

腹腔镜手术与开腹手术治疗异位妊娠伴失血性休克的对比研究

梅松原 崔艳梅 孙晓波 韩秋丽 那冠男 孙 岩 赵宏辉

(中航工业哈尔滨二四二医院妇产科, 哈尔滨 150066)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜手术治疗异位妊娠伴失血性休克的可行性。**方法** 回顾性分析我院 2006 年 7 月 ~ 2009 年 7 月手术治疗异位妊娠伴失血性休克 76 例资料, 根据患者要求决定手术方式, 腹腔镜组 40 例, 开腹组 36 例。比较 2 组腹腔内出血量、手术时间、需术后镇痛比例、肛门排气时间、住院时间。**结果** 2 组病变部位类型、手术方式、腹腔内出血量差异无显著性($P > 0.05$)。腹腔镜组手术时间短 $[(40.7 \pm 20.3) \text{ min} \text{ vs } (63.7 \pm 23.2) \text{ min}, t = -4.609, P = 0.000]$, 肛门排气早 $[(10.1 \pm 4.3) \text{ h} \text{ vs } (20.2 \pm 5.4) \text{ h}, t = -9.062, P = 0.000]$, 住院时间短 $[(4.5 \pm 1.3) \text{ d} \text{ vs } (6.4 \pm 1.6) \text{ d}, t = -6.005, P = 0.000]$, 需术后镇痛者少 $[0(0/40) \text{ vs } 36\%(13/36), \chi^2 = 14.971, P = 0.000]$ 。2 组无术中、术后并发症发生。15 例(腹腔镜组 7 例, 开腹组 8 例)保留输卵管者, 12 例血 $\beta\text{-hCG}$ 术后 10 ~ 40 天恢复正常, 3 例失访。**结论** 腹腔镜手术治疗异位妊娠伴失血性休克安全可行, 丰富的腹腔镜手术经验与合适的手术选择是保证手术成功的关键。

【关键词】 异位妊娠; 失血性休克; 腹腔镜; 开腹; 比较

中图分类号: R713.8 文献标识: A 文章编号: 1009-6604(2010)10-0905-03

异位妊娠伴失血性休克曾被认为是腹腔镜手术的禁忌证^[1], 随着腹腔镜电器械设备技术的提高及操作技术和经验的积累, 对于休克型的异位妊娠, 腹腔镜手术已不是禁忌, 但仍有争议。回顾性分析我院 2006 年 7 月 ~ 2009 年 7 月手术治疗异位妊娠伴失血性休克 76 例, 其中 40 例成功地采用腹腔镜手术治疗, 无中转开腹。本研究将其与 36 例开腹手术比较, 以探讨腹腔镜手术治疗异位妊娠伴失血性休克的可行性。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

我院 2006 年 7 月 ~ 2009 年 7 月共手术治疗异位妊娠伴失血性休克 76 例, 根据患者要求决定手术方式。其中腹腔镜手术 40 例, 开腹手术 36 例。年龄 18 ~ 48 岁, 平均 35 岁。停经 8 ~ 13 周。均有不规则阴道流血和突发性腹痛病史, 伴口渴、烦躁、呼吸急促、脉搏细速, 血压下降到 50 ~ 80/30 ~ 50 mm Hg, 脉搏 100 ~ 130 次/min。70 例阴道后穹窿穿刺抽出不凝血。74 例尿 hCG 阳性。76 例 B 超均提示宫内无孕囊, 腹腔积液, 腹腔内出血量均超过 1000 ml。有腹部手术史 12 例。已育 62 例, 未育 14 例。2 组在年龄、停经时间、腹部手术史、术前收缩压及舒张压方面差异无显著性(表 1)。

表 1 2 组一般资料比较

组别	年龄(岁)	停经时间(周)	腹部手术史	收缩压(mm Hg)	舒张压(mm Hg)
腹腔镜组($n = 40$)	29.8 ± 8.0	11.2 ± 2.8	5(12.5%)	68.1 ± 7.4	43.7 ± 6.3
开腹组($n = 36$)	32.9 ± 7.6	12.3 ± 3.3	7(19.4%)	64.9 ± 9.5	41.4 ± 8.6
$t(\chi^2)$ 值	$t = -1.727$	$t = -1.572$	$\chi^2 = 0.687$	$t = 1.647$	$t = 1.339$
P 值	0.088	0.120	0.407	0.104	0.185

