

腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的临床疗效对比

谷保双

(河南省南阳市第一人民医院妇科 南阳 473000)

摘要:目的:探究腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的临床疗效。方法:选取我院 2011 年 11 月~2016 年 11 月收治的异位妊娠患者 100 例为研究对象,实验组 50 例行腹腔镜手术,对照组 50 例行开腹手术,观察两组术中术后情况(包括手术时间、术中失血量及首次排气、首次下床、住院时间)和并发症发生情况。结果:两组手术成功率均为 100%,但实验组手术、首次排气、首次下床、住院等时间均短于对照组,术中失血量和并发症发生率少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:腹腔镜手术治疗异位妊娠临床疗效显著,优于开腹手术治疗。

关键词:异位妊娠;腹腔镜;开腹手术

中图分类号:R714.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.070

受精卵在宫腔外着床的妊娠称为异位妊娠,其中以输卵管妊娠最为多见,占异位妊娠患者的 90% 以上^[1],其主要症状表现为停经、休克、阴道出血等。在临床治疗中,主要的治疗方式就是开腹手术^[2],而作为新型微创治疗的腹腔镜手术因创面小、手术时间短等特点也备受青睐。本文就腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的疗效进行观察研究。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 11 月~2016 年 11 月在我院接受治疗的 100 例异位妊娠患者为研究对象,随机分为对照组和实验组各 50 例。两组患者均符合异位妊娠的诊断标准:术前进行超声检查,未见妊娠囊,可见盆腔积液或附件区包块;经尿检显示为阳性。两组患者均对本次研究知情且签署同意书。对照组年龄 20~39 岁,平均年龄(29.19± 3.17)岁;停经时间 33~60 d,平均时间(45.69± 3.68) d;经产妇 21 例,初产妇 29 例;壶腹部妊娠 15 例,伞部妊娠 12 例,峡部妊娠 10 例,卵巢妊娠 7 例,间质部妊娠 6 例。实验组年龄 21~40 岁,平均年龄(30.11± 3.05)岁;停经时间 34~61 d,平均时间(45.78± 3.46) d;经产妇 20 例,初产妇 30 例;壶腹部妊娠 16 例,伞部妊娠 13 例,峡部妊娠 10 例,卵巢妊娠 6 例,间质部妊娠 5 例。两组患者的一般临床资料无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 实验组行腹腔镜手术治疗:运用气管插管全身麻醉,采用气腹针于脐轮下缘 1 cm 处进行穿刺,按照常规方式建立 CO₂ 气腹,压力为 13 mm Hg,依据患者的生育要求、输卵管妊娠的部位等情况选择手术方式,如输卵管部分切除术、输卵管切开取胚术、输卵管切除术等,若发现有盆腔粘连情况,需一起处理。最后采用电凝止血,冲洗腹腔采用生理盐水并检查手术创面出血情况。对照组实施开腹手术:采用硬膜外麻醉或全麻,在下腹部耻骨联合上方 3 cm 处做一长约 5 cm 的横切口,逐层进入腹

腔,后术式选择指征与实验组相同。

1.3 观察指标 (1)观察两组患者术中术后情况,包括手术时间、术中失血量及首次排气、首次下床、住院时间等;(2)观察两组术后腹痛、发热、切口感染等并发症发生情况。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS18.0 统计学软件进行分析、处理,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中术后情况对比 实验组手术时间、术中失血量及首次排气、首次下床、住院时间均显著优于对照组,具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组术中术后情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中失血量 (ml)	首次排气 时间(h)	首次下床 时间(h)	住院时间 (d)
对照组	50	66.73± 8.56	55.42± 20.89	23.61± 6.31	25.19± 6.45	6.62± 1.24
实验组	50	43.69± 8.47	22.36± 9.63	8.56± 2.41	5.71± 1.93	3.31± 0.58

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组并发症情况对比 两组在术后均出现不同程度的并发症,对照组 3 例发热、5 例腹痛、2 例切口感染、1 例皮下气肿,并发症发生率为 22.00%;实验组仅腹痛、皮下气肿各 1 例,并发症发生率为 4.00%,实验组并发症发生率显著低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

异位妊娠属于妇产科常见疾病,且发病率呈逐年上升趋势^[3],该疾病可能出现患者妊娠囊破裂等病症,导致大出血,严重威胁女性的健康和生命。临床常用治疗方法为开腹手术,由于其具有创面较大,术中失血过多、恢复时间长等缺点,促使异位妊娠手术向微创手术方向发展^[4]。腹腔镜手术仅在患者脐轮下缘 1 cm 处做切口,可直接对患者的子宫、输卵管等进行观察,定位准确,减少了误诊、漏诊等。由于创面小,也减少了出血量,大大缩短了手术时间,减

轻患者的痛苦。此外,对于想保留生育功能的患者,该手术最大限度地保证了输卵管的完整^[5],受到医生和年轻患者的青睐。

本研究结果显示,实验组手术时间、术中失血量及首次排气、首次下床、住院时间均优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);实验组并发症发生率 4.00%显著低于对照组的 22.00%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,采用腹腔镜手术治疗异位妊娠,能有效缩短手术时间和住院时间,减少术中失血量,促进患者术后尽早恢复,临床疗效显著。

