

基于放射介入联合中药方法对输卵管妊娠患者
血清 β -HCG 和病灶大小的影响

冯桂松*

(山东省高密市人民医院,山东 高密 261500)

〔摘要〕 目的:观察放射介入联合中药治疗输卵管妊娠的临床疗效及安全性。方法:将 62 例输卵管妊娠患者随机分为对照组和研究组,对照组采用放射介入输卵管插管持续灌注氨甲蝶呤(MTX)治疗,研究组在此基础上辅以中药异位妊娠方治疗,疗程 2 周。观察治疗前后两组疗效、临床症状体征消失时间、血 β -绒毛膜促性腺激素(β -HCG)水平、包块大小的变化以及副反应发生情况。结果:两组治疗 2 周后,研究组治愈率 90.3%,对照组治愈率 74.2%,具有显著性差异($P < 0.05$)。研究组相关症状消失时间、血 β -HCG 水平恢复及转阴时间、包块缩小率等相关疗效指标均优于对照组,差异显著,并且研究组副反应发生率明显低于对照组。结论:放射介入输卵管插管持续灌注 MTX 辅助中药治疗输卵管妊娠疗效显著,可明显缩短治愈时间,且毒副作用小,值得临床推广应用。

〔关键词〕 放射介入;氨甲蝶呤;异位妊娠方;输卵管妊娠

〔中图分类号〕 R287 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 1005-9903(2012)21-0297-03

Effect of Radiation Intervention Combined with Traditional Chinese Medicine
Therapeutic Methods on β -HCG Level in Serum
and Lesion Size in Tubal Pregnancy Patients

FENG Gui-song*

(Shandong Gaomi City People's Hospital, Gaomi 261500, China)

〔Abstract〕 **Objective:** To observe the clinical efficacy and safety of radiation intervention combined with traditional Chinese medicine (TCM) in treatment of tubal pregnancy. **Method:** Sixty-two patients were randomly divided the into control group and research group. The control group was treated with radiation intervention to fallopian tube combined with continuously methotrexate (MTX) infusion. The research group was treated with ectopic pregnancy prescription for 2 weeks based on above mentioned method. The disappeared time of clinical symptoms, the β -human chorionic gonadotropin (β -HCG) level in serum, the changes of lesion size, and the occurrence of side effect before and after the therapeutics were observed. **Result:** After 2 weeks, the cure rate for research group was 90.3%, and the control group was 74.2%, and there was significant difference ($P < 0.05$). The relative efficacy indexes of research group (such as the disappeared time of clinical symptoms, the recovered time of β -HCG level in serum, and the narrow rate of lesion size) were better than control group. **Conclusion:** The radiation intervention combined with TCM indicates significantly therapeutic efficacy, it can obviously reduce the cure time and side effects, and there was certain clinical application value.

〔Key words〕 radiation intervention; MTX; ectopic pregnancy prescription; tubal pregnancy

〔收稿日期〕 20120522(003)

〔通讯作者〕 * 冯桂松,副主任医师,从事妊娠高血压疾病、异位妊娠诊疗新动向研究, E-mail: huangwei986@126.com

异位妊娠是妇产科常见疾病,发生部位包括输卵管、卵巢、腹腔、阔韧带、子宫角及剖宫产术后瘢痕处等。由于异位妊娠常不能得到及时的诊断与治疗,致使其成为早孕期孕妇死亡的主要原因,因此一直被视为高度危险的早期妊娠并发症^[1],且

其发生率呈逐年增高趋势^[2]。异位妊娠中以输卵管妊娠最为常见,据统计输卵管妊娠占异位妊娠总数 95% 以上^[3]。近年来,输卵管妊娠常用的治疗方法主要有期待疗法、药物治疗和手术治疗等。其中以甲氨蝶呤(MTX) 为主的药物保守治疗和腹腔镜微创技术已成为输卵管妊娠治疗的主流,特别适于迫切要求保留生育能力的患者,但其缺点是长期化疗存在较大毒副作用,而中医药治疗有毒副作用少、疗效持久等优点,在增强疗效、改善症状、提高生存质量、避免不良反应等方面显示了其特色与优势。为解决西药毒副作用大,发挥中医药特色和优势,在本研究中,笔者采用 GEIQ3100 数字平板 DSA 监视下输卵管内插管,并由电子泵持续灌注 MTX,使局部药物持续在高浓度水平,充分杀死滋养叶细胞,同时辅以中药异位妊娠方,取得了显著疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 62 例患者均为我院收治的未破裂型输卵管妊娠患者,均符合以下介入治疗纳入标准^[4]:①输卵管妊娠未破裂,生命体征平稳,血液动力学稳定;②停经时间≤2 个月;③B 超宫腔内无妊娠囊,附件区包块直径<5 cm;④血β-HCG<2 000 U·L⁻¹,外周血白细胞≥4.0×10⁹/L,血小板≥100×10⁹/L;⑤肝、肾功能正常。将所有患者随机分为对照组和研究组,各 31 例。两组年龄、停经时间、血β-HCG 值及附件区包块大小等差异均无统计学意义。

