

腹腔镜治疗异位妊娠并出血性休克 67 例临床分析

雷东兰, 雷杨柳, 宁芬蓉

作者单位: 530300 广西, 横县人民医院妇科

作者简介: 雷东兰(1972-), 女, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 妇科腹腔镜诊疗。E-mail: 895229648@qq.com

[摘要] **目的** 探讨腹腔镜治疗异位妊娠并出血性休克的有效性、安全性和可行性。**方法** 回顾性分析异位妊娠并出血性休克腹腔镜组 67 例和开腹组 52 例的住院时间、手术时间、进腹时间、术中出血量、术后肛门排气时间及并发症等。**结果** 腹腔镜组手术时间为 (42.0 ± 7.0) min, 与开腹组 (45.0 ± 12.0) min 相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 腹腔镜组术中出血量平均为 (34.0 ± 17.0) ml, 与开腹组 (42.0 ± 7.0) ml 相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 进腹时间腹腔镜组为 (1.5 ± 1.0) min, 明显短于开腹组 (6.5 ± 1.0) min ($P < 0.01$); 术后肛门排气时间腹腔镜组为 (13.5 ± 4.5) h, 短于开腹组 (37.5 ± 12.5) h ($P < 0.01$); 住院时间腹腔镜组为 (4.22 ± 1.20) d, 明显短于开腹组 (6.74 ± 1.67) d ($P < 0.01$)。两组患者均未发生术中及术后并发症和死亡。**结论** 在有效抗休克及完善的生命体征监护及麻醉管理下, 结合熟练的腹腔镜操作技术进行腹腔镜手术治疗异位妊娠并出血性休克是安全、有效和可行的。

[关键词] 腹腔镜; 异位妊娠; 出血性休克

[中图分类号] R 714.22 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2011)12-1132-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.12.10

Laparoscopic surgery in patients with ectopic pregnancy complicated with hemorrhagic shock: report of 67 cases

LEI Dong-lan, LEI Yan-liu, NING Fen-rong. Department of Gynecology, the People's Hospital of Heng County, Guangxi 530300, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the effectiveness, feasibility and safety of laparoscopic surgery in patients with ectopic pregnancy complicated with hemorrhagic shock. **Methods** One hundred and nineteen patients with ectopic pregnancy complicated with hemorrhagic shock (67 patients of laparoscopy group and 52 patients of laparotomy group) treated in our hospital were analyzed retrospectively. The hospital time, duration of operation, time of entering the abdominal cavity, intraoperative blood losing, postoperative farting time and complications between the two groups were compared. **Results** The mean operation duration of laparoscopy group was (42.0 ± 7.0) minutes, laparotomy group was (45.0 ± 12.0) minutes, no significant difference was found between two groups ($P > 0.05$). Intraoperative blood losing of laparoscopy group was (34.0 ± 17.0) ml, laparotomy group was (42.0 ± 7.0) ml, there was significant difference between two groups as well ($P < 0.01$). Time of entering the abdominal cavity in laparoscopy group was (1.5 ± 1.0) minutes, shorter than (6.5 ± 1.0) minutes in laparotomy group ($P < 0.01$). Postoperative farting time in laparoscopy group was (13.5 ± 4.5) hours, shorter than (37.5 ± 12.5) hours in laparotomy group. The hospital time in laparoscopy group was (4.22 ± 1.20) days, shorter than (6.74 ± 1.67) days in laparotomy group ($P < 0.01$). There were no intraoperative and postoperative complications and death in two groups. **Conclusion** With the aid of effective anti-shock therapy, perfect monitoring and nursing of physiological parameters and anesthesia management, combined with skillful laparoscopic operation technique, laparoscopic treatment in patients with ectopic pregnancy complicated with hemorrhagic shock can be safe, effective and feasible.

[Key words] Laparoscope; Ectopic pregnancy; Hemorrhagic shock

腹腔镜是治疗输卵管妊娠的首选方法^[1], 但异位妊娠破裂导致低血容量休克的患者由于血液动力

学不稳定而作为禁区。随着腹腔镜技术的普及和技术水平的提高, 妇科腹腔镜手术的适应证逐步拓宽,

腹腔镜手术治疗异位妊娠并出血性休克已逐步成熟应用,但临床报道仍不多。我院 2006-01 ~ 2010-12 为 67 例异位妊娠并出血性休克患者施行了腹腔镜手术,收到了较好的临床效果,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006-01 ~ 2010-12,我院共收治异

位妊娠并出血性休克患者 119 例,其中行腹腔镜手术治疗 67 例(腹腔镜组),行开腹手术治疗 52 例(开腹组)。两组患者均无慢性病史,两组的年龄、产情、症状出现时间和异位妊娠史等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较 [$(\bar{x} \pm s), n(\%)$]

