维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

腹腔镜手术治疗异位妊娠具有盆腔干扰少,术中出血少,术后恢复快,疼痛轻等优越性。腹腔镜手术时视野开阔且清晰,易发现盆腔的其他细小的病灶,如卵巢小囊肿,子宫小肌瘤,小的子宫内膜异位病灶等,并将其一并处理。因此,腹腔镜手术治疗异位妊娠是首选的手术方式,选择保守性手术还是根治性手术,应根据患者的生育要求,输卵管妊娠的部位及破裂程度,对侧输卵管情况以及盆腔粘连程度综合考虑[1]。

异位妊娠大出血是否是腹腔镜手术的禁忌证,目前意见不一。本组病例无论腹腔内出血量多少其手术时间,术后住院时间,手术并发症等无明显差异,本文认为尽管腹腔内大量积血给腹腔镜手术增加了难度,但只要术中处理得当,也能成功完成手术。因此,腹腔镜手术治疗异位妊娠大出血是安全、可行的[2],但应注意以下几方面。

3.1 术后随诊

腹腔镜下输卵管开窗手术时如果输卵管内滋养细胞未完全清除干净或取出组织时滋养细胞散落在腹腔内而继续生长,造成持续性异位妊娠,严重时可出现输卵管破裂或其它部位妊娠组织破裂,发生腹腔内出血,甚至休克。其持续性异位妊娠的发生率为5%~20%。因此,输卵管开窗术后,应随访β-HCG的变化,术后血HCG升高或相隔3 d 2次HCG连续测定下降小于20%,即可诊断为持续性异位妊娠。治疗可采取MTX肌肉注射治疗。持续性异位妊娠的高危因素包括:①停经时间短(小于42 d)、包块小于2 cm,早期异位妊娠滋养细胞层与输卵管种植部位缺少一个明确的界面,手术时妊娠组织剥离不易;②术前血HCG>3 000 IU/L或每天增加100 IU/L,或孕酮>34.98 nmol/L(11 ng/ml);③既往异位妊娠史以及合并盆腔粘连的病例。为预防持续性异位妊娠,手术应权衡输卵管切除及输卵管开窗术的利弊。如果有上述危险因素,或开窗手术不太满意,术后可考虑预防性应用MTX。本组62例均未发生术后持续性异位妊娠。

3.2 腹腔镜处理异位妊娠对生育的影响

异位妊娠腹腔镜下输卵管开窗术后,再次宫内妊娠的机率为61%,异位妊娠的机率为15.5%,与开腹手术相同。而腹腔镜输卵管切除术后宫内妊娠与异位妊娠的机会均较低,分别为38.1%及9.8%。但亦有许多报道腹腔镜下输卵管切除或输卵管开窗术,术后妊娠结局一样,再次妊娠主要取决对侧输卵管的情况。因此,对有生育要求的异位妊娠患者,是进行腹腔镜下输卵管切除或输卵管开窗,还无统一的意见,需要进行前瞻性临床研究以及长期随诊。但目前仍认为如果异位妊娠包块不大,输卵管破坏不严重,应尽量行输卵管开窗术。如果输卵管妊娠包块大、创面广、出血多、应选择输卵管切除较为合适,而不必勉强保留患侧输卵管。

[参考文献]

[1] 冷金花,朗景和. 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.
[2] 罗丽莉,左绪磊. 异位妊娠大出血的腹腔镜手术处理[J]. 中国内镜杂志,2001,7(3):50-51.
[3] 周 敏,栾 虹,刘 芝,等. 腹腔镜治疗异位妊娠158例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2001,17(9):559-560.
[4] 金子环,陈 昭,孙秋茹. 异位妊娠66例临床诊断及治疗分析[J]. 局解手术学杂志,2003,12(4):320-321.

(编辑:蒋登金)

浪纹线"~"的用法

浪纹线"~"连接相关的数字,表示数值范围,用法包括的:①书写百分数范围,每个百分数后面的%都要重复写出,"%"前不空隙,例:50%~70%,因为50%是一个数;②书写用万或亿表示的数值范围,每个数值中的亿或万不符合省略;例:2万~5万,不应写出2~5万;③书写具有相同幂次的数值范围,每个数值中的幂次都要重复写出,例:$3\times10^3\sim6\times10^3$不得写成$3\sim6\times10^3$。③单位相同的量值范围,前一个量值的单位可以省略,只需在后一个量值上写出单位,例:34 cm~47 cm可以写成34~47 cm;④书写单位不完全相同的量值范围,每个量值的单位应全部写出,如:2 h~2 h 30 min不能写成2~2 h 30 min。

(本刊编辑部)