

# 阴式手术治疗输卵管妊娠 52 例的临床分析及手术技巧探讨

黄而弘, 苏莉鸣

基金项目: 广西卫生厅科研课题(编号:Z2010013)

作者单位: 530021 南宁,广西人口和计划生育研究中心(黄而弘); 530012 广西,南宁市红十字会医院妇产科(苏莉鸣)

作者简介: 黄而弘(1966-),女,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:妇科微创及不孕不育。E-mail:heh0502@sina.com

**[摘要]** **目的** 探讨分析阴式手术治疗输卵管妊娠的手术技巧。**方法** 回顾分析 52 例阴式手术治疗输卵管妊娠的手术情况,统计手术时间、术中出血量、最高体温、术后白细胞计数(WBC)、术后肛门排气时间、住院时间、住院费用等情况。**结果** 52 例手术均成功完成。手术时间( $44 \pm 13.4$ )min,术中出血量( $34 \pm 6.6$ )ml,肛门排气时间( $14.2 \pm 3.4$ )h,最高体温( $37.3 \pm 0.3$ ) $^{\circ}\text{C}$ ,术后血白细胞计数( $9.5 \pm 1.5$ ) $\times 10^9/\text{L}$ ,住院时间( $4.5 \pm 1.3$ )d,住院费用( $3502.8 \pm 356.8$ )元。术后血绒毛膜促性腺激素(HCG)随访,平均降至正常时间为( $10.6 \pm 2.4$ )d,术后 1 个月输卵管通畅率为 81.8%(9/11)。**结论** 阴式手术治疗输卵管妊娠在达到治疗效果的前提下使用微创治疗,患者损伤更小,恢复更快,费用更低。

**[关键词]** 阴式手术; 输卵管妊娠; 手术技巧; 微创

**[中图分类号]** R 714.22\*1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2012)05-0418-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.05.10

## Clinical analysis on transvaginal operation of 52 cases of tubal pregnancy and summary of operation skills

HUANG Er-hong, SU Li-ming. Population and Family Planning Research Center of Guangxi, Nanning 530021, China

**[Abstract]** **Objective** To summarize and analyze the operation skills of transvaginal operation for tubal pregnancy. **Methods** The surgical treatment conditions of 52 cases of tubal pregnancy undergoing transvaginal operation were retrospectively analyzed. The operation time, intraoperative blood loss, postoperative body temperature, white blood cellcount( WBC ), postoperative anal exhaust time, postoperative hospital stay, hospital costs, and so on were observed. **Results** Fifty-two patients were operated successfully. The operative time was ( $44 \pm 13.4$ ) min, intraoperative blood loss ( $34 \pm 6.6$ )ml, anal exhaust time ( $14.2 \pm 3.4$ )h, maximum temperature ( $37.3 \pm 0.3$ ) $^{\circ}\text{C}$ , postoperative blood was ( $9.5 \pm 1.5$ ) $\times 10^9/\text{L}$ , length of stay ( $4.5 \pm 1.3$ )d, hospitalization costs ( $3502.8 \pm 356.8$ )yuan (RMB). The average time of serum HCG dropping to normal was ( $10.6 \pm 2.4$ )days, At 1 month after operation tubal patency rate was 81.8%(9/11). **Conclusion** Under the premise of obtained therapeutic effect transvaginal operation for tubal pregnancy has advantages of minimally invasion, quicker recovery, lower cost and so on.

**[Key words]** Trans vaginal operation; Tubal pregnancy; Operation skills; Minimally invasion

异位妊娠是妇科急腹症中最常见的病因之一,近 20 年来,其发病率已增加 4 倍<sup>[1]</sup>,且呈逐年上升趋势,其中输卵管妊娠的发生率 > 95%<sup>[2]</sup>。随着微创技术的发展,探索一种无须借助内窥镜操作但又同样具有微创效果的手术方法,已成为临床各级医务工作者探讨的热点。我们开展各种阴式手术已近 5 年,治疗了大量的异位妊娠患者,随着手术技巧的日趋成熟,越来越趋向更加微创。从 2010-01 ~ 2011-12 我们对符合条件的 52 例输卵管妊娠患者应

用阴式手术治疗,现将手术情况及手术技巧探讨如下。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 收集 2010-01 ~ 2011-12 住院采取阴式手术治疗输卵管妊娠的患者 52 例,年龄 23 ~ 41( $32.0 \pm 3.4$ )岁,停经时间为 40 ~ 62 d,孕次为 1 ~ 5 次,无盆腔炎病史。其中 45 例有不规则阴道流血及腹痛史,7 例仅有不规则阴道流血而无腹痛史,尿 HCG 均为阳性,血 HCG 为 680 ~ 1 135 U/L, B

