酸,导致腹腔急性炎症和坏死性胰腺炎,进而发生急性肺损伤,侧重于病理损伤改变,与临床经典的单纯原发 ANP 后 ALI 是否病理生理完全一致,对血气、肺组织湿/干重比、细胞超微结构等的影响有待深入研究。

参考文献

1 Bhatia M, Wong FL, Cao Y, et al. Pathophysiology of acute pancreatitis[J]. Pancreatology, 2005, 5(2-3): 132-144.

2 Pastor CM, Mattay MA, Frossard JL. Pancreatitis-associted acute lung injury: new insight[J]. Chest, 2003, 124(6): 2341-2351.

3 Zhao X, Andersson R, wang X, et al. Acute pancreatitis-associated lung injury: pathophysiological mechanisms and potential future therapies[J]. Scand J Gastroenterol, 2002, 37(12): 1351.

4 谭至柔,唐国都,姜海行,等. 抗氧化剂对急性胰腺炎大鼠核因子-κB 和一氧化氮合酶的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(3): 711-713.

5 雷文章,韦靖江,沈文律,等. 实验性坏死性胰腺炎多器官损害与内毒素血症的关系[J]. 中华实验外科杂志, 1995, 12(3): 131-132.

6 Schmidt J, Lewandrowsi K, Warshaw AL, et al. Morphometric characteristics and homogeneity of a new model of acute pancreatitis in the rat[J]. Int J Pancreatol, 1992, 12(1): 41-51.

7 Kusske AM, Rongione AJ, Ashley SW, et al. Interleukin-10 prevents death in lethal necrotizing pacreatitis in mice[J]. Surgery, 1996, 120(2): 284-288.

8 周秉舵,朱生樑,马淑颖,等. 急性胰腺炎动物模型的研究进展[J]. 中国比较医学杂志, 2006, 16(7): 442-446.

9 Lampel M, Kern HF. Acute interstitial pancreatitis in rat induced by excessive dose of a pancreatic secretagogue[J]. Virchows Arch A Pathol Anat Histol, 1977, 373(2): 97-117.

10 Jaworek J, Jachimczak B, Bonior J, et al. Protective role of endogenous nitric oxide(NO) in Lipopolysaccharide-induced pancreatitic damage(a new experimental model of acute pancreatitis)[J]. J Physiol Pharmacol, 2000, 51(1): 85-102.

11 Tani S, Itoh H, Okabayashi Y, et al. New model of acute necrotizing pancreatitis induced by excessive doses of arginine in rats[J]. Dig Dis Sci, 1990, 35(3): 367-374.

12 尚宏清,李　非,张再兴,等. 分次大剂量 L-精氨酸腹腔内注射致大鼠急性坏死胰腺炎模型的研究[J]. 首都医科大学学报, 2000, 21(4): 322-324.

13 Czakó L, Takács, T, Varga IS, et al. The pathogenesis of L-arginine-induced acute necrotizing pancreatitis: Inflammatory mediators and endogenous cholecystokinin[J]. Physiol Paris, 2000, 94(1): 43-50.

14 Rakonczay Z Jr, Jáarmay K, Kaszaki J, et al. NF-kappaB activation is detrimental in arginine-induced acute pancreatitis[J]. Free Radic Biol Med, 2003, 34(6): 696-709.

15 张喜平,吴承钧,李志军. 重症急性胰腺炎并发肺损伤的研究进展[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(3): 299-306.

[收稿日期　2010-08-04][本文编辑　韦挥德　吕文娟]

临床研究

腹腔镜与开腹两种保守手术方法治疗输卵管妊娠的临床对照研究

黄菊英,　李凌云,　苏　艳,　吴成菊

作者单位: 418400　湖南,靖州县人民医院妇产科

作者简介: 黄菊英(1973-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:妇产科微创治疗。E-mail: huangjuying666@126.com