参考文献

- [1]殷小燕.腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的疗效对比研究[J].当代医学,2015,21(36):74-75
- [2]张晶.探讨腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的临床效果对比观察[J].中国继续医学教育,2016,8(32):138-139
- [3]刘萍.探究腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的临床疗效及临床预后[J].医学信息,2016,29(19):49-50
- [4]王妮.腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的疗效分析及护理[J].中国药物与临床,2016,16(10):1546-1548
- [5]袁启莲.腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的临床疗效比较[J].中外医学研究,2016,14(2):152-154

(收稿日期:2017-03-12)

经阴道或腹腔镜子宫肌瘤剔除术临床应用比较

周彩云

(河南省舞阳县人民医院妇产科 舞阳 462400)

摘要:目的:探讨经阴道子宫肌瘤剔除术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术的临床应用效果。方法:选取 2014 年 2 月~2016 年 12 月我院收治的 74 例子宫肌瘤患者为研究对象,随机分为 A 组和 B 组各 37 例。A 组施行腹腔镜子宫肌瘤剔除术,B 组施行经阴道子宫肌瘤剔除术。比较两组患者手术情况、并发症发生情况。结果:B 组肛门排气时间、术中出血量低于 A 组($P<0.05$),两组患者住院时间、手术时间、肌瘤剔除数量、并发症发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:经阴道子宫肌瘤剔除术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术均具有良好的疗效,与腹腔镜子宫肌瘤剔除术相比,经阴道子宫肌瘤剔除术术中出血量较少、肛门排气时间短,适用于肌壁间、位置较深子宫肌瘤;腹腔镜子宫肌瘤剔除术手术创伤较小、术后粘连发生率较低,故临床实践中应以患者实际情况选取适当的手术方式。

关键词:子宫肌瘤;经阴道子宫肌瘤剔除术;腹腔镜子宫肌瘤剔除术

中图分类号:R713.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.071

子宫肌瘤是由子宫平滑肌细胞增生而成,大多患者无明显症状,多在超声检查或盆腔检查中被发现。有学者指出^[1],子宫肌瘤临床表现与肌瘤生长部位、速度、有无变性及有无并发症关系密切。手术为治疗子宫肌瘤的首选方案,主要包括腹腔镜子宫肌瘤剔除术、经阴道子宫肌瘤剔除术、子宫切除术、子宫动脉栓塞术等。子宫切除术适用于年龄较大、无生育要求及肌瘤存在恶性病变者;子宫动脉栓塞术通过阻断子宫肌瘤血供,促使肌瘤萎缩、甚至消失,但术后约有 5%以上患者出现卵巢功能早衰等情况^[2]。本研究旨在探讨经阴道子宫肌瘤剔除术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术的临床应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 2 月~2016 年 12 月我院收治的 74 例子宫肌瘤患者为研究对象,随机分为 A 组和 B 组各 37 例。A 组年龄 25~41 岁,平均年龄(33.52 ± 6.14)岁;肌瘤直径 2~9 cm,平均直径(5.51 ± 1.32)cm;病程 1~4 年,平均病程(2.86 ± 1.68)年。B 组年龄 26~42 岁,平均年龄(34.12 ± 5.47)岁;肌瘤直径 2~8 cm,平均直径(5.48 ± 1.42)cm;病程 1~5 年,平均病程(3.02 ± 1.32)年。两组患者年龄、病程、肌瘤大小等一般资料比较无显著性差

异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院伦理委员会批准通过。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:均经彩超及妇科检查诊断为子宫肌瘤;患者及家属知情本研究,自愿加入并签署知情同意书;(2)排除标准:合并肝肾功能不全者;合并其他生殖器官恶性肿瘤者;无性生活史者;手术禁忌症者;意识障碍者;精神疾病者;依从性差者。

1.3 手术方法

1.3.1 A 组 行腹腔镜子宫肌瘤剔除术:给予气管插管麻醉,患者取截石位并头低臀高,建立气腹,放置套管针及举宫器;血压正常者给予垂体后叶素,血压异常者应予以催产素,以减少术中出血,用电凝钩切开肌瘤包膜、肌瘤表面肌层,夹取肌瘤,分离假性瘤体与包膜,彻底剥离后,按照肌瘤腔、浆肌层顺序逐层缝合。

1.3.2 B 组 经阴道子宫肌瘤剔除术:给予腰硬联合麻醉,取膀胱截石位,对阴道及会阴部常规消毒,导尿;肌瘤位于子宫前壁者,在子宫前穹窿处做一切口,切开阴道宫颈交界处黏膜,分离膀胱筋膜,向上推动膀胱,反折腹膜并切开,进至腹腔;肌瘤位于子宫后壁者,切开后穹窿,分离直肠宫颈筋膜,打开腹