

- 2 施毅,陈正堂.现代呼吸病治疗学[M].北京:人民军医出版社,2002;296-299
- 4 邓伟吾,耿志明,徐德山.咯血的抢救和治疗[J].新医学,1987,18(7):8.
- 3 陈研.普鲁卡因、垂体后叶素单用与联用治疗咯血的比较[J].江西中医药,2007,8(38):44-45. [收稿日期 2009-06-26][本文编辑 宋卓孙 韦颖(见习)]

经验交流

腹腔镜治疗异位妊娠 65 例临床分析

曾莉莉

作者单位: 545600 广西,柳州市鹿寨县中医院妇产科

作者简介: 曾莉莉(1963-),女,大专,主治医师,主要从事妇产科临床工作。E-mail: zenglili1963@live.cn

【摘要】 目的 探讨腹腔镜下异位妊娠治疗的可行性。**方法** 2008-05~2009-04 采用腹腔镜治疗输卵管异位妊娠 65 例(腹腔镜组),根据病变情况及患者是否要求保留生育功能分别采取输卵管切除术或开窗术。并随机抽 2003-08~2005-06 我科收治的异位妊娠开腹手术的 65 例(对照组),对两组五项观察指标进行比较。**结果** 腹腔镜组 65 例异位妊娠均在腹腔镜下完成手术,65 例均经病理证实,术前诊断符合率为 100%。65 例中同时合并卵巢囊肿 4 例,合并盆腔粘连 18 例,合并不孕症 8 例。与开腹手术相比,腹腔镜组从手术时间、术中出血量、住院天数、术后恢复自如活动、肛门排气时间等明显优于开腹组(P 均 < 0.01)。**结论** 腹腔镜手术具有安全、微创、快捷等特点,腹腔镜手术治疗异位妊娠的近期和远期效果均优于开腹手术,腹腔镜手术已成为异位妊娠手术治疗的标准方法之一。

【关键词】 异位妊娠; 腹腔镜手术**【中图分类号】** R 713. 8 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2009)11-1196-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.32

Clinical analysis on laparoscopic treatment in 65 case of ectopic pregnancy ZEN Li-Li. Department of Obstetrics and Gynecology, Luzhai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangxi 545600, China

【Abstract】 Objective To study the feasibility of laparoscopic treatment for ectopic pregnancy. **Methods** Sixty-five cases of ectopic pregnancy received laparoscopic treatment in our hospital from May 2008 to April 2009 were selected as laparoscopic group, another 65 cases of ectopic pregnancy received open surgery in our hospital from August 2003 to June 2005 were selected as open surgery group (control group). On the basis of the disease condition and the patients' requirement for the preserving fertility, salpingectomy or oviduct fenestration were performed in these patients. The operation time, intraoperative blood loss volume, hospitalization days, recovery time of post operative free activities and anal exsufflation time between two groups were compared. **Results** The operative were successfully completed in 65 cases in the laparoscopic groups. Among them 65 cases were diagnosed during operation. The preoperative diagnostic coincidence rate was 100%. Of 65 cases, 4 cases were complicated with ovarian cyst, 18 cases were complicated with pelvic cavity adhesion, 8 cases were complicated with infertility. The above-mentioned five index in the laparoscopic group were significantly superior to those in the open surgery group (all $P < 0.01$). **Conclusion** Laparoscopic operation has the advantages such as safety, minimal invasion, and rapid, and so on. The short-term and long-term effects of laparoscopic operation in the treatment of ectopic pregnancy were superior to those of open surgery. Laparoscopic operation has become one of the standard operation methods for the treatment of ectopic pregnancy.

【Key words】 Ectopic pregnancy; Laparoscopic operation

近年来,腹腔镜手术因其具有手术创伤小、恢复快、无明显疤痕、患者痛苦小等优点,已在妇科手术中广泛应用。我

院于 2008-05~2009-04 应用腹腔镜治疗异位妊娠 65 例,取得了满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008-05 ~ 2009-04 在我院行腹腔镜手术治疗的异位妊娠者共 65 例,患者年龄为 19 ~ 40 岁 (29.0 ± 5.0),其中 64 例分别为输卵管狭窄、壶腹部、伞端妊娠,1 例为间质部妊娠。随机抽取 2003-08 ~ 2005-06 收治的异位妊娠开腹手术 65 例作为对照,患者年龄为 18 ~ 43 岁。患者入院时有停经史者 60 例 (92.3%),停经时间为 (51.7 ± 13.0) d;有人工流产史者 25 例 (13.4%);有腹痛史者 33 例 (50.7%),腹痛为下腹部隐痛、胀痛、撕裂样疼痛伴肛门坠胀;有阴道不规则流血者 22 例 (36.9%)。B 超检查宫内均未见妊娠囊并提示附件包块者 51 例,包块直径 (40.8 ± 3.0) cm;后穹窿穿刺或腹腔镜穿刺抽出不凝血者 35 例,其中 2 例有休克 (出血量为 1 000 ~ 2 000 ml)。