组 别	例数	年龄(岁)	已产	未产	停经时间(d)	腹痛时间(h)	阴道出血时间(d)	异位妊娠史	
								有	无
腹腔镜组	67	26.3 ± 8.7	39(58.2)	28(41.8)	47.3 ± 13.4	5.7 ± 3.4	7.9 ± 4.3	11(16.4)	56(83.6)
开腹组	52	29.1 ± 8.2	26(50.0)	26(50.0)	49.4 ± 14.7	6.3 ± 2.7	6.7 ± 3.9	9(17.3)	43(82.7)
χ^2	-	1.79	2.50	0.82	1.04	1.57	0.02		
P	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05		

1.2 临床表现 患者均有停经史,有腹痛、伴或不伴有阴道流血,失血性休克患者有口渴、烦躁、面色苍白、四肢湿冷、呼吸急促、脉搏细速(100 ~ 130 次/min)。血压下降到 50 ~ 80/30 ~ 50 mmHg,腹部移动性浊音阳性,血或尿 HCG 阳性,彩超提示宫腔内无孕囊、盆腔包块、腹腔或盆腔积液(腹腔内出血量 1 000 ~ 3 500 ml),腹腔或后穹窿穿刺抽出不凝血。

1.3 术前准备 两组患者入院后均经积极抢救,给予扩容、输血、强心、升压等抗休克治疗;给氧、平卧;监测血压、脉搏、血氧饱和度等生命体征,维持呼吸循环稳定;腹部和会阴备皮,禁食、禁水,留置导尿,术前预防应用抗生素;手术室麻醉科做好相关器械、人员的准备。

1.4 手术方法 (1)麻醉选择均采用气管插管全身麻醉。(2)手术步骤:①头低脚高仰卧位。②脐上缘或下缘切开皮肤 1 cm,插入气腹针,生理盐水抽吸试验阴性后,注入 CO₂ 气体 1 ~ 2 L,形成人工气腹,腹腔内静态气体压力保持 8 ~ 12 mmHg。③采取闭合式套管针插入法,于脐轮皮肤切开处插入 10 mm 套管针穿刺,取出针芯,经此套管鞘置入腹腔镜电视摄像头进行观察,在左、右两下腹相当于麦氏点部位做第二、第三穿刺孔,分别插入 5 mm 和 10 mm 套管针,通过此套管置入腹腔镜手术器械。④腹腔镜下快速吸尽腹腔内积血,依次检视子宫、输卵管、卵巢、阔韧带、子宫直肠窝,全面检查盆腔情况。根

据病灶情况及病人有无生育要求和病灶周围有无粘连等情况决定手术方式(输卵管保守性手术或输卵管切除术)。对输卵管结构破坏不严重而需要保留输卵管者,采用输卵管开窗取胎术(注意勿反复钳夹及吸引),术中于病灶上方输卵管腔局部注射氨甲喋呤 20 mg。对于无生育要求或虽有生育要求,但输卵管结构破坏严重无法保留者,采用自制滑结套圈扎切除法。卵巢妊娠者用电刀行部分卵巢切除术,创面电凝止血,切除妊娠组织整块或装套袋取出腹腔。术中使用大量生理盐水反复冲洗腹盆腔至冲洗液清亮为止。

1.5 术后处理 术后观察血压、脉搏、血氧饱和度等生命体征及腹部体征,继续输液、输血纠正贫血,维持血液动力学稳定。术后 6 h 进流食,静滴抗生素预防感染,术后 2 d、1 周各复查血 β -HCG 并与术前比较,体温正常后出院。

1.6 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件对数据进行处理,计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,两样本均数比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中探查所见比较 研究组与对照组术中探查所见输卵管妊娠部位、类型、腹腔积血量比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组术中探查所见比较 [$n(\%)$]

组 别	例数	妊娠部位				类型		积血量(ml)
		间质部	峡部	壶腹部	伞部	流产	破裂	
腹腔镜组	67	9(13.4)	12(17.9)	39(58.2)	7(10.4)	24	43	2531.9 ± 934.7
开腹组	52	8(15.4)	7(13.5)	28(53.8)	9(17.3)	19	33	2337.4 ± 894.3
χ^2	-	0.09	0.25	0.23	1.19	0.01		1.15
P	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05		>0.05

