

腹腔镜与开放手术治疗输卵管异位妊娠的临床比较

陆义芹, 吴晓梅, 蔡琼, 袁涛, 李晓
(云南省第一人民医院妇科, 云南昆明 650032)

[摘要] **目的** 比较腹腔镜与开放手术治疗输卵管异位妊娠的临床效果, 探讨腹腔镜手术的临床价值. **方法** 回顾性分析云南省第一人民医院自 2009 年 6 月至 2013 年 3 月收治的 246 例输卵管异位妊娠患者, 其中腹腔镜手术组 134 例, 开放手术组 112 例. 比较两组患者手术时间、术中失血量、止痛药的使用等指标. **结果** 两组手术均取得成功, 腹腔镜组患者在手术时间、出血量、止痛药的使用、住院时间等方面优于开放手术组 ($P < 0.05$). **结论** 与开放手术比较, 腹腔镜手术治疗输卵管异位妊娠具有创伤小、术后恢复快等优势, 为治疗输卵管异位妊娠的首选治疗方案.

[关键词] 腹腔镜; 开放手术; 输卵管异位妊娠

[中图分类号] R711.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095 - 610X (2013) 09 - 0073 - 03

Comparison Between Laparoscopic and Open Surgery in Treating Ectopic Oviduct Pregnancy

LU Yi-qin, WU Xiao-mei, CAI Qiong, YUAN Tao, LI Xiao

(Dept. of Gynecology, The First People's Hospital of Yunnan Province, Kunming Yunnan 650032, China)

[Abstract] **Objective** To compare the surgical outcomes between laparoscopic and open surgeries in treatment of ectopic oviduct pregnancy, and investigate the clinical value of laparoscopic surgery. **Methods** Two hundred and forty-six patients with ectopic oviduct pregnancy in our hospital from June 2009 to March 2013 were retrospectively analyzed. 134 cases were treated with laparoscopic operation and 112 with open surgery. Some parameters such as operative time, blood loss, usage of pain-killer, hospital stay were compared between both groups. **Results** All operations were successful. Laparoscopic surgery was shown to be superior to open operation in the parameters of operative time, blood loss, usage of pain-killer and hospital stay ($P < 0.05$). **Conclusion** Compared with open operation, laparoscopic surgery has the advantages of less trauma and rapid postoperative rehabilitation. It may become the first line treatment for ectopic oviduct pregnancy.

[Key words] Laparoscopy; Open surgery; Ectopic oviduct pregnancy

异位妊娠是妇科常见的急腹症, 其中输卵管妊娠占 90% 以上, 以往大多通过开腹手术治疗, 随着技术进步和器械发展, 腹腔镜手术成为治疗异位妊娠的趋势^[1,2]. 笔者比较云南省第一人民医院自 2009 年 6 月至 2013 年 3 月收治 246 例输卵管妊娠患者, 其中采用腹腔镜治疗 134 例, 开腹手术 112 例, 现报告如下.

1 资料与方法

1.1 一般资料

云南省第一人民医院 2010 年 6 月至 2013 年 3 月手术治疗的输卵管妊娠患者 246 例, 按自愿原则分为腹腔镜手术 134 例 (腹腔镜组), 开腹手术

[基金项目] 云南省应用基础研究基金资助项目 (2012FB053)

[作者简介] 陆义芹 (1977~), 女, 云南昆明市人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事妇科临床和研究工作.

[通讯作者] 吴晓梅. E-mail: 7577yyj@163.com

112 例 (开放手术组)。腹腔镜组患者年龄 16~39 岁, 其中 33 例曾有人流史。开腹组年龄 19~42 岁, 其中 21 例有人流史。所有患者均有停经史, 部分伴有腹痛和 / 或不规则阴道流血, 术前尿 hCG 阳性或血 β -hCG > 3.1 ng/mL, 超声检查宫内未见妊娠囊或胚胎组织, 附件区可见混合性包块, 直径 1.3~7.7 cm, 确诊为输卵管妊娠。两组患者年龄、停经时间、血 β -hCG、附件区包块大小无统计学差异。