1.2 治疗方法

1.2.1 腹腔镜组 使用电视摄像系统手术腹腔镜,全自动充气机,高频电凝器,内凝器及冲洗系统。术前准备与一般妇科手术相同,术前三灌肠,不服镇静剂。全部选择气管插管全身麻醉,在脐孔下缘穿刺,腹腔内注入 CO_2 压力达 15 mmHg 后置入 10 mm TroCar 及腹腔镜直视下两侧腹置入 5 mm TroCar 作为手术操作孔。取头低脚高位,行腹腔镜检查时,首先快速吸净腹腔内积血,暴露出血部位,此时可见患侧输卵管节段性增大或有包块形成。根据病变情况及患者是否要求保留生育能力分别采用以下不同的治疗方法。(1) 输卵管切除术:适用于不要求生育或输卵管明显增粗及破裂口大者,方法是在输卵管峡部经电凝或经套扎线,套扎后切除患侧输卵管。(2) 输卵管开窗术:要求保留生育功能患者

行输卵管开窗术。方法是固定患侧输卵管,用电凝钩在输卵管系膜对侧缘妊娠肿物最膨大处且壁薄处纵行凝切 2 ~ 3 cm,管腔内血块及绒毛组织突出于切口,用分离钳将凝血块及胚胎组织剥出,生理盐水冲洗管腔,利用水压将绒毛及血块与管壁分离,若残留少许绒毛组织,即用 5 mm 抓钳钳取再次冲洗管腔,切缘出血处双极电凝止血,查无活动性出血后冲洗盆腔,直到盆腔清洁为止。术后服用米非司酮片 50 mg,1 次/d,口服 3 d,目的是消灭体内残余滋养叶细胞,以防发生持续性异位妊娠。若输卵管包块较大或输卵管肌层有破坏或未见明显绒毛者,术后则给予甲氨喋呤 0.4 mg/kg,肌肉注射,1 次/d,共 3 次,注意观察血象及肝功能情况,血 HCG 的动态监测,两种药必要时可重复使用。

1.2.2 对照组 常规行下腹正中纵行切口 6 ~ 8 cm,逐层进入腹腔,对无生育要求者行输卵管切除术 (23 例),对有生育要求者行输卵管修补造口术 (42 例)。有休克者均在抢救休克的同时行手术治疗。

2 结果

腹腔镜组 65 例异位妊娠患者由于术前诊断明确,掌握腹腔镜适应证及禁忌证^[1],均在腹腔镜下完成手术故无一例中转开腹,无严重术中及术后并发症发生,手术成功率达 100%。术中诊断和经病理诊断,与术前诊断完全符合,符合率为 100%。65 例中合并卵巢囊肿者 4 例,合并盆腔粘连者 18 例,也都能顺利完成手术,腹腔镜组与开腹手术组 (对照组) 相比,在手术时间、术中出血量、住院天数、术后恢复自如活动、肛门排气时间等方面明显优于对照组 (P 均 < 0.01)。见表 1。

表 1 两组五项观察指标的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	手术出血量 (ml)	肛门排气时间 (h)	术后自如活动 (d)	住院天数 (d)
腹腔镜组	65	53.6 ± 3.2	68.3 ± 9.4	18.7 ± 5.1	3.4 ± 0.7	4.5 ± 1.1
对照组	65	59.6 ± 2.5	150.3 ± 16.8	35.4 ± 6.2	8.4 ± 2.7	9.8 ± 1.8
t	-	11.912	34.341	16.771	14.452	20.256
P	-	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01

3 讨论

3.1 腹腔镜手术的特点与注意事项 与开腹手术相比,腹腔镜手术具有手术时间短、手术出血少、术后住院日及恢复时间短等优点^[2]。本组手术结果也表明,腹腔镜直视下较开腹手术有着更清晰的视野,能直接观察妊娠部位、组织破坏程度、内出血量及伴随疾病等^[3,4]的特点。腹腔镜下输卵管切开胚胎取出术中可同时手术分离盆腔粘连,合并对侧输卵管炎症者可同时进行造口,通液等,对慢性输卵管炎有一定的辅助治疗作用并有利于防止术后粘连作用。因此,腹腔镜手术治疗异位妊娠的近期和远期效果均优于开腹手术。手术不仅要求术者应具有扎实的开腹手术基础,同时也须具有腹腔镜手术的功底,镜下操作定位要准确可靠,腹腔镜操作时要轻柔,以免发生皮下血肿、脏器损伤。

3.2 手术方式的选择 根据患者有无生育要求及妊娠部位

选择手术方式,无生育要求者行输卵管切除术,有生育要求及再次妊娠者,则应行输卵管开窗术。如输卵管局部增粗直径 < 5 cm,输卵管内有积血形成或胚胎组织机化者,局部切开取胚时出血较少,且易成功。为增加保守性手术的成功率,预防性使用米非司酮片及甲氨喋呤能显著降低持续性异位妊娠的发生率。随着腹腔镜手术技术的进步及设备的改进,异位妊娠休克的患者也不再是腹腔镜手术的禁忌证^[5,6],本组 65 例异位妊娠患者中 2 例休克出血,其中 1 例多达 2 000 ml,腹腔镜手术获成功。临床实践证明,只要术者具备熟练的腹腔镜操作技术,在有效抗休克治疗的同时行腹腔镜手术治疗,术中做好严密的监测,也可以保证伴失血性休克异位妊娠腹腔镜手术的顺利进行。目前大量的文献均证实腹腔镜下异位妊娠手术优于开腹异位妊娠手术,且与开腹手术相比,腹腔镜手术具有创伤小、外观美、疼痛轻、恢复快、并