超检查提示宫内未见妊娠囊,附件区可见大小不等混合性包块,积血仅限于盆腔及骶窝。

**1.2 方法** 采用腰硬联合麻醉。取膀胱截石位,阴道拉钩暴露后穹隆,宫颈钳钳夹宫颈后唇,以1:1 200的肾上腺素液注入后穹隆黏膜下作为水垫,于宫颈阴道交界处略下方0.5 cm处横形切开阴道黏膜,分离子宫直肠筋膜,见反折腹膜呈紫蓝色,剪开子宫直肠反折腹膜,排出积血。向两侧延长切口,用无齿卵圆钳钳夹凝血,探查两侧附件后钳夹出患侧输卵管,根据不同部位,不同病情选择不同方式。对于输卵管条件较好,要求保留患侧输卵管的行输卵管开窗术,沿输卵管轴切开输卵管,分离胚胎和输卵管并电凝止血,局部注射甲氨蝶呤20 mg,以防止发生持续性异位妊娠;要求切除输卵管的自伞端向子宫侧依次钳夹、切断、缝扎输卵管系膜及输卵管峡部,切除患侧输卵管;对要求绝育者行输卵管结扎术。予0.9%氯化钠液冲洗腹腔并吸净,以2-0可吸收线连续缝合子宫直肠反折腹膜及阴道壁,伤口中段放置胶管引流,阴道内填塞碘伏纱布止血。如为子宫明显前屈者则经阴道前穹隆入口,手术过程同上。

**1.3 术后随访** 术后第2、5、14天分别检测血HCG,以后每3~5 d检测一次至正常。术后2 W门诊行妇科检查,1个月复查B超,有生育要求者1个月后进行输卵管通液试验。

## 2 结果

**2.1 手术结果及术中术后情况** 52例手术全部成功,无一例中转开腹及二次手术或持续妊娠状态。手术平均时间为 $(44 \pm 13.4)$  min,术中平均出血量为 $(34 \pm 6.6)$  ml,平均肛门排气时间为 $(14.2 \pm 3.4)$  h,最高平均体温为 $(37.3 \pm 0.3)$  °C,术后外周血白细胞数平均为 $(9.5 \pm 1.5) \times 10^9/L$ ,住院时间平均为 $(4.5 \pm 1.3)$  d,住院费用平均为 $(3502.8 \pm 356.8)$  元。

**2.2 随访结果** 术后血HCG随访,平均降至正常时间为 $(10.6 \pm 2.4)$  d。术后2 W妇科检查手术伤口均甲级愈合,1个月B超检查未见盆腔包块。有生育要求的患者,术后1个月输卵管通液通畅率达81.8% (9/11)。

## 3 讨论

**3.1 手术适应证和禁忌证** 不同的术式有其适应证和优缺点。由于经阴道输卵管切除术的操作均位于盆腔最低部位,打开盆腔腹膜后,积血自行顺畅流出,两侧附件即位于子宫后方,容易暴露,同时该术

式不需将肠管、大网膜拨开,因而对腹腔脏器无干扰。经阴道输卵管切除术由于腹壁无切口,后穹窿组织缺乏自主神经,故术后镇痛的比率低。阴式手术治疗对患者侵袭性小,不干扰盆腔内环境,术后极少发生肠粘连;术后恢复快,住院时间短,创伤小,能有效清出妊娠组织<sup>[3]</sup>。此术式具有很多优点,但适应证选择是阴式手术治疗输卵管妊娠成功的重要步骤。杨炳等<sup>[4]</sup>认为:(1)对没有盆腔炎病史,估计腹腔内出血<300 ml,病情平稳且无生育要求患者可行阴式输卵管切除术;(2)除上述条件外,阴道B超提示附件区包块为混合回声HCG水平低下、要求保留生育功能的患者,可行阴式输卵管开窗术,但有失败之虞;至于具体的HCG水平和阴式输卵管开窗术成败的关系尚需进一步研究。(3)而对于有反复发作盆腔炎病史、腹腔内出血多及未生育的患者则不宜采用经阴道手术。骨产道及软产道有畸形或狭窄者不宜行阴式手术。本组中2例有剖宫产史患者,均成功实施阴式输卵管妊娠手术,所以有子宫、附件手术史者也不是阴式输卵管妊娠手术的绝对禁忌证,但例数太少,尚需进一步探讨。笔者观察到如果血HCG<1 000 U/L者,术中容易剥出机化胚胎组织,渗血极少甚至无出血;而血HCG水平高的患者,滋养细胞有较高的增殖活力,很容易侵入输卵管壁肌层,而输卵管壁肌层为滋养细胞提供丰富的血液供应和营养物质<sup>[5]</sup>,剥出胚胎后附着面渗血多,被迫缝扎或切除患侧输卵管。因此并非输卵管妊娠手术都可经阴道完成。