[**摘要**]　**目的**　探讨输卵管妊娠有生育要求患者腹腔镜与开腹两种保守手术治疗方法的临床价值。**方法**　回顾分析 400 例,其中腹腔镜组 200 例,开腹组 200 例,比较两组的手术时间、术中出血量,并于术后第 3 个月经周期后行输卵管碘油造影术了解两组异位妊娠输卵管的复通情况。**结果**　腹腔镜组平均手术时间(43.91 ± 15.56)min,开腹组平均手术时间(69.28 ± 18.37)min,差异无统计学意义($P > 0.05$)。腹腔镜组平均出血量(40.28 ± 10.26)ml,开腹组平均出血量(70.69 ± 18.41)ml,差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后保留输卵管通畅率腹腔镜组 90%,开腹组为 75%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论**　腹腔镜治疗输卵管妊娠疗效确切,更适用于有生育要求的患者。

[**关键词**]　输卵管妊娠;　腹腔镜与开腹保守手术

[**中图分类号**]　R 714.22　[**文献标识码**]　A　[**文章编号**]　1674-3806(2010)11-1079-04

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2010.11.13

Contrast between laparoscopy conservative surgical management and laparotomy conservative surgical management for tubal pregnancy

HUANG Ju-ying, LI Ling-yun, SU Yan, et al. Department of Obstetrics and Gynecology, the People's Hospital of Jingzhou, Hunan 418400, *China*

[**Abstract**] **Objective** To explore the value of laparoscopy conservative treatment for the patients of tubal pregnancy with fertility requirement. **Methods** The data of 400 tubal pregnancy patients with fertility requirement were retrospectively analyzed who received conservactive surgical management. Laparoscopy was performed in 200 patients, laparotomy in 200 patients. **Results** The operation time, bleeding loss and tubal patency rate were compared betwen two groups. The operation time in laparoscopy group was (43.91 ± 15.56) min, and (69.28 ± 18.37) min in laparotomy group. There was no statistical significant difference. The bleeding loss in the laparoscopy group was (40.28 ± 10.26) ml, and (70.69 ± 18.41) ml in laparotomy group. The tubal patency rate of laparoscopy was 90%, and that of laparotomy group was 75%. The difference of bleeding loss and tubal patency rate between two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Laparoscopy conservative surgical management for tubal pregnancy is valuable, especially for the patients with fertility requirement.

[**Key words**] Tubal pregnancy; Laparoscopy and laparotomy conesrvative surgical management

异位妊娠是导致孕妇在早孕期死亡的主要原因,其发生率呈逐年上升的趋势。我国上海市 1980 年异位妊娠与分娩数之比为 1∶132,1987 年增至1∶57。在美国,每年异位妊娠患者超过 10 万例,约占妊娠总数的 2%,其中 90% 以上是输卵管妊娠[1,2]。随着腹腔镜手术在妇科领域的广泛应用,约 90% 以上的异位妊娠可行腹腔镜诊断及治疗[3]。本文随机选取我院及北京大学第三医院 400 例有生育要求的输卵管妊娠患者分别行腹腔镜手术治疗(腹腔镜组)和开腹手术治疗(开腹组)进行比较,并于术后第 3 个月经周期后行输卵管碘油造影了解两组异位妊娠输卵管的复通情况,报告如下。

1　资料与方法

1.1　资料来源　随机选取我院及北京大学第三医院自 2002-08 ~ 2008-08 400 例未破裂型输卵管妊娠患者,其中腹腔镜组 200 例,年龄 18 ~ 36 岁,经产妇 42 例,未产妇 158 例,其中 68 例曾有人流史。开腹组 200 例,年龄 19 ~ 37 岁,经产妇 60 例,未产妇 140 例,其中 52 例曾有人流史。患者停经 36 ~ 86 d,平均(50.99 ± 10.8)d,阴道出血 0 ~ 55 d。B 超示附件包块 2 ~ 6 cm,B 超声像特点有宫腔内空虚,宫旁出现低回声区,其内探及胚芽及或原始心管搏动。血 β-HCG 均 > 17 mU/L,临床及病理证实均为输卵管妊娠未破裂型。

