

周 產 期 會 訊



發行人：陳持平 秘書長：徐振傑 會訊主編：施景中

郵政劃撥帳號：12420668 戶名：中華民國周產期醫學會

會址：台北市常德街一號 電話：(02)2381-6198 傳真：(02)2381-4234

[http: www.taiwanperina.org.tw](http://www.taiwanperina.org.tw)

第九十三期

2003 年 11 月

利用腹腔鏡 Square Suture 技術

成功的處理子宮角懷孕：三個病例報告

馬偕紀念醫院婦產部 黃閔照醫師

子宮角懷孕為較少見之子宮外孕，約佔所有子宮外孕之 2-4%。因為其特殊之著床位置，常常無法早期診斷，因此造成破裂大出血，故傳統上處理子宮角外孕，仍行剖腹式子宮角切除或全子宮切除。近年來因為超音波及血液 β -hCG 檢驗技術之進步，早期診斷子宮角懷孕，尤其是在未破裂之前便能確定，使得腹腔鏡在處理子宮角外孕上有相當的空間發展。

對於子宮角外孕的保守性治療，包括以化學藥物 (Methotrexate) 及手術保留子宮角之子宮角切開術。根據統計以化學藥物治療成功率約 83% 目前最常見的治療模式是和處理持續性葡萄胎的針劑療程類似，平均 1-2 次的療程即可達成療效，但需要長時間的追蹤。一旦血液中 β -hCG 下降速度緩慢或治療後胚胎仍持續有成長的現象，尤其有內出血時便要積極性地以手術治療。

利用腹腔鏡處理子宮外孕的最早報導，是由 Reich 於 1992 年提出利用腹腔鏡行子宮角切除，日後才發展出保留子宮角之腹腔鏡子宮角切開術。利用腹腔鏡開刀的最大困難在於如何止血，因為子宮角外孕的位置再加上血流的豐富，如何發展出一套快速有效的止血方式便成為腹腔鏡手術最大的挑戰。

目前開刀中協助止血的技術，有利用 vasopressin 作子宮角肌肉注射，其他可利用子宮動脈上升支之阻斷或利用雙極電燒止血，止血紗布 surgical 或止血凝膠 fibrin glue 協助完成止血，不過此類都是個案的零星報告。

我們則利用韓國 Dr. Chao 發展出之 Square Suture 技術，運用於腹腔鏡上。Square Suture 是針對剖腹生產時因胎盤前置，胎盤植入子宮收縮不良造成之大出血時施行之快速止血方法，利用此技術將子宮前後壁用羊腸線貫穿縫合形成壓迫止血作用，術後子宮也都有良好

回復。我們認為子宮角外孕有點類似胎盤前置，故在將胚胎移除後有類似出血的現象，故利用此 Square Suture 將子宮角前後壁壓迫縫合使能產生快速止血效果。

案例一

一個 35 歲婦女有二次剖腹生產的經驗，此次到醫院檢查是因為尿液懷孕檢驗呈陽性合併陰道出血。在超音波檢查下發現左側子宮角外孕，此時血液中 β -hCG 為 58,197 IU/ml。病人先接受 50mg MTX 注射，一星期後追蹤血液中 β -hCG 下降至 39,933 IU/ml，超音波的檢查則顯現出左側子宮角外孕，此時胚胎 CRL 為 1.7 公分並無心跳的存在。

後來病人因為持續性陰道出血合併嚴重下腹痛所以接受腹腔鏡手術治療。腹腔鏡手術當中可見左側子宮角腫大約 4.5 公分病人接受子宮角切開手術，利用腹腔鏡 grasping forceps 及 hydrodissection 將胚胎組織移除，移除後發現子宮角內胚胎著床處有大量出血，我們便施於一個 Square Suture，形成止血之後再將切開處縫合，出血量約 200ml。

術後第一天及第二天血液中的 β -hCG 則分別下降至 9,245 及 1,856 IU/ml，在術後第十九天回到正常值。

案例二

27 歲婦女因為右側子宮角外孕，由外院診所轉診到院內。超音波顯示出右側子宮角外孕此時胚胎 CRL 為 1.8 公分，血液中 β -hCG 為 74551 IU/ml。因為病人合併有嚴重下腹痛，所以立即施行腹腔鏡手術。

腹腔鏡手術中發現右側 5 公分大之子宮角外孕，而且幾乎快破裂，我們同樣施於子宮角切開手術並將胚胎移除。胚胎移除後子宮角快速出血，所以施於二個 Square Suture 才達到止血效果，出血量預估約 600ml。

