甲氨蝶呤 100 mg 后再用明胶海绵颗粒栓塞子宫动脉, 术后口服破血抗孕方一周; 对照组采用经导管灌注甲氨蝶呤 100 mg 后再用明胶海绵颗粒栓塞子宫动脉, 术后一周开始观察临床体征、监测血清人绒毛膜促性腺激素值、B 超监测孕囊变化情况。结果 56 例获得成功, 成功率达 93.33%, 无严重不良反应, 术后  $\beta$ -HCG 值下降至正常所需时间 10~20 天, 包块消失时间约 14~40 天。结论 子宫动脉灌注栓塞术协同破血抗孕方治疗输卵管妊娠, 可有效降低 HCG 水平, 促进异位妊娠包块的软化、吸收及消散, 其疗效高且副反应小, 最大限度的恢复患者的生殖功能。

**关键词:** 异位妊娠; 介入疗法; 破血抗孕方

**中图分类号:** R 714.22<sup>+</sup>1

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-1340(2016)03-0074-02

**DOI:** 10.13424/j.cnki.jsctcm.2016.03.029

异位妊娠是妇产科常见的急腹症之一, 近年来其发病率有明显升高的趋势, 其中以输卵管妊娠最多见, 约占 90% 以上<sup>[1]</sup>。随着人性化的保留功能性治疗倍受重视, 血管内介入治疗已成为输卵管妊娠治疗的主要手段之一。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选择 2012 年 1 月~2014 年 4 月在我院住院确诊的输卵管妊娠患者 60 例, 平均年龄  $32 \pm 1.47$  岁。其中输卵管壶腹部妊娠 43 例, 峡部妊娠 17 例。60 例患者随机分为两组, 两组年龄、停经时间、妊娠次数及包块直径大小、血人绒毛膜促性腺激素值对比均无显著差异 ( $P < 0.05$ )。

**1.2 适应症与禁忌症** 适应症: ①未破裂型输卵管妊娠、宫颈妊娠、瘢痕妊娠; ②破裂型或流产型输卵管妊娠无明显贫血和休克现象; ③输卵管妊娠伴严重内科疾病, 不愿手术者; ④附件混合性包块直径  $< 4.0$  cm。

禁忌症: ①B 超提示心管搏动或附件包块直径  $> 5.0$  cm; ②心、肺、肝、肾等重要器官功能; ③已破裂有活动性大出血有休克症状; ④凝血功能障碍; ⑤碘过敏试验阳性者。

**1.3 操作方法** 采用 seldinger 穿刺技术, 经右侧股动脉插管至患侧子宫动脉, 造影证实后, 根据血管造影表现, 经导管灌注甲氨蝶呤 100 mg, 再用明胶海绵颗粒栓塞子宫动脉, 实验组采用子宫动脉灌注栓塞术后口服破血抗孕方, 每日 1 剂, 饭后 2 小时口服, 连服 7 剂, 每剂药渣布包趁热敷于腹部, 每日 1 次, 每次 2 小时。

**1.4 术后观察** 术后观察腹痛及阴道出血情况; 术后一周复查血清  $\beta$ -HCG, 以后每周 1 次, 直至  $\beta$ -HCG 值复查正常; 术后一周复查 B 超, 了解孕囊变化及盆腔积液吸收情况, 以后每周一次, 直至孕囊消失。

**1.5 统计学方法** 采用 SPSS13.0 软件进行数据统计, 计量资料所得数据采用  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 两组间比较采用两组独立样本的  $t$  检验。

## 2 结果

疗效标准<sup>[2]</sup>: 治愈: 临床症状消失, 有内出血患者停止出血, 血清值下降至正常盆腔包块消失或缩小, 月经恢复正常; 无效: 临床症状未消失或加重, 血清值水平未降至正常或持续高于正常, 盆腔包块增大。

60例患者穿刺插管成功率100%,无严重并发症发生,临床治疗总有效率为93.33%,组间临床治疗有效率无显著性差异,血 $\beta$ -HCG值下降至正常水平时间和宫旁包块消失时间均有显著性差异,具有统计学意义( $P<0.05$ )。60患者术后均有不同程度腹痛、腹胀、不规则阴道流血,7例术后出现发热,均低于38.5度。3例患者术后下床活动过早及运动量过大导致孕囊破裂内出血,行急诊外科手术。1例患者术后20天HCG值降至正常水平,40天宫旁包块消失。