1.2　治疗方法

1.2.1　开腹组　(1)在连续硬膜外麻醉下施术,取耻骨联合上 2 cm 处做一约 5 cm 的横切口,用无齿卵圆钳钳夹患侧输卵管。检查输卵管,在患处表面最肿胀、最薄弱处沿输卵管走行切开约 1 cm,行输卵管切开取胚胎术。破裂口周围用 6 个 0 的聚脂线间断缝合创口并充分止血。(2)用硬膜外导管从患侧输卵管伞端插入至输卵管峡部,捏紧输卵管推注生理盐水见宫角鼓起且推生理盐水无明显阻力证实输卵管通畅,然后常规关腹。

1.2.2　腹腔镜组　在全身麻醉下施术,取脐轮下缘切口 1 cm,常规气腹形成后经脐缘下插入腹腔镜,探查后,在下腹两侧相当于麦氏点处各穿刺 5 mm 穿刺孔,放入手术器械,进行手术。手术方式:(1)输卵管挤胚术。适用于伞部妊娠或输卵管壶腹部妊娠近伞部处。用无损伤抓钳提起异位妊娠侧输卵管,以两把无损伤抓钳沿近子宫侧依次向伞部挤压,将妊娠组织自伞部挤出,反复冲洗和吸引至清除。(2)输卵管开窗术。主要适用于未破裂壶腹部及峡部妊娠。用单极电凝针在输卵管妊娠部位表面突出处无血管区纵行切开管壁约 1 cm,清除管内胚胎组织及血块、电灼残留的绒毛并电凝止血,局部生理盐水冲洗,切缘不缝合。(3)对较小的间质部妊娠,于子宫角周围肌层注射血管收缩剂,再以针状电极纵行于患处最突出部位切开达管腔,清除妊娠组织、创面电凝止血,不需缝合,发现附件粘连或输卵管呈盲端者,行粘连松解术与输卵管造口术。术中行美蓝输卵管通液以确认患侧输卵管是否通畅。两组术中均于患侧输卵管浆肌层注射溶有 MTX 20 mg 的生理盐水 2 ml,观察两组术后恢复情况,术后第 3 天、第 14 天监测血 β-HCG;两组患者术后避孕 3 个月,并于第 1 个月经周期及第 2 个月经周期干净后 3 d,行输卵管插管通液术,于第 3 个月经周期后行输卵管造影术以了解两种方法患侧输卵管通畅情况。

1.3　统计学方法　统计分析应用美国 SPSS10.0 版本统计软件处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组年龄、孕产次、停经天数、B 超检查诊断结果比较 见表 1。两组基本情况及 B 超检查诊断结果比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 两组患者基本情况及 B 超检查诊断结果比较[n,($\bar{x}\pm s$)]

组 别	例数	年龄(岁)	孕次	产次	停经天数(d)	盆腔包块(cm)	输卵管		异位妊娠部位			
							左	右	间质	峡部	壶腹部	伞部
开腹组	200	28.16±3.97	1.34±1.22	0.49±0.51	50.06±1.7	3.02±0.19	122	78	14	16	158	12
腹腔镜组	200	27.34±4.36	1.65±1.33	0.46±0.47	51.18±1.3	2.99±0.12	90	110	10	24	160	6
P	–	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05		>0.05			

2.2 两组手术时间、出血量及术后恢复情况比较 见表 2。腹腔镜组与开腹组在出血量、保留尿管时间、恢复肛门排气时间、术后抗生素应用时间、住院天数方面差异有统计学意义($P<0.05$)。而手术时间、14 d 后血 β-HCG 转阴方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 两组手术时间、术中出血量及术后恢复情况比较

组 别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	保留尿管时间(d)	恢复肛门排气时间(h)	术后抗生素时间(d)	14 d 后血 β-HCG 转阴	住院天数
开腹组	200	69.28±18.37	70.69±18.41	2.99±0.78	26.87±4.83	5.09±1.21	186	7.57±2.29
腹腔镜组	200	43.91±15.56	40.28±10.26	1.12±0.86	14.38±5.57	2.74±1.11	178	4.33±1.31
P	–	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组术后输卵管通畅率比较 腹腔镜组术后输卵管通畅率为 90%,开腹组为 75%,腹腔镜组术后输卵管通畅率比开腹组高($P<0.01$)。见表 3。