術後第一天及第二天血液中的 β -hCG 則分別下降至 19,144 及 10,051 IU/ml，在術後第三十二天回到正常值。

案例三

41 歲婦女因為右側子宮角外孕由外院診所轉診到院內，超音波顯示出右側子宮角外孕，此時胚胎 CRL 為 4.1 公分，血液中 β -hCG 為 58,483 IU/ml，再向病人討論後，病人願意施行腹腔鏡手術。

手術中可見一巨大右側子宮角外孕約 8 公分，同樣地接受子宮角切開及 Square Suture 技術，以達到止血效果，出血量約 200ml。術後第一天及第二天血液中的 β -hCG 則分別下降至 13,301 及 5,264 IU/ml，在術後第二十二天回到正常值。

手術技術

三個病人均接受插管式全身麻醉，手術時我們先將稀釋的 vasopressin (0.1 U/ml)，注射於子宮角外孕處，然後利用單極電燒的 hook，將子宮角後壁垂直輸卵管走向切開約二公

分傷口，利用 grasping forceps 及 hydrodissection 方式，將胚胎組織移除。

移除後子宮角內膜著床處出血，我們並不使用任何電燒止血方式，以免破壞其原本正常內膜組織，而是將 2-0 羊腸線經由 10mm 側邊 trocar，放入腹腔內，利用腹腔鏡持針器將針穿過出血的子宮角後壁到前壁，在前壁出口外側 2 公分處再穿回前壁及後壁，之後利用體內綁線，將子宮角前後壁壓迫形成止血效果，切開的傷口再用 2-0 vicryl 縫線縫合。

討論

利用腹腔鏡行子宮角外孕手術，如何有效快速止血仍是最大的難題。回顧文獻有各種不同的處理方式，包括利用 vasopressin 作子宮角肌肉注射，其他可利用子宮動脈上升支之阻斷或利用雙極電燒止血，止血紗布 surgical 或止血凝膠 fibrin glue 協助完成止血，不過此類都是個案的零星報告，而且其懷孕週數，子宮角外孕大小及血液中 β -hCG，都遠較我們報告的三個案例來得小，可見腹腔鏡 Square Suture 技術的確能有效地達到止血的效能，即使是較大之子宮角外孕

術中我們選擇羊腸線的目的，是希望在子宮角內腔還未形成沾黏時縫線便已崩解，如此便可以達到回復子宮角功能的機會。雖然前二個案例事後的輸卵管攝影顯示此輸卵管仍然不通但是這樣的技術可以有效的運用於腹腔鏡手術上而且可以避免子宮角切除。但選擇羊腸線的缺點是此種材質較脆弱無法承受體外綁線的壓力所以我們施于腹腔鏡體內綁線為避免綁線時縫線鬆掉助手必須利用 grasping forceps 抓住縫線結，以免綁線時縫線鬆掉，達不到有效的壓迫止血效果。

利用 grasping forceps 及 hydrodissection 將胚胎組織移除的方式，我們發現將大部分的胚胎組織移除後，便會有大量出血的現象發生。出血同時會干擾到手術的進行，在這三個案例中發現只要將大塊胚胎組織移除，便可達到有效下降 β -hCG 的作用，而且事後不需要任何輔助性的化學治療，所以我們認為不必也不需要做到完全清除即可這樣可以有效縮短手術時間並降低出血。

目前並無任何學理上的證據，指示哪些病人可以接受化學藥物治療，哪些病人可以接受腹腔鏡手術不過我們發現似乎 β -hCG 愈高者，愈不易止血。如案例二手術中發現子宮角懷孕近乎破裂此時手術中出血的速度亦較其他二個案例為快，又如案例一病人有接受手術前化學治療而且其 β -hCG 呈現下滑的趨勢，手術中出血的情形就較為緩慢，故手術前接受化學治療是否有幫助手術進行仍待評估。

針對子宮角外孕，如果病人生命徵象穩定子宮角仍未破裂時，傳統剖腹式子宮角切除或全子宮切除不應該是唯一的治療方式。利用化學藥物治療或腹腔鏡手術是另一種選擇，即使像是報告中的三個案例之較大子宮角懷孕，利用腹腔鏡 Square Suture 技術仍可以快速有效地達成止血並達成保留子宮角之目的。

周產期醫學會學術研討會

—2003 年 11 月份—

(歡迎醫護人員免費參加)

時 間：2003 年 11 月 15 日 (星期六) 早上 7:30 ~ 8:30

地 點：台北馬偕醫院 15 樓階梯教室 (台北市中山北路 2 段 92 號)

主 持 人：陳持平 理事長、謝景璋 副理事長、徐振傑 秘書長

主 講 者：林口長庚醫院主治醫師 張舜智、陳俊凱

題 目：Application of Preimplantation Genetic Diagnosis using FISH
for Carriers of Robertsonian Translocations

中華民國周產期醫學會

印刷品

100

台北市常德街一號

電話：(02)2381-6198

傳真：(02)2381-4234