发症少等优点^[7]。因此腹腔镜手术已成为异位妊娠手术治疗的主要手段。

参考文献

- 1 孙爱达,郎景和. 妇产科腹腔镜手术的几个技术问题[J]. 中华妇产科杂志,1997,32(5):317-319.
- 2 冷金花,郎景和. 腹腔镜在异位妊娠诊治中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2000,16(4):204.
- 3 左绪磊,罗丽莉. 一种简单的腹腔镜手术外科结扎技术及其应用[J]. 中华医学杂志,2001,81(21):1340-1342.
- 4 Lecuru F, Camatte S, Viens-Bitker C, et al. Hospital resources used for ectopic pregnancy treatment by laparoscopy and methotrexate[J]. JSLS, 2001, 5(2):117-122.
- 5 Soriano D, Yefet Y, Oelsner G, et al. Is operative laparoscopy contraindicated in women with ectopic pregnancy and hypovolemic shock[J]. Am Assoc Gynecol Laparosc, 1996, 314(Suppl):S47-49.
- 6 Soriano D, Yefet Y, Oelsner G, et al. Operative laparoscopy for management of ectopic pregnancy in patients with hypovolemic shock[J]. Am Assoc Gynecol Laparosc, 1997, 4(3):363-367.
- 7 乐杰,主编. 妇产科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社, 2004:110.

[收稿日期 2009-07-10][本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]

经验交流

经尿道前列腺汽化电切术治疗前列腺增生症的体会

梁英学

作者单位: 533700 广西, 德保县人民医院泌尿外科

作者简介: 梁英学(1965-), 男, 大学本科, 学士学位, 主治医师, 研究方向: 临床泌尿外科. E-mail: dbxyy187@126.com

[摘要] 目的 探讨经尿道前列腺汽化电切术治疗前列腺增生症的临床效果。方法 采用经尿道前列腺汽化电切术治疗前列腺增生症患者 106 例。结果 平均手术时间 80 min, 手术顺利, 出血量少, 无经尿道电切综合征发生, 疗效满意。结论 经尿道前列腺汽化电切术是治疗前列腺增生症的理想方法, 其安全性高, 疗效显著, 并发症少, 值得推广。

[关键词] 前列腺增生症; 经尿道前列腺汽化电切术

[中图分类号] R 697 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)11-1198-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.33

Experience on transurethral vaporization of prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia LI-ANG Ying-xue. Department of Urology, Debao County People's Hospital, Guangxi, 533700, China

[Abstract] **Objective** To discuss the clinical effect of transurethral vaporization of prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods** Transurethral vaporization of prostate was used for the treatment of 106 patients with BPH. **Results** The mean operative time was 80min, with smooth operation, less bleeding, no TUR syndrome, and efficacy satisfaction. **Conclusion** Transurethral vaporization of prostate is an ideal method for the treatment of BPH, and it has advantages such as safety, significant efficacy, fewer disease complications, and so on. It is worth promoting.

[Key words] Benign prostatic hyperplasia (BPH); Transurethral vaporization of prostate

我院自 2005 年开始应用经尿道前列腺汽化电切术治疗前列腺增生症, 疗效显著, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 106 例, 年龄 59~86 岁, 平均 72.6 岁。病程 1~10 年。根据国际前列腺症状评分 (IPSS)、前列腺指诊、经腹 B 超检查诊断为前列腺增生症, 其中 97 例因尿潴留入院, 留置导尿管最长时间 2 个月。经腹彩超前列腺估重为 41.6~87.5 g, 平均 56.3 g。本组有双肾积液、肾功能不全 3 例, 膀胱结石 4 例, 腹股沟疝 6 例, 高血压、冠心病 26 例, 心

律失常 4 例, 慢性支气管炎、肺气肿 23 例, 糖尿病 2 例。

1.2 手术方法 采用德国 WOLF 汽化电切镜, 行低位连续硬膜外麻醉下, 取截石位, 以 4% 甘露醇溶液为灌洗液, 汽化功率 230 W, 电切功率 150 W, 电凝功率 60 W。置入电切镜, 先行膀胱镜检查, 以了解膀胱、前列腺、尿道、精阜的解剖关系。中叶增生明显者, 先行 TUVF 汽化切除中叶, 再从 1 点或 11 点开始, 向 6 点方向汽化切除两侧叶, 然后汽化切除 12 点顶叶, 最后行 TURP 电切尖部、前列腺窝, 膀胱颈并修整创面, 术中彻底止血。手术超过 40 min 的患者, 予静推速尿 20