

## 腹腔镜手术与开腹手术治疗宫外孕的临床观察

王海艳

(河南省濮阳市安阳地区医院妇产科 濮阳 457000)

**摘要:**目的:探讨腹腔镜手术与开腹手术治疗宫外孕的临床效果。方法:选取 2012 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的宫外孕患者 102 例,随机分为对照组与研究组各 51 例。对照组采用开腹手术,研究组采用腹腔镜手术。比较两组患者手术情况、术后输卵管通畅情况。结果:研究组手术时间、术中出血量、术后首次排气时间、尿管留置时间、住院时间等均明显低于对照组( $P<0.05$ ),术后输卵管通畅率明显高于对照组( $P<0.05$ )。结论:腹腔镜手术治疗宫外孕效果高于开腹手术,值得临床推广。

**关键词:**宫外孕;腹腔镜手术;开腹手术

中图分类号:R714.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.086

异位妊娠,也称“宫外孕”,是指受精卵在子宫腔以外的部位着床发育,其中输卵管妊娠占据 95%左右<sup>[1]</sup>。若不及时治疗,可导致腹部剧痛、反复发作,甚至出现休克,严重者可有生命危险。在以往宫外孕治疗中,使用率较高的方式为开腹手术,随着微创技术的发展,腹腔镜手术凭借创伤小、疼痛轻等优势应用率逐渐升高。本研究旨在探讨腹腔镜手术与开腹手术治疗宫外孕的临床效果。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的宫外孕患者 102 例,随机分为对照组与研究组各 51 例。所有患者均出现停经、腹痛、阴道不规则流血等症状,超声检查确诊为异位妊娠。对照组年龄 22~46 岁,平均年龄(34.5±2.4)岁;初产妇 31 例、经产妇 20 例;输卵管壶腹部妊娠 20 例,峡部妊娠 13 例,伞部妊娠 12 例,间质部妊娠 5 例,卵巢妊娠 1 例。研究组年龄 23~46 岁,平均年龄(34.8±2.2)岁;初产妇 30 例、经产妇 21 例;输卵管壶腹部妊娠 19 例,峡部妊娠 14 例,伞部妊娠 11 例,间质部妊娠 6 例,卵巢妊娠 1 例。两组患者一般资料比较无明显差异, $P>0.05$ ,具有可比性。

## 1.2 手术方法

**1.2.1 对照组** 采用开腹手术。患者取平卧位,进行全身麻醉,留置导尿管,在脐耻之间行纵行探查切口,打开腹腔;对术后有生育要求的患者采取开窗保管术,取出妊娠组织后止血、缝合,无生育要求的患者则完全切除妊娠组织,结扎缝合残端,清理盆腔内积血;手术器械与用具清点无误后常规关闭腹腔。

**1.2.2 研究组** 采用腹腔镜手术。患者取高仰卧位,行全身麻醉,将腹针从脐部穿刺,输入 CO<sub>2</sub> 气体制造气腹,压力在 10~12 mm Hg;将套管针与腹腔镜置入,对盆腔内情况进行探查,基于探查情况选择合适的手术方式;针对存在输卵管间质部严重破裂、止血难度高、无生育要求的患者采用输卵管切除术;针

对输卵管壶腹部、峡部、伞部妊娠患者,输卵管破裂情况不严重需保留患侧输卵管的,使用输卵管开窗术;针对输卵管伞部妊娠流产、需要保留患侧输卵管的,在腹腔镜下切开取胚与伞端挤胚;在手术中使用单极电凝将孕囊清除,止血时使用双极电凝,局部注射甲氨蝶呤(国药准字 H20043647)20 mg,生理盐水清洗盆腔,排尽盆腔积液与气腹,缝合切口。所有患者术后均给予抗感染治疗,并严密监测 HCG 水平,直到降至正常。

**1.3 观察指标** (1)手术情况与临床相关指标,包括手术时间、术后首次排气时间、尿管留置时间、住院时间、术中出血量。(2)术后输卵管通畅情况。

**1.4 统计学方法** 数据处理采用 SPSS19.0 统计学软件,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,进行  $t$  检验;计数资料以%表示,进行  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者手术情况比较** 研究组手术时间、术中出血量、术后首次排气时间、尿管留置时间、住院时间等明显低于对照组, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后首次排 气时间(h)	尿管留置 时间(h)	住院时间 (d)
研究组	51	68.15±5.47	38.15±5.77	10.23±2.22	9.54±6.26	4.77±5.30
对照组	51	77.51±9.48	66.94±5.32	21.58±1.34	24.79±5.21	8.17±3.76
<i>t</i>		6.107	26.197	31.258	13.372	3.737
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 两组患者术后输卵管通畅情况比较** 研究组术后输卵管通畅率明显高于对照组, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者术后输卵管通畅情况比较

组别	<i>n</i>	不通畅(例)	通畅(例)	通畅率(%)
研究组	51	5	46	90.20
对照组	51	14	37	72.55
$\chi^2$				5.239
<i>P</i>				<0.05