1.2 手术方法

1.2.1 腹腔镜组 采用气管插管静脉复合麻醉, 头低脚高 30° 仰卧位, 应用德国 Storz 腹腔镜。术前留置导尿管, 于脐上或下缘弧形切开约 15 mm, Veress 针穿刺进入腹腔, 充入 CO₂, 维持腹压 15 mmHg, 置入 10 mm 戳卡及 30° 腹腔镜, 观察子宫及双侧附件, 明确异位妊娠的部位和类型。在腹腔镜观察下, 于左、右脐与髂前上棘连线腹直肌外缘分别置入 5 mm 戳卡: (1) 输卵管切除术: 对无生育要求或输卵管无保留价值者自伞端开始电凝输卵管系膜, 逐步剪断系膜直至输卵管宫角部, 切除患侧输卵管; (2) 输卵管开窗术: 适用于有生育要求病例, 在输卵管膨大处切开 1.5~2 cm, 用吸引器吸出或钳出胚胎或绒毛组织, 冲洗管腔, 不予缝合; (3) 输卵管内胚胎取出术: 输卵管伞端妊娠者, 从伞部取出胚胎组织。

1.2.2 开放手术组 取下腹正中纵切口 7~8 cm,

逐层开腹, 探查子宫、双附件与盆腔脏器关系, 明确异位妊娠的部位和类型, 具体手术方式与腹腔镜组相同。

1.3 观察指标

1.3.1 临床指标 手术成功率、手术时间、术中出血量、肛门排气时间、住院时间、术后镇痛剂使用的百分率及血 β -hCG 恢复正常时间。

1.3.2 血清 β -hCG 监测 术前及术后 24~48 h 常规测定血清 β -hCG, 与术前比较, 如术后下降 $> 70\%$, 说明手术效果满意, 无需进一步处理; 如 β -hCG 下降 $< 50\%$, 应警惕是否仍有滋养叶细胞存活, 应继续监测血 β -hCG 值, 必要时加用 MTX 治疗。

1.4 统计学处理

按资料性质分别采用 t 检验, χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2 组的手术成功率均为 100%, 手术时间差异无统计学意义。腹腔镜组术中出血量较开放组少, 2 组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。腹腔镜组术后镇痛剂使用率较开放组显著减少、术后肛门排气时间、住院时间也缩短 ($P < 0.05$)。血 β -hCG 恢复正常时间 2 组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 2 组临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

Tab. 1 The clinical indicators of two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	肛门排气时间 (h)	使用镇痛剂百分比 (%)	住院时间 (d)	血 β -hCG 恢复正常时间 (d)
腹腔镜组	134	55.2 ± 15.8	21.5 ± 12.5	9.7 ± 1.4	4.5	4.6 ± 0.7	5.9 ± 1.8
开放手术组	112	54.3 ± 16.6	36.5 ± 16.5*	28.5 ± 4.3*	70.5*	9.2 ± 1.5*	5.6 ± 2.4

与腹腔镜组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

输卵管妊娠一旦破裂会引起急性失血, 危及患者生命, 其治疗方法包括保守和手术治疗。腹腔镜手术对输卵管妊娠治疗的优越性已得到广泛认同, 有取代开放手术的趋势^[3,4]。

输卵管妊娠早期症状及体征不典型。阴道超声检查提高了早期诊断率, 但假阳性率达 9%, 假阴性率达 13%^[5]。腹腔镜具有视野放大作用, 使术者能更清楚地观察病灶, 不仅可以早期明确诊断, 也为施行手术赢得了时间, 达到早诊断、早治疗的目

的^[6]。本研究显示, 腹腔镜组患者经腹腔镜观察全部确诊, 无一漏诊。

腹腔镜具有放大作用, 视野清晰, 操作精细, 手术是在封闭的盆、腹腔内进行, 避免了脏器在空气中的暴露及手套、纱布、手术器械等对组织的损伤。加之切口较小, 因此, 与开放手术比较, 腹腔镜手术患者保留尿管时间短, 对胃肠道干扰小, 肛门排气快, 禁食时间短, 利于患者恢复; 腹壁切口小、瘢痕不明显、美观, 避免了因术后腹壁瘢痕而造成的心理创伤; 术中视野开阔且清晰, 易发现盆腔内的其他病灶且大多可以同时处理; 避免了开放手术中因操作对组织的损伤, 减

