

# 腹腔镜下输卵管切除治疗宫外孕合并宫内妊娠 1 例报告

高羽, 姚书忠

(中山医科大学附属第一医院妇产科, 广东 广州 510080)

**关键词:** 妊娠, 异位/外科学; 输卵管切除术; 妊娠并发症

**中图分类号:** R 713.8 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-257X(2000)01-0074-02

宫内外合并妊娠是一种罕见疾病但危险性极大。为治疗宫外孕并维持宫内妊娠, 治疗方面要以安全有效为原则。本文报告我院第一次利用腹腔镜成功治疗宫内外合并妊娠, 并结合文献进行讨论。

## 1 病例资料

患者田某, 女, 27 岁。因婚后 3 年未孕、丈夫虚弱精症, 于 1999 年 3 月于我院行 GnRHa/HMG/hCG 超排卵治疗。末次月经为 1999 年 3 月 12 日。于 3 月 26 日行 IVF-ET 术, 放受精卵 4 个。4 月 9 日尿妊娠试验阳性。4 月 18 日阴道少许血性分泌物, 未予特殊治疗。4 月 26 日无诱因下出现左下腹痛。患者 5 日未解大便, B 超示“宫内见妊娠囊, 宫外未见明显包块”, 予 hCG 2 000 U 肌注, 按便秘服中药治疗。4 月 27 日晚左下腹痛加剧, 予抗炎补液治疗后疼痛无缓解。即而出现下腹压痛反跳痛, 移动性浊音阳性。B 超示“宫内见一妊娠囊, 未见胎心搏动, 子宫左后方可见一肿物 7.4 cm×3.6 cm, 子宫右后方可见一肿物 6.9 cm×4.7 cm”。后穹窿穿刺抽出不凝血 10 mL。拟宫外孕合并宫内妊娠, 即送手术室于气管内麻下行腹腔镜检查术。术中见子宫如孕 6 周大小, 双侧卵巢增大, 左卵巢 5 cm×4 cm, 右卵巢 6 cm×4 cm, 左输卵管伞端水肿, 有活动性出血, 盆腔积血。考虑为宫内妊娠合并左输卵管壶腹部妊娠流产型。为减少手术对宫内妊娠的影响, 遂行腹腔镜下左输卵管三圈套扎切除术。术中吸出腹腔积血 1 200 mL。术后患者血红蛋白 55 g/

L, 予输同型血 600 mL, 抗炎治疗, hCG 2 000 U 隔日肌注, 黄体酮 40 mg 每日肌注。术后患者恢复好, 无阴道流血, 无腹痛。4 月 30 日尿 hCG 5 000 U/L。复查 B 超示“宫内妊娠, 见胎心搏动”。治愈出院。

## 2 病例讨论

据 Reece 1983 年报道, 自然情况下宫内外合并妊娠的发病率为 1/10 000<sup>[1]</sup>。Joseph Tal 1996 年报道应用辅助生育技术可将宫内外合并妊娠发病率提高 100 倍<sup>[2]</sup>。我院 1990 年开展 IVF-ET 技术至今, 宫内外合并妊娠的发病率为 1.13%, 与国外报道相近。

IVF-ET 作为一种辅助生育技术, 为提高胚胎存活的成功率, 增加胚胎植入数量是必不可少的手段。1 个以上的胚胎被植入宫腔后, 宫内外合并妊娠成为可能。而据 Joseph 研究表明 IVF-ET 后的宫内外合并妊娠率并非随着植入胚胎数量的增多而增高, 而与植入培养液的多少, 注入宫腔的速度有关<sup>[2]</sup>。另外, 行 IVF-ET 术的患者有相当比率合并盆腔输卵管慢性炎症, 这亦增加了宫外孕的可能性。

IVF-ET 所致宫内外合并妊娠的临床表现与自然受孕下宫外孕相比较有以下特点: ① IVF-ET 可确定明确的受孕时间, 我院常规于 IVF-ET 后 14 日验尿妊娠试验肯定妊娠; ② 由于 IVF-ET 是体外受精卵植入, 胚胎着床过程中会有少许阴道出血, 一旦宫内妊娠囊形成, 阴道出血自止; ③ 由于患者对 IVF 寄予巨大的希望, 心理负担重, 多数患者长期