2.2 两组手术方式和治疗结局比较 手术方式的选择、手术时间腹腔镜组和开腹组比较差异无统计学意义($P>0.05$),但腹腔镜组进腹时间、术后排气

时间、住院天数明显少于开腹组($P<0.01$)。见表3。

表3 两种手术方式和治疗结局比较 [$n(\%)$, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	手术方式		进腹时间 (min)	术中出血量 (ml)	平均手术时间 (min)	术后排气时间 (h)	术后住院时间 (d)	并发症
		根治性手术	保守性手术						
腹腔镜组	66	31(47.0)	35(53.0)	1.5 ± 1.0	34.0 ± 17.0	42.0 ± 7.0	13.5 ± 4.5	4.22 ± 1.20	0(0.0)
开腹组	52	27(51.9)	25(48.1)	6.5 ± 1.0	42.0 ± 7.0	45.0 ± 12.0	37.5 ± 12.5	6.74 ± 1.67	0(0.0)
χ^2	—	0.28		26.97	3.19	1.70	14.48	9.53	0.00
P	—	>0.05		<0.01	<0.01	>0.05	<0.01	<0.01	>0.05

注:腹腔镜组中有1例中转开腹

3 讨论

3.1 血液动力学稳定是手术顺利完成的关键 腹腔镜手术治疗异位妊娠近期及远期效果均优于开腹手术已得到公认,但伴随失血性休克往往是腹腔镜手术治疗的禁区,这主要是由于腹腔镜持续不变的手术体位以及CO₂气腹可引起呼吸、循环系统负担加重,使麻醉及手术风险增加^[2]。所以,腹腔镜手术的CO₂气腹对机体呼吸、循环系统和全身血液动力学等的影响大小是对手术能否顺利完成有着直接的影响。随着腹腔镜技术的改进及手术技巧不断提高,对腹腔镜治疗异位妊娠出血性休克又有更深入认识。目前认为只要术前、术中能保持血液动力学稳定,术中严密监测心血管、呼吸系统的功能,腹腔镜治疗异位妊娠失血性休克可以收到良好的效果。本组66例异位妊娠并出血性休克患者均能顺利完成腹腔镜手术,关键在于:(1)术前充分备血,快速补足液体,虽然研究组中积血量略高于开腹组,但术前术中确保有效维持血液循环,从而使手术患者生命体征一直处于平稳状态,给手术带来了安全保障。(2)采用气管插管全身麻醉,避免了硬膜外麻对外周血管的影响,有利于术中良好的呼吸管理和维持循环稳定,既节省时间又安全;术中严密监测心率、血压、呼吸、血氧饱和度等指数,维持血液动力学的稳定,减轻了麻醉风险。(3)CO₂气腹压力可导致二氧化碳的吸收迅速增加,从而引起高碳血症和酸中毒,我们体会CO₂气腹压力在手术过程中应维持8~12 mmHg最合适,既可减少对呼吸、循环系统的影响,又可满足手术需要。(4)另外手术取头低臀高位置、手术医生技术熟练程度、医生及护士和麻醉之间的配合默契、麻醉设备的良好运转对缩短手术时间,保证手术顺利也至关重要。

3.2 腹腔镜手术中转开腹手术时机的选择 中转
万方数据

开腹是确保腹腔镜治疗异位妊娠并出血性休克的安全重要保障。美国妇科内窥镜协会统计的腹腔镜手术中中转开腹手术率为14%^[3],而国内外其他文献报道中转开腹手术率为0.3%~4.2%^[4],中转的原因与术者经验不足、手术复杂、患者肥胖、可疑恶性肿瘤、盆腔粘连等有关^[5]。本组67例中66例均在腔镜下顺利完成手术,1例中转开腹手术,中转开腹手术率为1.45%,此例中转开腹因术中所见患侧输卵管撕裂样破裂出血,血肿沿后腹膜蔓延,致输卵管系膜及后腹膜区大面积血肿,上界达股动脉旁和肾区,下界至膀胱浆膜,气膜下盆腹腔间隙狭小,术野暴露困难影响操作;术区密布大小血管、神经及重要器官。为了避免术中副损伤,确保生命安全而转开腹。

3.3 预防手术并发症 持续性异位妊娠是输卵管妊娠开窗取胚术的并发症,其发生率为3%~20%^[6]。祝文峰等^[7]报道为3.9%,在4例由于输卵管妊娠行腹腔镜治疗患者术中未注射氨甲蝶呤(MTX)。本腹腔镜组36例开窗取胚术患者,术中尽量整块取出妊娠组织,避免挤压以防绒毛落入盆腔中,然后使用大量生理盐水冲洗盆腔至冲洗液清亮为止,并于患侧输卵管上端腔内局部注射MTX 20 mg,术后随访无一例持续性异位妊娠发生。表明,腹腔镜下输卵管开窗取胚术中常规使用MTX可以降低持续性异位妊娠发生率。