1.2 方法

1.2.1 麻醉与手术 两组均在输血输液抗休克的同时, 做好术前准备, 均采用气管插管静脉复合全麻。术中心电监护严密观察生命体征, 做好复苏抢救准备。

腹腔镜组: 脐上 10 mm 操作孔, 放入 10 mm 腹

腔镜, 在腹腔镜直视下, 在下腹部两侧分别做 5 mm 和 10 mm 操作孔, 放入大孔吸引器, 快速吸出腹腔积血, 暴露出血部位, 快速止血。根据患者病情及生育要求采取不同的治疗术式: ①输卵管切除术: 适用于无生育要求或虽有生育要求, 但输卵管破坏严重或合并有严重炎症、粘连、畸形、出血不止, 估计丧失

功能者。自输卵管伞端开始逐渐凝切输卵管系膜至峡部近端,于近宫角处电凝并剪断输卵管,装入标本袋并取出。②输卵管切开取胚术:适用于患者要求保留生育功能,输卵管妊娠包块直径 ≤ 3 cm 或输卵管壶腹部或伞部妊娠流产型。提起输卵管,在妊娠包块最突出的表面,用单极电凝纵行切开输卵管或在原破口处向两侧延长,切口长约 1~2 cm,用无损伤大抓钳取出妊娠物及血块,冲洗切口,电凝切缘出血点止血,切口不缝合。③输卵管挤压术:适用于输卵管伞部妊娠或近伞部的流产型壶腹部妊娠。对输卵管妊娠流产,将吸头插入输卵管吸净孕囊,冲洗管腔,管腔内注甲氨蝶呤(MTX) 50 mg,术后复查血hCG。④卵巢病灶清除术:适用于卵巢妊娠。对卵巢妊娠破裂,用抓钳钳出妊娠物,清除病灶,创面电凝止血,不缝合。⑤宫角楔形切除术:适用于输卵管间质部妊娠。宫角楔形切除妊娠组织,腹腔镜下可吸收线缝合。

开腹组:取下腹正中切口,常规开腹器械手术,

手术方式同腹腔镜组。

1.2.2 统计学方法 记录术前病史、术前及术中血压、腹腔内出血量、手术时间、手术方式、术后肛门排气时间、术后镇痛、住院时间等。应用 SPSS13.0 统计软件,数据采用 $\bar{x} \pm s$ 和百分率表示,组间均数差别用两样本的 t 检验,组间率差别用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 认为有统计学意义。

2 结果

2 组病变部位类型及手术方式差异无显著性(表 2)。腹腔镜组手术时间、肛门排气时间、住院时间短,术后疼痛轻($P < 0.05$)(表 3)。40 例腹腔镜组均成功施行腹腔镜手术,无一例中转开腹。无术中、术后并发症发生。术后预防性应用抗生素 2~3 d。15 例(腹腔镜组 7 例,开腹组 8 例)保留输卵管者中,3 例失访,余 12 例血 β -hCG 于术后 10~40 天恢复正常。病理报告均证实为异位妊娠。

表 2 腹腔镜组与开腹组病变部位类型及手术方式比较

组别	病变部位及类型				手术方式				
	输卵管破裂	输卵管流产	卵巢	间质部	输卵管切除术	取胚术	挤压术	卵巢病灶清除	宫角楔形切除
腹腔镜组	31	3	2	4	27	4	3	2	4
开腹组	32	2	0	2	26	6	2	0	2
χ^2 值	2.679				3.084				
P 值	0.444				0.544				

表 3 腹腔镜组和开腹组术中术后的情况比较

组别	腹腔内出血量(ml)	手术时间(min)	术后需镇痛(例)	肛门排气时间(h)	住院时间(d)
腹腔镜组($n=40$)	1486 \pm 32	40.7 \pm 20.3	0	10.1 \pm 4.3	4.5 \pm 1.3
开腹组($n=36$)	1472 \pm 35	63.7 \pm 23.2	13	20.2 \pm 5.4	6.4 \pm 1.6
$t(\chi^2)$ 值	$t=1.822$	$t=-4.609$	$\chi^2=14.971$	$t=-9.062$	$t=-6.005$
P 值	0.073	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

3.1 腹腔镜手术的安全有效性及优越性

我们体会:只要腹腔镜操作技术熟练,在有效抗休克治疗和全身麻醉的配合下,及时进行腹腔镜手术治疗是安全有效的。随着腹腔镜手术技术的不断提高及手术经验的积累和抢救技术的完善,对失血性休克患者可以成功施行腹腔镜手术治疗^[2]。腹腔镜诊治不仅诊断率高,而且并发症少,病死率低,对腹腔脏器干扰小,术后盆腔粘连少。腹腔镜手术与开腹手术比较,具有切口小,手术时间短,术后恢复快,住院时间短,节约费用的优势。腹腔镜的可行性与安全性、患者满意度评价、长期效果、患者术后生活质量可与开腹手术处理急腹症相媲美,且明显减少住院日和术后肠粘连^[3]。