1.2 治疗方法 ①对照组:所有患者均取膀胱截石位,常规消毒,在 GE IQ3100 数字平板 DSA 监视下,将 4F 导管用 0.018" 超滑导丝引导插入宫腔内,轻轻探及患侧输卵管内口,将导管送入输卵管内 1~2 cm,抽出导引导丝,注入造影剂,观察输卵管形态及管内充盈缺损情况,造影剂充盈缺损区则为孕囊所在,将导丝再次插入导管,将导管送至孕囊边缘,抽出导丝,将溶于 5 mL 注射用水的 10 mg MTX 经导管缓慢注入输卵管内,然后用碘伏纱布在阴道内固定导管。将 50 mg MTX 溶于 20 mL 注射用水中,用电子泵向输卵管内灌注药液,流速为 2 mL·h⁻¹。

表 2 两组治疗后各项指标比较($\bar{x} \pm s, n = 31$)

组别	腹痛消失 时间/d	包块缩小 >50% 时间/d	阴道流血 时间/d	血β-HCG >15% 时间/d	血 HCG 恢复 时间/d
对照	6.8±7.7	17.5±19.7	5.1±7.3	9.8±10.3	11.1±12.1
治疗	4.0±4.8 ¹⁾	14.0±14.8 ¹⁾	2.2±3.0 ¹⁾	6.2±7.5 ¹⁾	6.8±7.4 ¹⁾

2.3 两组治疗前后包块直径及血β-HCG 水平变化 治疗 2 周后对两组患者包块直径、血β-HCG 水

②治疗组:研究组 31 例患者在对照组放射介入治疗的基础上,于 24 h 后开始口服中药异位妊娠方辅助治疗,每日 1 剂,连用 5 d。异位妊娠方组成:丹参 15 g,赤芍 15 g,桃仁 9 g,三棱 3~6 g,莪术 3~6 g。

1.3 监测指标 ①生命体征的变化:根据病情间隔 2~4 h 测血压、脉搏、呼吸和体温 1 次,并记录;②腹痛情况;③用药后每周测血β-HCG 1 次,直至正常(<8 U·L⁻¹),同时用 B 超测定包块大小。④用药后每周复查肝、肾功能及血象。

1.4 疗效评定标准 所有 62 例患者于治疗 3 周后进行疗效评定,连续观察 2 周。治愈标准:①临床症状消失;②血β-HCG 下降>50% 或接近正常;③部病灶缩小或消失。失败标准:治疗后,血β-HCG 下降不明显,包块无明显缩小,症状加重或破裂、出血等。

1.5 统计学方法 数据结果用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间差异采用两独立样本 *t* 检验;计数资料组间用卡方(χ^2)检验,等级资料用秩和(Wilcoxon)检验。采用 SPSS 16.0 统计软件进行数据处理,以 *P*<0.05 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 对照组 31 例患者中,临床治愈 23 例,失败 8 例,治愈率为 74.2%。研究组 31 例患者中,临床治愈 28 例,失败 3 例,治愈率为 90.3%。两组临床治愈率比较,有显著性差异(*P*<0.05),研究组优于对照组。见表 1。

表 1 两组疗效比较(*n* = 31)

组别	治愈/例	失败/例	治愈率/%
对照	23	8	74.2
治疗	28	3	90.3 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾*P*<0.05(表 2,4 同)。

2.2 两组治疗后临床症状体征恢复时间比较 治疗后发现,研究组腹痛消失时间、包块缩小>50% 时间、阴道流血时间、血β-HCG>15% 时间、以及血 HCG 恢复时间均明显低于对照组,经统计学分析,均有显著性差异(*P*<0.05)。见表 2。

平进行统计分析,结果显示:两组治疗 2 周后,包块直径、血β-HCG 水平较治疗前均明显下降,有显著

性差异($P < 0.05$);且治疗后研究组包块直径、血β-HCG 水平均低于对照组,与对照组比较,均有显著性差异($P < 0.05$)。见表3。

表3 治疗前与治疗2周后两组患者包块直径、血β-HCG 比较($\bar{x} \pm s, n = 31$)

组别	时间	包块直径/cm	血β-HCG/U·L ⁻¹
对照	治疗前	3.3 ± 1.7	4 980 ± 2 421
	治疗后	1.2 ± 0.7 ¹⁾	1 789 ± 875 ¹⁾
治疗	治疗前	3.2 ± 1.6	4 987 ± 1 029
	治疗后	1.7 ± 1.0 ^{1,2)}	2 347 ± 2 411 ^{1,2)}