收稿日期: 1999-06-01

作者简介: 高羽(1969-), 女, 北京人, 硕士, 住院医师。

卧床,多合并便秘,下腹胀痛,精神紧张,对痛觉敏感,易使医务人员对下腹痛有麻痹心理;④对IVF患者,我院常规于停经第40天使用hCG黄体支持,加之宫内妊娠分泌hCG,所以宫内外合并妊娠患者尿hCG水平并不较正常妊娠低,甚至高于正常妊娠;⑤由于IVF后尽量避免妇检刺激,在发病早期腹痛刺激不明显时未及时妇检,忽略了附件包块的存在,而发病后期,腹痛剧烈,腹肌紧张,附件包块亦不易扪及;⑥B超是诊断宫内外合并妊娠的最有效手段,对于早期诊断非常重要,B超下可见子宫大小与停经月份相符,宫内见妊娠囊,宫外见半囊实肿物,但促排卵药物刺激卵巢增大,囊性变,与宫外孕包块鉴别有一定困难。

由于IVF患者对妊娠有很高期望,所以宫内外合并妊娠治疗方面应以安全、快速、彻底为原则,减少对宫内妊娠的影响,及时消除宫外孕。显然中药或米非司酮等保守治疗是不可行的。一经诊断无论是否破裂出血均应及时手术治疗。对于未破裂病例,国外采用B超引导下宫外孕囊内注射高浓度氯化钾或高渗糖的方法治疗<sup>[4,5]</sup>。对于已破裂的病例,过去国内常规开腹手术。术中尽量避免对子宫的刺激,效果亦不错。我院1990~1996年间有3例IVF后宫内外合并妊娠<sup>[3]</sup>。3例均行开腹切除患侧输卵管手术。其2例继续妊娠至足月分娩,1例手术后宫内妊娠胚胎停止发育而流产。因此开腹手术虽然操作方便快捷,但手术创伤性大,对宫内妊娠有相当大的威胁。为尽量降低手术对宫内妊娠的影响,本例患者我们采用了腹腔镜下手术。手术采用气管内全麻,腹腔内压力控制在10 mmHg左右,避免腹腔内压力过高。手术操作轻柔,避免牵拉或触动子宫。采用三圈套扎切除患侧输卵管的简洁快速方法。患者术中、术后均无阴道出血。术

后第1天即可进食,床边活动。术后进一步加强支持治疗,纠正贫血,hCG、黄体酮支持黄体,患者很快出院。至发稿时为止患者已宫内妊娠2月。

### 3 小 结

宫内外合并妊娠是一种罕见疾病,辅助生育技术的开展提高了宫内外合并妊娠的发病率。它的危险性大,易危及患者生命或引起宫内妊娠流产,所以早期诊断至关重要。腹腔镜下手术与开腹手术相比有对患者损伤性小,视野清晰,对周围器官特别是子宫影响小,操作简便,术后患者恢复迅速的优点。所以对于希望继续宫内妊娠的患者,采用腹腔镜下手术解决宫外孕是安全可行的。

#### 参考文献:

- [1] Reece E A, Petrie R H, Simans M F, *et al* · Combined in-truterine and extrauterine gestations; a review[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1983, 146(2):323.
- [2] Joseph T, Sami H, Nina G, *et al* · Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993[J]. *Fertility and Sterility*, 1996, 66(1):1.
- [3] 姚书忠,庄广伦,周灿权·体外受精-胚胎移植后宫内外同时妊娠3例报告[J]. *中山医科大学学报*, 1997, 18(4):313.
- [4] Amy W, Carole L K, Ruben Q, *et al* · Selective embryo reduction in a heterotopic pregnancy using potassium chloride injection resulting in a hematosalpinx[J]. *Fertility and Sterility*, 1996, 66(6):1028.
- [5] Heinz S, Andrees O, Rainer L, *et al* · Successful treatment of a heterotopic pregnancy by sonographically guided instillation of hyperosmolar glucose[J]. *Fertility and Sterility*, 1998, 69(1):149.

(编辑 关淡庄)

(上接第73页)

- [2] 江斌,郭景元,梁赏猷·运用变性PAGE和荧光检测技术对广州汉族人群六个STR位点的研究[J]. *法医学杂志*, 1999, 15(3):141~143.
- [3] Eng B, Ainsworth P, Waye J S · Anomalous migration of PCR products using nondenaturing polyacrylamide gel electrophore-

sis: the amelogenin sex typing system[J]. *J Forens Sci*, 1994, 39(6):1356~1359.

(编辑 刘清海)