

# 输卵管妊娠的非血管介入治疗

李强

**【摘要】** 目的: 评价输卵管介入治疗的新方法以及与其他药物治疗的比较。方法: 在 X 线透视下, 选用球茎端导管引导 3F 微细导管配 0.045cm 白金头导丝, 经阴道、宫腔插入输卵管, 对输卵管妊娠的孕囊进行穿刺, 并注入氨甲喋呤, 使孕囊死亡。结果: 25 例患者插管均一次成功, 22 例患者治愈, 治愈率为 88.00%。3 例患者介入治疗后  $\beta$ -hCG 下降, 转手术治疗。25 例患者均未出现并发症。5 例患者术后复查, 患侧输卵管通畅。结论: 输卵管妊娠介入治疗是一种可行性的新方法, 较其他药物保守治疗有一定的优越性, 并且安全、经济、疗效高。术后患侧输卵管通畅, 保留了生育能力。适合临床上广泛应用。

**【关键词】** 介入治疗 输卵管妊娠 氨甲喋呤

**Interventional therapy of fallopian tube pregnancy** Li Qiang. Department of Radiology, Xiaoshan Maternal and Child Health Protection Hospital, Zhejiang Xiaoshan 311201

**【Abstract】 Objective:** To assess a new method of interventional therapy of fallopian tube pregnancy in comparison with other treatment. **Methods:** 25 cases of fallopian tube pregnancy were treated with the interventional therapy. Under the X-ray TV, a 3F teflon catheter with a 0.045cm platinum wire was inserted into the fallopian tube through vagina and uterus for the infusion of methotrexate into the pregnancy mass. **Results:** Out of 25 cases, no complications were observed. 22 cases (88.00%) were cured. 3 cases were operated later. **Conclusion:** The interventional therapy of fallopian tube pregnancy was proved to be superior to other conservative treatments. The treated tubes were patent and generative power was reserved. It was safe, convenient, economic and could be widely applied in clinical practice.

**【Key words】** Interventional therapy Fallopian tube pregnancy Methotrexate

输卵管妊娠是妇产科领域常见的急腹症之一, 约占异位妊娠总数 95% 以上, 近年来其发生率有上升趋势。由于先进诊断技术的普及, 处理方法从典型的输卵管切除术, 演进为输卵管保守手术法, 以后发展到药物保守疗法。1998 年 3 月开始, 我院在输卵管阻塞再通术(介入治疗)的基础上开展了输卵管妊娠的非血管介入治疗, 现报道如下。

## 方 法

### 1. 一般资料

本组输卵管妊娠患者 25 例, 年龄在 20~40 岁之间, 平均 28 岁。2 例为首次妊娠, 余 23 例患者均有流产或生育史, 其中 5 例子宫腔内有节育器, 停经 35~58 天, 部分患者有腹痛, 阴道少许流血及恶心、纳差、乏力等早孕反应表现。实验室检查: 肝功能正常, 血  $\beta$ -HCG 测定, 120~26 000 IU/L, 高频阴道 B 超(Acuson 128xp 彩超仪)检查, 排除宫内妊娠, 提示附件混合性包块直径 2~6cm, 子宫直肠窝积液  $\leq 3$ cm。

### 2. 治疗方法

由美国 Cook 公司生产的球茎端导管(Iansen Anderson bulb tip cannula), 其前端呈球形, 并有一金属环, 可在透视下作标记。在 X 线透视下, 常规消毒后, 行常规子宫输卵管造影术(hysterosal pingraphy, HSG)。造影剂选用水溶性非离子型的碘必乐(Ionparo300)。根据输卵管阻塞部位结合 B 超可确定 FTP 的孕囊部位, 再行输卵管插管术<sup>[1]</sup>。先用一根可展式不锈钢丝加强球茎端导管的硬度, 经阴道宫颈送入宫腔, 退出钢丝, 球茎端导管则自然弯曲而滑入输卵管开口处, 透视下可见导管前端金属环位于子宫角部, 再选用 3F 导管及 0.045cm 导丝, 顺球茎端导管插入患者输卵管内至孕囊阻塞处, 此时会有较大的阻力, 再用力将导丝强迫推进, 导丝可通过阻力区, 再将导管顺导丝推进 2cm 左右。退出导丝, 导管前端留在相当于孕囊处, 化疗药物选用氨甲喋呤(Methotrexate MTX)并用碘必乐溶解。经 3F 导管注入 MTX 40mg 溶液, 见 MTX 留于孕囊内。有时可见部分溶液顺输卵管流入腹腔, 术后严密观察生命体征。