注:两组治疗前后自身比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 两组副反应比较 治疗期间,研究组副反应发生率明显低于对照组,经统计学处理,具有显著性差异($P < 0.05$)。对照组治疗后出现白细胞、血小板下降9例,恶心5例,呕吐3例及脱发1例等副反应;研究组出现恶心6例,上腹疼痛4例,所有症状均于2周后消失。见表4。

表4 两组副反应发生比较 ($n = 31$)

组别	副反应发生/例	未发生副反应/例	副反应发生率/%
对照	18	13	58.1
治疗	10	21	32.2 ¹⁾

3 讨论

输卵管妊娠是异位妊娠(EP)中最常见的是妇科急腹症之一,由于以往切除患侧输卵管的手术治疗会影响同侧卵巢血运,导致患者术后性激素水平和生殖功能下降,临床上现多采用保守药物治疗。介入引导给药治疗输卵管妊娠具有简便、易行、安全、疗效高、术后输卵管通畅率高、能保持输卵管正常功能的微创手术,易被广大患者接受,是临床上常用方法^[3]。

MTX 是目前治疗输卵管妊娠最理想药物之一,为抗代谢类药物,是一种叶酸拮抗剂。其作用机制是通过与细胞内二氢叶酸还原酶活性部位结合,使其失去活性,间接抑制一碳基团代谢,阻断二氢叶酸还原为具有生物活性的四氢叶酸,抑制嘌呤和嘧啶的合成,从而干扰 DNA,RNA 及蛋白质合成,抑制胚胎滋养细胞增生,破坏绒毛,使胚胎组织坏死、脱落、吸收^[4]。如给予 MTX 24 h 后再给予四氢叶酸钙解救,则可越过 MTX 所造成的酶阻断作用,减少 MTX 对正常细胞的细胞毒作用。MTX 给药的途径有口服、静脉滴注、动脉灌注或溶入栓塞剂中栓塞、肌肉注射、局部注射,后两种为临床上最常用的方法。由于正常滋养叶细胞对 MTX 敏感性差,因此应进行局部高浓度持续给药,故本研究采用 GE IQ3100 数字平板

DSA 监视下输卵管内插管,并由电子泵持续灌注 MTX,使局部药物持续在高浓度水平,充分杀死滋养叶细胞,从而提高疗效。但由于 MTX 单一用药有时需几个疗程,长期应用会产生毒副作用和不良反应,以至于许多患者难以耐受,影响了其临床应用。

中医药治疗输卵管妊娠有其独特优势和特点^[5-7]。传统中医学理论认为输卵管妊娠属血瘀少腹、不通则痛的实证,中药以活血化瘀、消杀胚为主,故本研究在放射介入输卵管灌注 MTX 的同时,辅以中药方剂以提高疗效,降低其毒副作用。异位妊娠方中丹参、赤芍、桃仁活血化瘀,三棱、莪术消散结^[8],可以调节机体免疫功能,改变局部血液循环,使蜕膜、绒毛组织变性,黄体溶解,囊胚坏死。两者协同作用,加速绒毛吸收达到较好治疗效果,明显缩短病程,且不良反应少。

本研究选取我院收治的未破裂型输卵管妊娠患者,采用 GEIQ3100 数字平板 DSA 监视下输卵管内插管,并由电子泵持续灌注 MTX,同时辅以中药异位妊娠方,取得了显著疗效。研究结果提示,两组治疗2周后,放射介入联合中药复方治疗,其治愈率明显高于对照组,其相关临床症状体征消失时间、血β-HCG 水平恢复及转阴时间、包块缩小率等相关指标均优于对照组,疗效显著,且大大降低了副作用的发生,优于单纯西药治疗和手术治疗。可见,放射介入联合中药治疗输卵管妊娠,兼有疗效显著和毒副作用小的优势,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] Rausch M E, Sammel M D, Takacs P, et al. Development of amultiplemarker test for ectopic pregnancy [J]. Obstet Gynecol, 2011, 117(3):573.

[2] Kriebs J M, Fahey J O. Ectopic pregnancy [J]. J Midwifery Womens Health, 2006, 51: 431.

[3] 罗建萍,李占峰,吴伟.放射介入治疗未破裂的输卵管妊娠[J].医学理论与实践,2006,19(2):195.

[4] 乐杰.妇产科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004:110.

[5] 王燕兰.米非司酮结合中药治疗异位妊娠疗效观察[J].吉林中医药,2003,23(11):27.

[6] 雷少霞,沙锦芳,周琼.中药加服米非司酮治疗异位妊娠的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2005,25(12):1073.

[7] 刘秀峰.中医辨证治疗异位妊娠疗效观察[J].辽宁中医杂志,2004,31(10):846.

[8] 马会璋.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2000:100.

[责任编辑 邹晓翠]