表1 血  $\beta$ -HCG 下降至正常时间 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	时间	T	P
治疗组	30	13.31 $\pm$ 5.17	3.18	0.023
对照组	30	17.62 $\pm$ 7.94		

表2 异位妊娠包块消失时间 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	时间	T	P
治疗组	30	26.15 $\pm$ 10.36	4.11	0.039
对照组	30	37.52 $\pm$ 12.84		

3 讨论

近年来异位妊娠的发病率逐渐上升,发病年龄趋于年轻化,由于在生育年龄段患者大多要求保留输卵管功能,从而使非手术保守治疗代替传统的手术治疗。目前保守治疗输卵管妊娠最常用及疗效肯定的杀胚药物是MTX,且在全身用药时多倾向于单次给药<sup>[3]</sup>。MTX抑制二氢叶酸还原酶,干扰DNA合成,起到杀死胚胎的作用。

采用子宫动脉插管,在灌注MTX后再栓塞子宫动脉,可栓塞或预防性栓塞出血动脉,迅速阻止和减少内出血。子宫动脉的输卵管支承担输卵管85%以上的供血量<sup>[4]</sup>,因此,当进行子宫动脉MTX灌注时,药物能直接迅速进入绒毛内血管,药物效价可提高2~22倍<sup>[5]</sup>。栓塞子宫动脉后减少靶器官的血流量,使靶器官药物浓度保持较长时间,而且比其它部位高13~15倍。

中医认为异位妊娠属“妊娠腹痛”“癥瘕”范畴,常采用活血化瘀、杀胚消癥、活血止血三大法治疗。破血抗孕方组成:紫草20g,丹参15g,赤芍10g,桃仁10g,元胡10g,三棱6g,莪术6g,天花粉

20g。适用于输卵管妊娠未破损型,少腹包块,尿妊娠试验阳性者。方中天花粉、紫草杀胚,降低胚胎活性,促进胚胎组织死亡;丹参、赤芍、桃仁活血化瘀;三棱、莪术、元胡消癥散结;全方共奏活血化瘀、杀胚之功。临床药理研究表明,天花粉对胎盘滋养层细胞有选择性作用,使滋养细胞变性坏死,导致胚胎死亡,对异位妊娠有一定疗效;紫草有明显抗垂体促性腺激素及抗绒毛性腺激素的作用,杀胚作用强,能加速绒毛细胞的坏死<sup>[6]</sup>。丹参、赤芍、桃仁扩张血管,增加血流量,促进新陈代谢,有助于瘀血、包块的吸收;三棱、莪术、元胡能够提高血浆纤维蛋白溶血酶活性及血浆胶原酶活性,促进单核细胞吞噬功能,促进腹腔淋巴管对血浆蛋白的吸收,使包块周围机化的瘀血块及胚胎组织变软、吸收消散。

本研究中,中西药结合治疗组血 $\beta$ -HCG下降至正常时间及盆腔内包块消失时间与介入治疗组比较均有显著性差异( $P<0.05$ )。中西医结合疗法通过不同的作用机制使异位的胚胎组织变性、坏死,并促进其尽早吸收,减轻临床症状、缩短病程,最终达到治愈目的。并且免除了手术创伤,保留患者输卵管,为有生育要求的患者带来了希望,有望成为输卵管妊娠治疗的首选方法。

参考文献

[1]戴海青,张艳丽. 中医、中西医结合保守治疗异位妊娠的进展[D]. 第十一次全国中医、妇科学术大会论文集,2011,345-346.

[2]李立照,张永辉,陈柱,等. 经子宫动脉介入治疗输卵管妊娠的探讨[J]. 影像诊断与介入放射学,2004,13(4): 112-114.

[3]薛风霞,焦书竹. 异位妊娠的病因及诊治进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志,1999,15(4):247-249.

[4]韩永坚,刘牧元. 临床解剖学丛书. 腹、盆部分册[M]. 北京:人民卫生出版社,1992:585-586.

[5]彭凌湘. 采用三种方法保守治疗异位妊娠的临床观察[J]. 中华妇产科杂志,1998,33(5):296-297.

[6]戴德银. 实用新药特药手册[M]. 北京:人民军医出版社,1996:821.