少了术后粘连,利于再次妊娠。

根据患者是否有生育要求,输卵管妊娠的部位,是否破裂以及对侧输卵管的情况,决定腹腔镜输卵管妊娠的手术方式。对有明显破裂或无生育要求或病灶直径5 cm以上,行患侧输卵管切除术。对有生育要求且早期输卵管未破裂或破裂口小,病灶直径小于5 cm,内出血不多,生命体征稳定,无盆腔感染者,可行输卵管开窗术或输卵管内胚胎取出术^[1]。

输卵管妊娠保守性手术的危险性之一是持续性异位妊娠的发生,随着保守性手术的开展,持续性妊娠的发生率逐年上升。这是因为滋养叶细胞已深入管壁肌层或病变范围较大,故有可能在手术时未完全取净以至发生此并发症^[7]。在腹腔镜保守性手术中,术后怀疑有滋养叶细胞残留而给予药物二次治疗,术后24~48 h血 β -hCG水平是决定药物辅助治疗的关键指标,且MTX是首选药物^[8]。持续性输卵管妊娠多为首次手术时仅处理输卵管最膨大部位所造成。这些部位主要含血块和妊娠产物,而真正着床部位通常在该部位的近子宫端。本组资料中,发生4例持续性异位妊娠,表现为腹腔镜保守性手术后血 β -hCG值不断升高,阴道超声显示输卵管逐渐增粗,伴少量阴道流血,考虑持续性异位妊娠,再次开腹切除输卵管。为了预防持续性异位妊娠的发生,在施行保守性手术时,须反复冲洗妊娠部位及腹腔,探查病变部位的近子宫端,有出血时更应仔细检查,避免滋养叶细胞残留;必要时在妊娠病灶和周围局部注射MTX;术后检测血 β -hCG,如发生血 β -hCG上升或下降不理想,给予米非司酮200 mg口服3 d或MTX 100 mg水化冲击疗法,避免再次手术。

总之,与开放手术比较,腹腔镜手术具有创伤小、腹腔脏器干扰少、住院时间短、恢复快等优势,手术成功率高,安全可行,是目前输卵管异位妊娠治疗的趋势,可以替代绝大部分开放手术。

[参考文献]

- [1] 王炜振. 腹腔镜手术与开腹手术治疗异位妊娠疗效对比观察[J]. 山东医药, 2011, 51(10): 88-89.
- [2] BANZ C, CHALVATZAS N, KELLING K, et al. Laparoscopic management of ectopic pregnancy during a 9-year period [J]. Fertil Steril, 2010, 94(7): 2 780-2 782.
- [3] SHRESTHA J, SAHA R. Role of laparoscopy in diagnosis and treatment of ectopic pregnancy [J]. Nepal Med Coll J, 2011, 13(3): 182-185.
- [4] SHRESTHA J, SAHA R. Comparison of laparoscopy and laparotomy in the surgical management of ectopic pregnancy [J]. J Coll Physicians Surg Pak, 2012, 22(12): 760-764.
- [5] SHALEV E, TAROM I, BUSTAN, et al. Transvaginal sonography as the ultimate diagnostic tool for the management of ectopic pregnancy: experience with 840 cases [J]. Fertil Steril, 2003, 69(1): 62.
- [6] 张利芳. 腹腔镜手术治疗异位妊娠的临床分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(9): 268-269.
- [7] 黄晓斌, 刘晓春, 郑玉华, 等. 腹腔镜保守性手术后持续性异位妊娠的有关因素分析[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(10): 873-875.
- [8] 李琴, 孔欣, 张娟辉, 等. MTX预防腹腔镜保守治疗宫外孕后持续性异位妊娠的效果分析[J]. 中国妇幼保健, 2006, 21(16): 2 288-2 289.

(2013-08-02 收稿)