3.2 腹腔镜手术的选择与手术注意事项

3.2.1 麻醉选择 此类患者宜一边积极输血、输液等抗休克治疗,一边做好术前准备。采用气管插管全身麻醉,手术时头低脚高,以保证重要脏器的血液供应。腹腔镜手术由于气腹使腹压增大,同时加重了心脏受压程度,应密切监测血流动力学的变化。全麻术中进行良好的呼吸管理,维持血液循环的稳定,极大提高手术安全性。

3.2.2 气腹压力、注气速度的选择 因腹腔积血会使腹腔压力迅速升高,腹腔充气时,腹腔内压力控制在 8~10 mm Hg,待积血吸净后,应用自动充气系统调节腹腔内压力,使术野更加清晰,从而缩短手术时间。大量血腹时气腹形成的充气量要适当,充气量不宜过多,注气速度 ≤ 1 L/min。过多过快可导致高碳酸血症,故在腹腔气量不足时,术者和助手可向上

提起腹壁,以利穿刺成功,避免在穿刺套管时损伤肠管及血管。

3.2.3 腔镜器械的选择 采用高流量 10 mm 管径吸引器冲洗、吸引,不仅可加快抽吸速度,而且可避免吸引器血块堵塞,但应避免吸引肠管和大网膜造成不必要的副损伤,同时可以更多更快地收集积血,为自体血液回收创造条件,增加自体回输血量。此外,盆腔冲洗干净可大大降低术后病率,可以减少感染和肠粘连机会。

3.2.4 术式的选择 输卵管切除术比开窗术简便省时、出血少、止血快,利于纠正休克^[4]。因此,对输卵管破裂型合并休克者,如对侧输卵管正常,以切除患侧为宜。邱晓红等^[5]认为,尚无证据表明保守性手术可提高术后宫内受孕率,而术后生育状况与无病变侧输卵管的功能关系更为密切,但腹腔镜组术后输卵管通畅率和宫内妊娠率高于开腹组($P < 0.05$),再次异位妊娠率两者差异无显著性($P > 0.05$)。

3.2.5 重点随访患者的选择 标本及机化的血块要完整取出,防止遗漏。对于病灶清除的异位妊娠,局部注射 MTX 防止术后持续性异位妊娠,严密随访至血 β -hCG 正常。

3.2.6 助手的选择 休克型异位妊娠患者腹腔内出血量多,病情危重,肠管多胀气,影响手术操作,因此手术者与助手应默契熟练配合,防止脏器损伤等

并发症出现,减少手术时间。

3.2.7 开腹手术的选择 虽然腹腔镜近几年在我国得到了迅速的发展,但并未普及,特别是急诊腹腔镜手术室在大多数医院并未设置,而急症手术病人大多数病情紧急且严重,抢救时间争分夺秒,所以在腹腔镜急症手术的开展上,一定要结合各医院的实际情况,不能因为追求腹腔镜手术而延误治疗时机。另外,在腹腔内大出血的病人中,若无熟练腹腔镜手术技术,则很难迅速找到病灶并止血,在腹腔镜开展不充分的医院仍以开腹为宜。但对快速补液都难以维持血压的重症患者,应选择开腹手术更为安全有效。

参考文献

- 1 Promecene PA. Laparoscopy in gynecologic emergencies. Semin Laparosc Surg, 2002, 9(1): 64-75.
- 2 欧阳煜宏,孟丽娟,咸永松.腹腔镜治疗异位妊娠伴失血性休克 44 例临床分析.中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(3): 211-212.
- 3 王秋生,唐本强.腹腔镜在急腹症中的应用.临床外科杂志, 2008, 16(3): 157.
- 4 王中海,贺小红,肖天慧.腹腔镜下治疗休克型异位妊娠 130 例.中国微创外科杂志, 2007, 7(8): 761-762.
- 5 邱晓红,韩丽英,李荷莲.不同术式治疗输卵管妊娠后的生育结局研究.中国内镜杂志, 2006, 12(10): 1022-1025.

(收稿日期: 2009-08-28)

(修回日期: 2010-03-17)

(责任编辑: 王惠群)