### 3 讨论

宫外孕早期可无明显症状,随着病情发展逐渐呈现起病急、症状严重等特点,该病诱因主要为输卵管炎症、生殖器发育不良等<sup>[2-3]</sup>。现阶段治疗中手术方式应用率最高,以往使用开腹手术虽能够达到治疗目的,但对患者创伤大、手术出血量多、术后恢复慢<sup>[4]</sup>。随着微创技术的日益完善,腹腔镜手术正逐渐取代传统开腹手术,成为治疗宫外孕的首选方式<sup>[5]</sup>。该术式具有以下优势:为操作者提供更清晰的视野,可清楚探查盆腔与腹腔内情况;对患者创伤小,术后恢复快;术中出血量少;操作环境较为封闭,可有效降低感染率;手术操作简便、耗时短,安全性更高。

本研究结果显示,研究组手术时间、术中出血量、术后首次排气时间、尿管留置时间、住院时间等

明显低于对照组( $P<0.05$ ),术后输卵管通畅率明显高于对照组( $P<0.05$ )。与蒋晓秋<sup>[6]</sup>等学者的研究结果具有一致性。综上所述,与传统开腹手术比较,腹腔镜手术治疗宫外孕具有住院时间短、术后恢复快、输卵管通畅率高等优点。

#### 参考文献

[1]马晓敏.腹腔镜手术与开腹手术治疗宫外孕临床效果分析[J].中国伤残医学,2015,23(3):111-112  
 [2]莫莉.腹腔镜手术与传统开腹手术治疗宫外孕的临床疗效比较分析[J].中国保健营养,2015,25(15):69-70  
 [3]张岩昕.开腹手术治疗宫外孕与腹腔镜治疗的临床效果探索分析[J].中国伤残医学,2015,23(11):82-83  
 [4]张敏.腹腔镜手术与开腹手术治疗宫外孕的临床效果观察[J].中国医药指南,2016,14(2):164-165  
 [5]李晓燕.观察腹腔镜手术与开腹手术治疗宫外孕患者的临床效果[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(7):990-991  
 [6]蒋晓秋,赵辉,徐莉峰,等.腹腔镜手术与开腹手术治疗宫外孕患者临床效果分析及安全性评价[J].浙江创伤外科,2015,20(5):1017-1018

(收稿日期:2017-07-15)

## 补阳还五汤加减联合针灸治疗脑卒中偏瘫后遗症的临床观察

冉艳艳

(河南省郑州市金水区总医院中医科 郑州 450000)

**摘要:**目的:探讨补阳还五汤加减联合针灸治疗脑卒中偏瘫后遗症的临床疗效。方法:选取2014年1月~2017年1月我院收治的脑卒中偏瘫后遗症患者88例,随机分为对照组和观察组各44例。对照组给予补阳还五汤治疗,观察组在对照组基础上联合针灸治疗。比较两组治疗效果。结果:观察组治疗总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ );两组患者治疗前NIHSS、FM、ADL评分比较均无显著性差异( $P>0.05$ );治疗后观察组NIHSS、FM、ADL评分均明显优于对照组( $P<0.05$ )。结论:脑卒中偏瘫后遗症患者应用补阳还五汤加减联合针灸治疗效果显著,有利于减轻患者神经功能缺损情况,改善患者运动功能与日常生活活动能力,值得临床推广应用。

**关键词:**脑卒中偏瘫后遗症;补阳还五汤;针灸

中图分类号:R246.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.087

脑卒中是一种急性脑血管疾病,是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病,具有发病率、致残率及致死率高等特点,预后极差,多数患者经治疗后仍伴有不同类型的后遗症,其中偏瘫最为常见,严重影响患者的生活质量。调查显示<sup>[1]</sup>,早期及时治疗脑卒中患者,能够改善神经损害状态,有利于患者预后。本研究旨在探讨补阳还五汤加减联合针灸治疗脑卒中偏瘫后遗症的临床疗效。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月~2017年1月我院收治的脑卒中偏瘫后遗症患者88例,随机分为对照组和观察组各44例。对照组:男25例、女19例,年龄55~75岁、平均年龄(63.2±4.3)岁;观察组:男24例、女20例,年龄56~73岁、平均年龄(62.8±4.6)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$ ,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组给予补阳还五汤加减治疗。方剂组成:红花6g,赤芍10g,黄芪30g,地龙10g,当归尾10g,桃仁10g,川芎10g,水煎取汁300ml,分早晚2次服用,1剂/d。伴有小便失禁者加五味子、山萸肉、益智仁、桑螵蛸、肉桂各10g;腰膝酸软者加续断、桑寄生、杜仲各10g;肢体麻木者加胆南星、陈皮、茯苓、半夏各9g;肢冷者加防己、茯苓、薏苡仁、泽泻各10g;言语不利者加远志、郁金、石菖蒲各10g;连续用药1个月。观察组在对照组基础上采用针灸治疗。取手、足三阳经为主穴,伴有上肢功能障碍的患者加取手三里、肩前、外关等穴位;下肢瘫痪患者加取足三里、阳陵泉、阴陵泉等穴位;伴有吞咽障碍、言语障碍者加取通里、金津、舌三里、神门、玉液等穴位;以采阴补阳法进针,得气后留针30min,1次/d,连续治疗1个月。

1.3 观察指标 观察两组临床疗效;比较两组患者治疗前后神经功能缺损情况、运动功能及日常生活