

中药为主治疗异位妊娠的临床观察

王建华* 于载畿* 白冀蓉*

摘要 选择 120 例异位妊娠(死胚)患者,其中未破损期 75 例,破损期 45 例,均采用口服中药宫外孕方剂治疗。结果 115 例(95.8%)单纯用宫外孕中药方剂保守治愈,4 例(3.3%)因血人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)下降不理想而同时给予氨甲蝶呤(MTX)50mg/m² 单次肌注获保守治愈;1 例血 β -HCG 正常,因合并盆腔感染未能得到控制而手术。异位妊娠包块完全吸收的时间为 1.1 $\pm$ 0.5 月,血 β -HCG 降至正常的时间为 11.2 $\pm$ 4.1 天。对 18 例要求生育者待异位妊娠治愈后行输卵管造形术,患侧输卵管通畅 16 例(88.9%),其中 9 例宫内妊娠,1 例再次异位妊娠。

主题词 妊娠,异位/中医药疗法

高度灵敏的血 β -HCG 放射免疫测定及阴道 B 超检查的临床应用为异位妊娠的早期诊断提供了科学的诊断依据。对异位妊娠胚胎及胎盘绒毛存活者(活胚)采用非手术保守治疗时,常用氨甲蝶呤(Methotrexate, MTX)等药物摧毁胚胎及胎盘绒毛^[1],而对于异位妊娠胚胎及胎盘绒毛枯萎、死亡者(死胚),国内外均选择一部分病人进行期待治疗^[3~6],我们用宫外孕中药方剂治疗除休克型以外的此类患者取得了良好疗效,报道如下。

1 临床资料

从 1995 年 4 月至 1997 年 8 月,我院收治异位妊娠患者 223 例,其中治疗前符合下述诊断者 120 例。(1)病史、妇科检查符合异位妊娠;(2)阴道 B 超提示宫内无妊娠图像,宫外可见异位妊娠不均质包块,内可见妊娠囊,有时可见卵黄囊及胚芽,而无胎心搏动;(3)停经后有阴道出血史,阴道出血量与既往月经量相似和/或有蜕膜组织排出者;(4)血 β -HCG $\leq$ 10 μ g/L, $\geq$ 3.1 μ g/L(正常值 $<$ 3.1 μ g/L)且观察 1 周后下

降 $\geq$ 15%;(5)无妊娠反应或原有妊娠反应逐渐消失者。其中未破损期 75 例,破损期 45 例;患者的平均年龄 31.4 $\pm$ 3.7(23~41)岁;孕龄 58.1 $\pm$ 6.7(39~80)天;阴道出血时间 8.2 $\pm$ 3.2(2~41)天;血 β -HCG 6.8 $\pm$ 2.2(3.1~10.3) μ g/L;异位妊娠包块直径 4.4 $\pm$ 1.2(3.0~8.3)cm;腹腔内出血量(通过阴道 B 超、血红蛋白及全身表现估计) $<$ 700ml,生命体征稳定,无急性内出血所致休克。

未破损期异位妊娠是指异位妊娠包块未发生破裂或输卵管妊娠未发生流产者,临床上患者无剧烈的腹痛病史,阴道 B 超提示盆腔内无血肿包块形成、子宫直肠窝内液暗容量 $<$ 100ml(通过阴道 B 超测子宫直肠窝内液暗三径而估计)。破损期异位妊娠是指异位妊娠包块已破裂或输卵管妊娠发生流产者,临床上患者有剧烈的腹痛病史,阴道 B 超提示盆腔内流动的血液容量 $>$ 100ml(通过阴道 B 超估计)或伴有血肿包块形成者。

2 治疗方法

对于破损期异位妊娠且腹腔内血液未凝成血肿包块者口服宫外孕 1 号方剂(丹参 15g,赤芍 15g,桃仁 9g),每日 1 剂。对于未破损期异位妊娠或破损期异位妊娠腹腔内血液已凝成血肿包块者口服宫外孕 2 号方(丹参 15g,赤芍 15g,桃仁 9g,三棱、莪术各 3~6g),每日 1 剂,直至异位妊娠包块完全吸收。如包块较大,超过 1 个月未完全吸收,改为每 2 日一剂。

治疗过程中,若出现大便秘结、鼓肠腹胀、胃脘不适、腹痛拒按、肠鸣音减弱或消失等。如属热实者可于主方中加大黄、芒硝各 3~6g(大黄后下,芒硝分 2 包水冲服);属寒实者,服用九种心痛丸或用大黄、芒硝佐以肉桂。

每周 2 次测定血 β -HCG(药盒由上海生物制品研究所提供),若血 β -HCG 较治疗前

* 山西省活血化瘀妇科疾病研究所,山西省太原市解放南路 85 号(030001)

收稿日期:1998-09-09,修回日期:1998-10-31

下降 $\geq 15\%$,则每周测 1 次,直至两次正常。

每周 1 次行阴道 B 超检查了解异位妊娠包块吸收情况,直至异位妊娠包块完全吸收。治疗 1 周后如发现血 β -HCG 较治疗前下降 $< 10\%$ 或有升高者,可疑胚胎及胎盘绒毛存活,给予 MTX50mg/m² 单次肌肉注射。