## 结 果

本组 25 例输卵管妊娠患者在 X 线透视下, 经阴道



图1 HSG示右侧输卵管未显影。图2 3F微细导管配0.045cm导丝插入右侧输卵管内,通过孕囊包块处。图3 经3F导管注入MTX溶液,溶液滞留于孕囊内。

子宫输卵管插管,均一次性成功,注入MTX40mg后无明显毒副反应及其他并发症。

25例FTP患者中,22例治愈,治愈率达88.00%,血 $\beta$ -hCG在1~5周恢复正常,B超监测FTP包块消失,其他症状也随之消失。

3例患者经介入治疗后, $\beta$ -hCG值逐渐下降,但因患者不能等待而要求手术治疗,其中有1例患者治愈前B超检查可见孕囊内胚芽搏动,治疗后即消失。

5例FTP患者术后3月行HSG示患侧输卵管通畅。

## 讨论

### 1. 介入治疗的原理及优越性

MTX是一种十分有效的叶酸拮抗剂,可抑制双氢叶酸还原酶,因而是抑制快速增长的细胞(如滋养细胞)的理想药物。Fanaka T<sup>[2]</sup>1992首次报道选用药物MTX治疗输卵管妊娠获得成功,现已得到肯定并有很大发展。给药的方法有口服、肌注、静注、腹腔及超声下的局部注射等。副作用的发生率达20%~30%<sup>[3]</sup>。我院在输卵管阻塞再通术(此项课题获浙江省医学科技进步奖)的基础上,开展了输卵管妊娠的非血管介入治疗。此法优点是用球茎端导管引导导丝导管经宫颈插入输卵管,简便、快捷、安全,成功率高,导丝能直接穿刺孕囊内,起到了类似多胎妊娠直接穿刺减胎术的作用<sup>[4]</sup>,注入药液,由于液压的机械作用,药液能有效地渗入输卵管壁和滋养层之间,促进滋养层的剥离,细胞坏死和胚胎死亡。40mg MTX与滋养层细胞直接接触,最大限度地发挥起杀死胚胎的作用。并且在透视下,可观察到药物的流向,与其他药物保守治疗相比:<sup>1</sup> MTX全身化疗,用药剂量大,毒副作用相对亦大;<sup>4</sup>腹腔镜、B超下直接穿刺,需要一定的条件与设备,并

有一定的损伤(需经皮肤或粘膜穿刺至腹腔);(四)宫腔镜下插管<sup>[5]</sup>、盲插<sup>[6]</sup>,将塑料导管插入塑料管开口处,或输卵管妊娠包块的周围,不能进行穿刺。而本法最大的优点在于穿刺、液压及药物作用的联合治疗。

### 2. 介入治疗的适应证

随着快速、敏感的 $\beta$ -hCG检测技术的开展,高分辨力B超的应用,使大部分输卵管妊娠在未破裂前得以诊断,为介入治疗创造了时机和条件。结合本组25例输卵管妊娠患者治愈情况分析,其适应证为:<sup>1</sup> 输卵管妊娠未破裂,生命体征稳定,血流动力学稳定;<sup>4</sup> 经B超检查附件混合性包块 $\leq 5$ cm,盆腔液性暗区 $< 3$ cm,未见明显胚芽搏动;<sup>(四)</sup> 血 $\beta$ -hCG $< 5000$  IU/L,肝肾功能正常,血常规正常;<sup>1/4</sup> 夫碘过敏。

### 3. X线辐射防护问题

在X线透视下选择性输卵管插管,较在宫腔镜或B超下插管方便、准确。但治疗的对象为育龄妇女,考虑再次妊娠时X线辐射对胎儿的影响。我院在开展输卵管阻塞介入治疗时就考虑了X线辐射的问题,通过几年的努力,采取一系列防护措施<sup>[7]</sup>,如选用X线球管在诊视床下的,再在床面上加盖铅橡皮,在相应的骨盆区开一小窗,减少辐射面积;提高操作技术,缩短X线曝光时间,一侧输卵管妊娠介入治疗的X线监视时间为2min左右,经市职防院监测,用LiF(Mg,Cu,P)热释光个人剂量计,治疗时在患者身上置7个检测元件,术后回收在RGD-3仪表上测试,得出各部位受照剂量,再计算出患者的全身剂量均值为0.01mSV。远低于国际辐射防护委员会(ICRP)规定的公众成员中有效剂量不超过1mSV。由此说明本介入治疗的X线辐射对育龄妇女是安全的。

### 4. 小结

本介入治疗方法简便、安全,无严重并发症,疗程

明显缩短,术后的输卵管再通率高,能保持输卵管生育功能,能在基层医院广泛推广。

#### 参考文献

- 1 李强.介入同轴导管经宫颈治疗输卵管阻塞性不孕症 86 例临床分析.中国实用妇科与产科科学,1998,14:101-102.
- 2 Fanaka T, Havashi H, Kutsuzawa T, et al. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case. Fertil Steril, 1982, 37: 851-853.
- 3 刘珠凤,郎景和,黄荣丽,等.氨甲喋呤单次肌注治疗异位妊娠.中华

妇产科杂志,1996,31:490-492

- 4 徐蕴华.多胎妊娠的选择性减胎术.实用妇产科杂志,1993,9:70-71.
- 5 葛春晓,丁慧娟,马莉.宫腔镜下输卵管插管并注入氨甲喋呤治疗输卵管妊娠.中华妇产科杂志,1986,31:114.
- 6 孟宪风,郝翠芳,刘素瑛.经宫颈输卵管注药早期异位妊娠临床观察.实用妇产科杂志,1996,12:199-201.
- 7 李强.输卵管介入治疗的X线防护.临床放射学杂志,1998,17(增刊):76-77.