表 3 两组术后输卵管通畅率比较[n(%)]

组 别	例数	术后输卵管通畅	术后输卵管不通
开腹组	200	150(75.0)	50(25.0)
腹腔镜组	200	180(90.0)	20(10.0)

注:两组术后输卵管通畅率比较,$\chi^2=8.9127$,$P<0.01$

3 讨论

3.1 异位妊娠,特别是输卵管妊娠是妇科急诊中最常见的,且有上升的趋势,所以正确诊断及治疗有着重要意义,迄今为止,手术治疗仍是处理异位妊娠的主要方法,尤其适用于已确认而不宜用药物治疗或药物治疗失败者,可开腹或经腹腔镜手术。手术分保守性和根治性手术,采用何种类型取决于医院的设备、条件,医师的技术、经验、习惯,以及病人的全身状况,患侧输卵管破坏情况和病人的意愿、要求等综合因素。由于输卵管妊娠绝大部分发生在育龄妇女,且 70% ~90% 有生育要求,所以对于有生育要求及未破裂型的输卵管妊娠患者,宜采用保守性治疗[4]。

3.2 本文随机选取腹腔镜组和开腹组均未破裂型各 200 例进行比较。我们发现,腹腔镜手术组患者与开腹组患者在出血量、保留尿管时间、肛门排气时间、抗生素使用方面及住院天数方面差异有统计学意义($P<0.05$),均优于开腹组。这是因为,腹腔镜手术采用头低臀高位及气腹作用,对肠道影响相对于开腹手术小,术后粘连少,而开腹手术创伤较大。至于手术时间方面,由于异位妊娠大多合并有内出血或凝血块,腹腔镜下用 5 mm 冲吸管消除凝血块相对较开腹慢且费时;但腹腔镜手术视野清晰,便于手术操作,尤其直视下探查、止血及分解粘连有明显优势,因而两者手术时间比较差异无统计学意义。术后行输卵管碘油造影了解两组患侧输卵管的复通情况,腹腔镜组复通率高于开腹组。这与腹腔镜手术损伤小以及组织内凝后凝面可防止纤维素的渗出和组织纤维细胞的迁移,不易发生术后组织粘连,减少了输卵管阻塞机会。同时,由于输卵管具有较强的再生能力,保留在原位的输卵管碎片可能再生,变成有功能的输卵管。因而,这对于有生育要求的患者,尤为重要。曾有报道表明,输卵管妊娠保留输卵管比输卵管切除术术后受孕率高[5,6],国外学者 VanBeek[7] 和 Scott[8] 所做的研究也有同样的结论。这也是我们对于输卵管妊娠采用保守性手术的主要原因,而有些学者[9,10]则认为,这两种手术方式对术后的再妊娠率无差异。关键是输卵管粘连是影响再孕的重要因素,粘连程度可能与治疗后的间隔时间有关。对未生育者,如需保留患侧输卵管,建议术中美蓝通液,确定双侧输卵管的通畅情况,术后再进行输卵管通液 1、2 次,预防输卵管再粘连。手术中尽量不损伤输卵管黏膜皱襞,否则将导致术后输卵管管腔狭窄甚至闭塞,若有活动性出血,切缘可予双极电凝,内凝或微波等止血[11,12]。

3.3　通过对腹腔镜手术与开腹手术的比较,证明腹腔镜手术具有创伤小、切口美观、痛苦少、术中出血少、疗效显著、手术时间与开腹时间相似,以及术后输卵管复通率高等优点,故腹腔镜手术是输卵管妊娠,特别是有生育要求的患者的首选理想手术方式。

参考文献

1 Hanchate V, Garg A, Sheth R, et al. Transvaginal sonographic diagnosis of mono chorionic twin ectopic pregnancy[J]. J Clin Ultrasound, 2002, 30(1): 52 – 56.

2 Dialani V, Levine D. Ectopic pregnancy: a review[J]. Ultrasound Q, 2004, 20(3): 105 – 117.

3 安牧尔. 妇产科主治医师400问[M]. 北京:北京医科大学·中国协和医科大学联合出版社, 1998: 161.