保守治愈的标准:连续 2 次监测血 β -HCG $< 3.1\mu\text{g/L}$,异位妊娠包块完全吸收,未采用手术治疗。

3 结果

单纯用宫外孕 1 号、2 号方治愈 115 例 (95.8%)。1 例破损期异位妊娠,血 β -HCG 已降至正常,因合并盆腔感染未能得到控制而行手术治疗。治疗 1 周后 2 例血 β -HCG 较治疗前下降 $< 10\%$,2 例血 β -HCG 分别从治疗前 8.9 $\mu\text{g/L}$ 、7.6 $\mu\text{g/L}$ 上升至 11.2 $\mu\text{g/L}$ 、13.1 $\mu\text{g/L}$,均加用 MTX50mg/m² 单次肌注,后 7~21 天血 β -HCG 降至正常,此 4 例均非手术方法保守治愈。破损期与未破损期异位妊娠的总疗效无明显统计学差异。

异位妊娠包块完全吸收的时间为 1.1 $\pm$ 0.5 (0.5~4) 月,血 β -HCG 降至正常的时间为 11.2 $\pm$ 4.1 (7~18) 天。

治疗过程中有 5 例出现下腹部阵发性痉挛样疼痛,考虑为输卵管妊娠先兆流产,经给予 654-2 解痉治疗后腹痛逐渐消失;83 例出现下腹部隐痛及针刺样疼痛,随着异位妊娠包块的吸收疼痛也逐渐消失。

治疗前有 21 例 BBT 处于高温相 ($\geq 36.7^\circ\text{C}$),均在血 β -HCG 下降 $\geq 50\%$ 或降至正常后恢复低温相 ($\leq 36.5^\circ\text{C}$)。异位妊娠治愈后对 18 例要求生育者在月经干净 3~7 天后行输卵管造影术,患侧输卵管通畅 16 例 (88.9%),其中 9 例获宫内妊娠,1 例再次异位妊娠。

4 讨论

中医认为,本病属于血瘀少腹,不通则痛的实证,治疗原则以活血、化瘀、消症为主。有研究提示^[2],宫外孕 1 号方能够促进纤维蛋白原在肝脏合成、降低血浆纤维蛋白溶解活性、抑制赖

氨酰氧化酶的活性、对凝血和防止出血有一定意义;宫外孕 2 号方可提高血浆纤溶活性和血浆胶原酶活性、促进单核吞噬细胞系统机能、促进腹腔淋巴管对血浆蛋白的吸收、促进宫外孕血肿包块的吸收。

国外报道^[3]异位妊娠期待治疗的适应症为,患者一般情况稳定无腹痛症状,腹腔游离血液 $< 100\text{ml}$,异位妊娠包块直径 $< 4\text{cm}$,异位妊娠囊内无胎心搏动,血 β -HCG 持续下降,期待治疗的治愈率为 46.7%~73.1%。而我们所治异位妊娠包块直径最大为 8.3cm,治愈率为 99.1%、异位妊娠包块完全吸收的时间也较谢康云等报道^[4]的 2.5 $\pm$ 1.7 月为短,并缩短了血 β -HCG 降至正常的时间。中药治疗免除了腹腔镜手术、B 超指引下妊娠囊内注射、经宫腔操作妊娠部位注射及开腹手术给患者带来的危险、创伤及术后盆腹腔脏器粘连。

异位妊娠合并盆腔感染,特别是破损期异位妊娠患者,盆腹腔内血液感染后形成炎性血肿包块使盆腔感染不易控制,异位妊娠包块难以吸收,故在非手术方法保守治疗异位妊娠的过程中应尽量避免不必要的盆腹腔穿刺检查,防止发生继发感染使非手术治疗失败。一般来说,异位妊娠包块的消失时间与包块的大小成正比。本组 9 例患者破损期异位妊娠腹腔内血液未形成血肿包块时就及时治疗,腹腔内血液及异位妊娠包块均在 41 天内完全吸收。对于就诊时间较晚陈旧性异位妊娠的患者,异位妊娠血肿包块已被纤维组织机化变硬,则治疗需时较长、疗效也较差。因此中医药治疗异位妊娠,无论是处在何期均是治疗越早疗效越好。

5 参考文献

- 1 王建华,杨琪,张爱华,等. 药物杀胚治疗异位妊娠 134 例临床分析. 现代妇产科进展, 1998,7(2):163.
- 2 山西医学院第一附属医院中西医结合治疗宫外孕研究室. 中西医结合治疗宫外孕的实验研究. 中华妇产科杂志, 1979,14(4):279.
- 3 Pekka Y, Brund C, Jari S, et al. Expectant management of ectopic pregnancy. Obstetrics and Gynecology, 1992,80(3):345.
- 4 谢康云,张惜阴. 输卵管妊娠的期待治疗. 中华妇产科杂志, 1996,31(3):176.