3.4 本文腹腔镜组同开腹组临床资料、手术方式、治疗结局比较大体无差异性,但腹腔镜组具有术后住院时间短($P<0.01$)、手术创伤小、对盆腹腔干扰少、痛苦小、恢复快、腹部切口美观等优势^[3],而且异位妊娠并出血性休克均是年轻患者,对有迫切要求保留生育功能者,采用腹腔镜手术的效果明显优于输卵管切除术^[8]。基于上述,异位妊娠即使已有

血液动力学改变,但选择腹腔镜手术方式仍比开腹手术治疗更有优势。

参考文献

- 1 李光仪. 异位妊娠腹腔镜保守手术[J]. 实用妇产科杂志, 2006, 22(4): 198-200.
- 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): 204-205.
- 3 成九梅, 段 华, 王金娟, 等. 妇科腹腔镜手术中转开腹手术的原因分析[J]. 中华妇产科杂志, 2007, 42(3): 173-175.
- 4 毛嘉平, 刘 霞. 妇科腹腔镜手术中转开腹的原因分析[J]. 浙江医学, 2005, 27(9): 687-688.

- 5 Sokol AI, Chuang K, Milad MP. Risk factors for conversion to laparotomy during gynecologic laparoscopy[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2003, 10(4): 469-473.
- 6 Seifer DB, Gutmann JN, Doyly MB, et al. Persistent ectopic pregnancy following laparoscopic linear salpingostomy[J]. Obstet Gynecol, 1990, 76(6): 1121-1125.
- 7 祝文峰, 李红梅, 皮回春. 输卵管妊娠腹腔镜术后持续性异位妊娠的相关因素分析[J]. 岭南急诊医学杂志, 2006, 11(4): 308-309.
- 8 夏恩兰, 陈春林, 袁瑞. 推行微创观念发展微创技术[J]. 中华妇产科杂志, 2009, 44(9): 650-654.

[收稿日期 2011-07-20][本文编辑 刘京虹 韦 颖]

博硕论坛·论著

药品不良反应 1393 例报告分析

杨天燕, 李 梅, 王 劲, 黄晓青

作者单位: 530027 南宁, 广西医科大学第一附属医院药剂科

作者简介: 杨天燕(1975-), 女, 博士, 主管药师, 研究方向: 临床药学, 药物信息学。E-mail: yty_2008@126.com

[摘要] **目的** 了解药品不良反应(ADR)发生的特点及一般规律, 为临床合理用药提供依据。**方法** 采用回顾性研究方法, 对2008-01~2011-06收集到的1393例ADR报告进行统计分析。**结果** 1393例ADR报告中, 共计1666例次药品引起ADR, 涉及品种211种, 其中约5%涉及2种以上药物联用。其中抗微生物类药的ADR发生率最高(860例次, 占51.62%), 其次为营养支持及能量代谢药(150例, 占9%); 发生ADR主要的给药途径为静脉注射(1211例, 占86.93%); 药物剂型中以注射剂为主(1518例次, 占91.12%); ADR累及器官或系统主要为皮肤及其附件(760例, 占54.56%), 其次为全身性和消化系统。ADR转归中, 1389例ADR治愈或好转, 2例出现后遗症, 死亡2例。**结论** ADR的发生与诸多因素有关, 临床需加强ADR的监测和报告, 以促进临床安全合理用药。

[关键词] 药品不良反应; 报告; 分析; 合理用药

[中图分类号] R 969.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2011)12-1135-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.12.11

Analysis of 1393 adverse drug reaction reports YANG Tian-yan, LI Mei, WANG Jin, et al. Department of Pharmacy, the First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Nanning 530027, China

[Abstract] **Objective** To comprehend the characteristics and general rules of adverse drug reaction(ADR) in our hospital, in order to provide suggestion for rational use of medicines in clinical practice. **Methods** A retrospective analysis of 1393 ADR reports in our hospital from Jan. 2008 to Jun. 2011 were analyzed. **Results** Of 1393 ADR reports, with total 1666 cases of drugs induced ADR 211 classes of drugs were involved, and drugs combination more than one class approximated 5%. The greatest proportion of ADR was caused by antimicrobial agents (860 cases, 51.62%), followed by agents for nutritional support and energy metabolism (150 cases, 9%); Main route of administration was intravenous injection (1211 reports, 86.93%); The doseage-form of medicine was injection primarily (1518 cases, 91.12%); Organ or system involved in ADR mainly were skin and its appendants (760 reports, 54.56%), followed by systemic and digestive system. In outcome of ADR, 1389 patients were cured or improved, 2 patients suffered from sequelae, 2 patients died. **Conclusion** The occurrence of ADR is related to many