4 周　琦, 赵友萍, 方瑞娟. 腹腔镜治疗异位妊娠保留输卵管的价值[J]. 中国妇幼保健, 2006, 21(10): 1336.

5 范保维, 毛玲芝. 腹腔镜治疗输卵管妊娠对再次妊娠的影响[J]. 中国生育健康杂志, 2003, 14(1): 4.

6 蔡紫薇, 刘　宇, 杨国奋. 两种手术方式治疗输卵管妊娠后再孕率比较[J]. 广东医学, 2003, 24(1): 9.

7 Van Beek JJ, Vollaard ES. Fertility after treatment for ectopic pregnancy evaluation of the switch from laparotomy to laparascopy[J]. Ned Tijdschr Geneeskd, 2005, 149 (8): 407 – 412.

8 Scott L. An alternative to surgery in treating ectopic pregnancy[J]. Nurs Times, 2006, (18): 24.

9 Tao T, Zhong XM, Qiang XJ. A contrast research of tubal pregnancy by laparoscopy or open operation[J]. J Laparo Surg, 2003, 8 (2): 102.

10 Tahseen S, Wyldes M. A comparative case controlled study of laparoscoplc vs laparotomy management of ectopic pregnancy: an evaluation of reproductive performance after radical vs conservative treatment of tubal ectopic pregnancy[J]. J Obstet Gynecol, 2003, 23 (2): 189.

11 Yang HG, Huang FI, Yang Y. A clinical study on the laeat-ment of tubal pregnancy in laparoscopic surgery or laparotomy[J]. Progress J Obstet Gynecol, 2001, 10 (6): 435.

12 Vaissade L, Gerbaud L, Pouly JL, et al. Cost effective hess an alysis of laparoscopic surgery versus methotrexate comparison of data recorded in an ectopic pregnancy gistry[J]. Gynecol Obstet Biol Reprod, 2003, 32 (5): 447.

[收稿日期　2010 – 03 – 26][本文编辑　黄晓红　吕文娟]

临床研究

中西医结合治疗慢性盆腔炎的疗效分析

韦凤金

作者单位: 546100　广西,来宾市人民医院

作者简介: 韦凤金(1972 –),女,大学本科,学士学位,主治医生,研究方向:妇产科学。E-mail: weifengjin3@126.com

[**摘要**]　**目的**　评价中药灌肠复合抗生素和中药外敷法复合抗生素二种方法治疗慢性盆腔炎的临床疗效。**方法**　将390例临床诊断为慢性盆腔炎的患者随机分为三组,治疗1组采用中药灌肠复合抗生素;治疗2组采用中药外敷法复合抗生素,对照组单纯采用抗生素对照治疗。比较各组治愈率和总有效率。**结果**　治疗1个疗程结束后,治疗1组、治疗2组和对照组的治愈率分别为43.85%、40.77%和26.92%,总有效率分别为82.31%、77.69%和60.77%;治疗2个疗程结束后,治疗1组、治疗2组和对照组的治愈率分别为66.15%、64.62%和47.69%,总有效率分别为94.62%、93.85%和79.23%。与对照组比较,治疗1组和治疗2组经1~2个疗程的治疗后,其治愈率、总有效率明显高于对照组($P<0.05$或$P<0.01$)。**结论**　中药灌肠复合抗生素和中药外敷法复合抗生素二种方法治疗慢性盆腔炎都有较好治疗效果,值得临床推广应用。

[**关键词**]　慢性盆腔炎;　中药灌肠;　中药外敷;　抗生素

[**中图分类号**]　R 711.33　[**文献标识码**]　A　[**文章编号**]　1674 – 3806(2010)11 – 1082 – 03

doi: 10.3969/j.issn.1674 – 3806.2010.11.14

Efficacy analysis of patients with chronic pelvic inflammatory disease treated with integrated Chinese and Western medicine　*WEI Feng-jin. Department of Obstetrics and Gynecology, Laibin People's Hospital, Guangxi* 546100, *China*

[**Abstract**]　**Objective**　To evaluate the clinical efficacy of patients with chronic pelvic inflammation treated