

# 腹腔镜与开腹手术行异位妊娠手术的临床比较

梁庆芬

(广西壮族自治区灵山县人民医院妇科, 灵山 535400)  
中图分类号: R713.8 文献标识: B 文章编号: 1009-6604(2008)06-0567-02

异位妊娠是妇科常见急腹症, 其发生率有逐渐上升趋势<sup>[1]</sup>。我院 2004 年 6 月~2007 年 6 月行腹腔镜下异位妊娠手术 86 例, 同期经腹行异位妊娠手术 72 例, 现将相关资料比较报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

表 1 2 组异位妊娠一般资料比较										
组别	年龄(岁)	停经时间		包块大小		血 hCG		休克(例)	术式	
		≤40 天	>40 天	≤3 cm	>3 cm	≤3000 mU/ml	>3000 mU/ml		输卵管切除	输卵管造口
腹腔镜组( <i>n</i> = 86)	25.0 ± 5.5	38	48	40	46	25	61	23	23	63
开腹组( <i>n</i> = 72)	28.8 ± 5.2	32	40	35	37	20	52	20	33	39
<i>t</i> ( $\chi^2$ ) 值	<i>t</i> = -4.434	$\chi^2$ = 0.001		$\chi^2$ = 0.069		$\chi^2$ = 0.032		$\chi^2$ = 0.021	$\chi^2$ = 6.241	
<i>P</i> 值	0.000	0.974		0.792		0.858		0.884	0.012	

### 1.2 方法

采用气管插管静脉复合全身麻醉。43 例休克者均在抢救休克的同时行手术治疗。仰卧位, 头低足高约 30°。

1.2.1 腹腔镜组 常规三孔操作法。即脐部置腹腔镜, 在麦氏点及其左下腹对称点分别做 5 mm 及 10 mm 穿刺孔。对无生育要求和输卵管无保留价值的患者, 行输卵管大部分切除术(共 23 例, 其中宫角修补术 5 例); 对有生育要求且未破裂的异位妊娠者, 输卵管伞部妊娠或壶腹部远端腔内的采用挤压术, 对于壶腹部妊娠且包块 < 3 cm 或输卵管妊娠破裂口 ≤ 1 cm 且规则、无盆腔感染者采用造口术<sup>[2]</sup>(共 63 例, 同时卵巢修补术 3 例)。

腹腔镜组 86 例, 开腹组 72 例。术前均经超声检查, 宫内均未见妊娠囊或胚胎组织, 伴有附件区包块、盆腔积液, 血或尿 hCG 均为阳性, 后穹隆穿刺抽出不凝血, 由患者选择手术。2 组停经时间、临床表现、休克无统计学差异, 腹腔镜组年轻, 行输卵管造口术比例高。见表 1。

1.2.2 开腹组 常规行下腹部耻骨联合上 2 cm 处横切口 4~6 cm, 逐层进入腹腔, 对无生育要求者行输卵管切除术(共 33 例, 其中宫角修补术 4 例), 对有生育要求者行输卵管修补造口。

## 2 结果

腹腔镜组 86 例中, 2 例因间质部妊娠出血凶猛, 镜下修补子宫角不熟练而中转开腹。2 组手术情况比较见表 2。2 组手术时间和并发症发生率差异无显著性, 腹腔镜组术后体温恢复正常时间及术后住院时间短(*P* = 0.000)。

表 2 2 组手术结果比较( $\bar{x} \pm s$ )				
组别	手术时间(min)	术后体温恢复正常时间(d)	术后住院时间(d)	并发症(例)
腹腔镜组( <i>n</i> = 86)	32.1 ± 23.5	1.3 ± 0.9	4.2 ± 1.0	4
开腹组( <i>n</i> = 72)	34.7 ± 30.5	2.8 ± 1.3	6.7 ± 1.7	3
<i>t</i> ( $\chi^2$ ) 值	<i>t</i> = -0.605	<i>t</i> = -8.535	<i>t</i> = -11.475	$\chi^2$ = 0.000
<i>P</i> 值	0.546	0.000	0.000	1.000

术中及术后并发症: 腹腔镜组皮下气肿 4 例, 1 周后自行消失。开腹组 3 例腹部切口愈合不良, 经换药清创二期缝合后治愈。两组均无远期并发症发生。2 组保守手术共 102 例术后第 1 天给予米非司酮 4 片, 每 12 小时一次, 共 3 天, 血 hCG 均于术后 2~3 周恢复正常, 均无持续性异位妊娠。

## 3 讨论

我们根据腹腔镜下探查异位妊娠发生部位、结局、对输卵管情况及患者的生育要求决定手术方式。存在无法控制的出血, 再次同侧输卵管妊娠, 输卵管明显破裂难以修复, 无

生育要求患者行患侧输卵管切除术。对于年轻无子女,希望保留生育功能的早期未破裂型输卵管妊娠或妊娠包块 $\leq 3$  cm、输卵管妊娠破裂口 $\leq 1$  cm 且规则、无盆腔感染者,行输卵管造口术。对未破裂的输卵管妊娠,在异位妊娠薄弱点做 0.5 ~ 1 cm 切口,分离妊娠组织并取出,出血凶猛者用电凝止血,如果出血不多,5% 葡萄糖液冲洗剥离面至创面出血为止,尽量不要过多用电凝,以免损伤输卵管的功能恢复,该方法对输卵管损伤小,出血少,实现保留输卵管的價值。用室温(25℃)5% 葡萄糖液冲洗剥离面是一种非损伤性的处理方法,该方法止血优于电凝法,其机理可能与剥离面冷却,血管、输卵管平滑肌收缩有关。此外,受冷刺激的影响,剥离面血管残端处的血小板聚集增快,有利于局部血栓形成而达到止血的目的<sup>[3]</sup>。对于开窗口 $>0.5$  cm 予缝合。妊娠位于输卵管伞端者行输卵管妊娠物挤出术,有出血者电凝输卵管系膜血管,不要直接电凝输卵管伞部,以免损伤伞部失去保守手术的意义。

随着腹腔镜手术技术的进步和设备的改进,异位妊娠休克的患者不再是腹腔镜手术的禁忌证,本组 23 例休克的患者(腹腔内出血最多达 2500 ml),有 2 例间质部妊娠出血凶

猛需中转开腹行子宫修补,2 例都是发生在开展腹腔镜初始阶段,因镜下缝合不熟练而中转开腹。此后有 3 例间质部妊娠者均在镜下行子宫修补术,21 例休克的患者腔镜手术均获成功,用 1 cm 吸管快速吸净腹腔内积血,再调头低足高位,迅速暴露患侧输卵管出血部位,可在短时间内完成探查和止血,且对循环和呼吸等干扰较少。

总之,腹腔镜有手术创伤小、腹腔脏器干扰小、住院时间短、恢复快等优越性,只要有扎实的开腹手术基础及熟练的腹腔镜器械操作水平以及术者的协调配合,手术成功率高,安全可行。

## 参考文献

- 1 丰有吉,主编. 妇产科. 北京:人民卫生出版社,2002. 61.
- 2 刘新民,主编. 妇产科手术学. 北京:人民卫生出版社,2003. 419.
- 3 练晓勤,陈 强. 葡萄糖液冲洗剥离面止血在腹腔镜保守治疗输卵管妊娠的价值. 中国微创外科杂志,2004,4(2):116-117.

(收稿日期:2007-10-15)

(修回日期:2008-01-30)

(责任编辑:王惠群)