(1999-03-12 收稿)

## ·短篇报道·

# 血管母细胞瘤误诊为颈椎间盘突出症 1 例

李健 吕玉明 张平

患者,女性,60岁,退休工人。患者自诉于1个月前无明显诱因出现颈部疼痛,伴向头顶放射,疼痛呈持续性,阵发性加剧。症状严重时伴有恶心欲吐。夜间常因头颈部疼痛而不能入睡。无眩晕、耳鸣及视力模糊。曾在外院行CT检查后诊断为“颈<sub>3,4</sub>椎间盘突出症”(图1)。经对症治疗后症状无明显缓解,于1993年9月7日入院。体格检查:神志清醒、痛苦面容、强迫体位。头颈部无红肿及明显异常。颈部活动明显受限。双侧颈肌紧张、压痛。颈<sub>3,5</sub>棘突压痛。Spurling氏征(+),臂丛牵拉试验(-),Hoffmann氏征(-)。四肢感觉、运动及括约肌功能正常。实验室检查:血常规及肝、肾功能正常。AIP 176U/l, ESR 36mm/h。颈椎正侧位、双斜位片显示颈椎退行性改变。入院诊断:“颈<sub>3,4</sub>椎间盘突出症”。于1993年9月24日在放射科局麻下行“颈<sub>3,4</sub>经皮穿刺椎间盘切除术”。

**手术方法** 患者取仰卧位,肩背部垫软枕使颈部伸长。常规皮肤消毒铺巾,先用右拇指桡侧触到左颈动脉搏动后,在左颈动脉内侧以2% Lidocaine 1ml局麻,将甲状软骨稍推向内侧,在X线引导下将细导针斜向刺入颈<sub>3,4</sub>椎间隙,在导针入皮处作一小横切口(仅容套管针通过),将套管针套入导针,压紧皮肤,顺导针方向将套管针旋入椎间隙。嘱病人右侧卧位,透视下证实穿刺针在椎间隙后,拔出导针,送入尾部负压吸引器胶管的创削器或环锯,往复、旋转切除抽吸髓核组织至手术完毕。拔针后伤口稍加压迫并外敷创可贴。病人在颈托保护下步行回病房。抽吸出约1.5cm×1.5cm×0.8cm白色鱼肉样物质,送病检结果为“血管母细胞瘤”(图2、3)。术后病人症状体征完全缓解。1周后出院。随访至今无复发。

**讨论** 血管母细胞瘤临床上较少见,多发生于中年男性,而且多见生长在小脑半球或蚓部,发生在脊髓部的则少见。肿

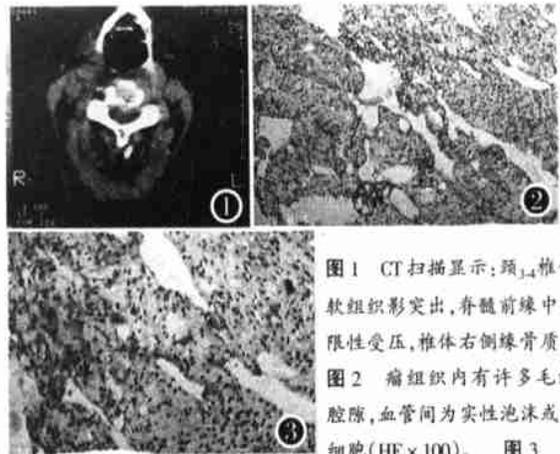


图1 CT扫描显示:颈<sub>3,4</sub>椎体后缘软组织影突出,脊髓前缘中央区局限性受压,椎体右侧缘骨质增生。  
图2 瘤组织内有許多毛细血管腔隙,血管间为实性泡沫或空泡样细胞(HE×100)。图3 图2放大,HE×400。

瘤多为单发,但也可多发。少数病人甚至还可同时并发其他部位肿瘤,由于这类肿瘤常与脑膜相连,故常被称为“血管母细胞脑膜瘤(Angioblastic meningioma)。”

本病例无论从临床征象体征及CT扫描的图像显示均难以颈椎间盘突出症相鉴别,但术前MRI检查对本病鉴别诊断有帮助。该病除病理检查诊断外,术中及髓核切除物均可进行肉眼分辨:①在正常经皮穿刺椎间盘切除(PCD)时,手术全过程基本是无出血的(除非是椎间隙过窄,穿刺方向不正确术中损伤软骨板)。而血管母细胞瘤在行PCD切除过程中出血相对较多。②PCD所切取的髓核组织,在中老年中常为退化的椎间盘组织,由于吸水性较差,颜色常为白中带黄,硬度增大,弹性较差的组织。而血管母细胞瘤则为灰白色、鱼肉样、脆性较大的组织。

(1999-03-22 收稿)