**3.2 手术技巧探讨** 作者对阴式手术治疗输卵管妊娠操作过程的经验总结为三点:(1)正确选择阴道黏膜切口是打开后腹膜的关键,后穹窿黏膜注射水垫时,注射过浅阴道出现苍白硬结,过深则阴道黏膜膨出不明显,不能很好地分离宫颈与直肠间隙。寻找直肠间隙时,用宫颈钳钳夹宫颈摆动,找出无移动的宫颈黏膜与有移动的后穹窿黏膜交界处,在此处稍下方用电刀切开阴道黏膜全层。如切开部位过低或过浅,分离时易损伤直肠。如切口过高、过深易误入宫颈筋膜内,出血增多,解剖不清。(2)阴式输卵管手术因其术野受限要求手术者必须有扎实的解剖基础和熟练的手术基本功,且术者与助手配合娴熟,并选择合适的手术器械,如使用电刀止血,带冷光源的阴道拉钩使术野暴露得更加清楚,便于操作。(3)尽量减少输卵管创伤,术中牵引输卵管时动作需轻柔,忌用暴力,防止输卵管撕裂、出血。选择切口长度要适宜,取出妊娠物后注意彻底止血。减少

输卵管的创伤是提高术后通畅率的主要因素。

**3.3 并发症及预防** 随着阴式手术技巧的提高,阴式手术指征越来越广,在手术开展的过程中,手术并发症也逐渐增多。如果一味强调微创,不注意适应证,微创可能会变成重创。阴式手术并发症主要是直肠结肠损伤、出血、感染及局部粘连;经前穹窿入口者,易损伤膀胱。因阴道大小受解剖位置局限,不像开腹手术可随意延长切口,如腹腔出血多时难以清理中、上腹腔积血以及血凝块,既往有过盆腔炎反复发作的病史,盆腔粘连重时,手术难而被迫中转开腹。行输卵管开窗术时,由于创面渗血,术野狭小而止血难导致不得已改行输卵管切除术。预防并发症的关键是严格掌握手术指征和提高手术技巧,术前尽可能明确诊断,对每例患者均进行详细的病史询问、妇科检查、外周血 HCG 的测定、后穹窿穿刺,并行阴道或腹部 B 超检查以了解病灶的大小、位置、性质,并对盆腔、肠间隙、髂窝、肝肾隐窝的积血情况

进行测量,准确估计出血量<sup>[4]</sup>。术中要找到正确的解剖位置,动作切勿粗暴;如粘连严重、术野暴露困难、出血多者,应及时中转开腹,以避免发生其他并发症。术后注意抗感染治疗。

**参考文献**

- 1 欧俊,吴效科,周珊英.异位妊娠的治疗现状[J].中国实用妇科与产科杂志,2003,19(5):309-312.
- 2 乐杰.妇产科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004:110-117.
- 3 余海云,金敏霞.输卵管妊娠经阴道手术与开腹手术的比较[J].浙江临床医学,2008,10(6):823-824.
- 4 杨炳,孙丽君,黄文霞,等.经阴道途径手术治疗输卵管妊娠41例报道[J].现代妇产科进展,2006,15(10):792-793.
- 5 李雪英,张怡,聂长庆,等.输卵管妊娠时血清β-HCG水平与滋养细胞侵入输卵管壁深度关系的研究[J].实用妇产科杂志,2006,22(1):40-42.

[收稿日期 2012-02-01][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

**基金课题·论著**

# 老年心血管病患者白内障围手术期心律失常的变化及对策

梁健毅, 孙中波, 曾思明, 陈琦, 张琴, 覃晓波, 袁军

基金项目: 广西卫生厅重点科研课题(编号:桂卫重 2010042)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院眼科(梁健毅,曾思明,陈琦),心电诊断科(孙中波,张琴,覃晓波),心内科(袁军)

作者简介: 梁健毅(1961-),男,硕士研究生,医学学士,副主任医师,研究方向:眼科学。E-mail:sunlili111@yahoo.com.cn

通讯作者: 孙中波(1962-),女,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:心电诊断学。E-mail:sunlili111@yahoo.com.cn

**[摘要]** **目的** 应用动态心电图(DCG)观察老年心血管病患者行白内障摘除术围手术期心律失常发生情况,为制定干预措施提供依据。**方法** 对66例(72只眼)年龄≥60岁伴有心血管病史的白内障手术摘除患者,在围手术期间进行24h DCG监测,观察术前2h、术中以及术后2h的心律失常变化,所得 DCG 数据用统计学方法进行对比分析研究。**结果** 66例患者在围手术期间心律失常的总发生率为87.9%,以房性心律失常最高(86.2%),室性心律失常次之(72.4%);短暂房性心动过速和短暂室性心动过速分别为24.1%和3.4%。术中和术后2h房性心律失常发生率明显高于术前2h( $P=0.000$ );而术中和术后2h室性心律失常明显低于术前2h( $P=0.000$ )。23例(34.8%)有眼心反射的发生。术后出院视力脱残率为86.1%,脱盲率为93.1%。手术中无严重全身并发症发生。**结论** 老年心血管病患者白内障围手术期心律失常发生率较高,术前应予全面综合分析和评估,针对其变化特点采取相应措施,尽可能减少心律失常的发生,使手术风险降至最低。

**[关键词]** 心血管疾病; 老年白内障; 围手术期; 动态心电图; 心律失常

**[中图分类号]** R 779.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2012)05-0420-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.05.11

万方数据