

微创手术和传统宫外孕开腹手术对宫外孕的临床治疗效果及受孕率分析

朱文娟

(甘肃景泰县中医医院 730400)

摘要:目的:分析对宫外孕患者实施传统宫外孕开腹手术、微创手术治疗的疗效差异及对受孕率的影响。方法:将本院妇产科在2022年3月-2023年3月期间收治的48例宫外孕患者作为此次研究对象,使用双色球分组原则对48例宫外孕患者实施分组处理(每组各24例),其中常规组患者给予传统宫外孕开腹手术治疗,治疗组患者开展微创手术治疗,对比两组患者的手术效果。结果:治疗组患者手术后的治疗优良率、受孕率高于常规组患者($P < 0.05$),差异具有统计学意义;治疗组治疗后的术中出血量、术后下床时间少于/短于常规组($P < 0.05$)而治疗组的术后VAS评分、术后并发症发生率低于常规组($P < 0.05$),差异具有统计学意义。结论:和传统宫外孕开腹手术治疗宫外孕效果对比,微创手术治疗宫外孕具有创伤小、术后疼痛轻微、恢复速度快、术后并发症少等优势,还能提高术后患者的受孕率,改善患者预后,加速患者的康复进程。

关键词:宫外孕;微创手术;开腹手术;临床疗效;受孕率;VAS评分

宫外孕主要是指妇产科临床中十分多见的受精卵在子宫腔以外的部位着床发育的现象^[1]。宫外孕的发生主要是由于输卵管因素、避孕失败、接受过体外受精生殖技术、年龄增长、性生活紊乱、内分泌异常、吸烟等因素导致的。多数宫外孕患者在早期无特殊的临床表现,随着疾病的发展,会产生腹痛、阴道出血、停经、肛门坠胀感、晕厥甚至休克等症状,严重危害患者的身体健康、生命安全^[2]。因此,在临床中对宫外孕患者实施及时有效的手术治疗新的十分重要,以往临床中通常使用开腹手术干预,虽然能起到一定的手术效果,但对于患者的创伤较大,术中存在感染、盆腔脏器受损、术后盆腔粘连、慢性盆腔疼痛、术后疤痕和严重并发症等风险,极易影响手术治疗的效果和安全性^[3]。随着微创技术在妇产科临床中各疾病治疗中的推广和成熟,现阶段的妇产科临床中提倡为宫外孕患者实施微创手术干预,旨在提高手术治疗的安全性、有效性,减轻患者疼痛程度,预防术后并发症发生^[4]。本院针对收治的宫外孕患者48例展开了手术治疗对比分析,分别给予了传统开腹手术和微创手术,旨在探究和比较微创手术、传统开腹手术治疗宫外孕的疗效和价值,详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

通过双色球分组原则对本院妇产科同一个时间段内收治的宫外孕患者48例分成两组,其中24例常规组患者中年齡分布在20-30岁之间,均值(24.56 ± 2.33)岁,停经时间6-9周,平均(7.52 ± 0.36)周,其中初产妇5例,经产妇19例;治疗组24例患者中年齡分布在21-29岁之间,均值(24.57 ± 2.12)岁,停经时间6-10周,平均(7.55 ± 0.38)周,其中初产妇7例,经产妇17例。

对两组宫外孕患者的临床资料进行统计学处理,结果差异不大($P > 0.05$)且可比性高。本研究实施之前,48例宫外孕患者及其家属均对本研究的全部内容展开详细了解并签署知情同意协议;本研究均在本院伦理委员会审批下通过。

纳入标准:1)经超声诊断、血液检查均符合“宫外孕”的诊断标准及手术治疗的指征;2)资料完整且同意参与此次观察;3)无手术禁忌症或先天性疾病的患者。

排除标准:1)合并先天性心脏病或过敏体质;2)精神障碍需要服药控制的患者;3)资料不完整或拒绝接受手术治疗;4)聋哑人或生殖道恶性肿瘤患者。

1.2 方法

对常规组患者实施传统宫外孕开腹手术治疗,为患者选择连续

硬膜外麻醉处理后在患者下腹部实施横行切口的切口处理,全面探查患者腹腔内情况后寻出血部位,将腹腔内积血完全吸出,对异位妊娠的部位,根据术中情况行异位妊娠的全段输卵管切除或部分切除或者行开窗取胚术,操作结束以后实施输卵管的缝扎或者修补手术等等止血,再进行全面的腹腔的清洗,探查,确认无误后关闭腹腔,手术后为患者实施抗生素抗感染的治疗。

为治疗组患者开展微创手术治疗,为患者实施气管内插管、全身麻醉的处理,协助患者采用头高脚低位接受手术,常规消毒铺巾后在患者腹部两侧麦氏点5mm、脐部上方10mm做腹腔镜手术切口,置入腹腔镜镜头后探寻孕囊的位置,探寻顺序为子宫附件、子宫、腹腔等部位,将盆腔内积血吸出后最大程度上暴露孕囊位置并及时切除,将输卵管内的绒毛组织清除后实施电凝止血的操作,镜下操作结束后对腹腔实施生理盐水的冲洗操作,检查是否存在出血和脏器损伤,确认无误后停止二氧化碳的充入,将腹腔镜取出排出二氧化碳后对穿刺口进行缝合处理,术后6小时左右指导患者适当的下床活动,要求患者术后10小时内排气,排气后即可恢复软食、流质饮食,住院后3-4天复查超声、血液检查等无异常后即可出院。两组患者出院前均应交代以下注意事项:首先要保证切口较好的愈合,所以是手术创口的正常护理,需要按时换药,及时拆线。如果是腹腔镜下的手术,手术以后第2天换药,3天拆线,如果是开腹手术,一般5-7天拆线。其次建议患者适当的营养饮食,选择清淡的高蛋白低脂肪的饮食,尽量的避免辛辣、刺激性的食物。最后,在平时的生活中应保证室内空间舒适,避免感冒,指导患者洗澡应洗淋浴不要洗盆浴,手术以后要禁止性生活1个月,保证卵巢功能的恢复和子宫内膜的恢复,减少感染,减少再次发生宫外孕的风险。

1.3 观察指标

比较两组宫外孕患者术后的治疗优良率、受孕率、术后并发症发生率、术中出血量、术后下床时间、术后VAS评分等差异。

1.4 统计学分析

采用spss21.0软件处理,术中出血量、术后下床时间、术后VAS评分为计量资料,采用均数标准差($\bar{x} \pm s$)表示,治疗优良率、受孕率、术后并发症发生率为计数资料,采用 χ^2 表示, $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组宫外孕患者的治疗优良率、受孕率

治疗组患者手术治疗后对比的治疗优良率、受孕率高于常规组患者($P < 0.05$),差异具有统计学意义;见表1所示:

表 1: 两组患者手术后的治疗优良率、受孕率比较 (n/%)

组别	优 (n)	良 (n)	差 (n)	治疗优良率	受孕率
常规组 (24)	8 (33.33)	9 (37.50)	7 (29.17)	17 (70.83)	14 (58.33)
治疗组 (24)	10 (41.67)	13 (54.17)	1 (4.17)	23 (95.83)	21 (87.50)
X ² 值	-	-	-	5.400	5.169
P 值	-	-	-	0.020	0.023

2.2 两组宫外孕患者的术中出血量、术后下床时间、术后 VAS 评分

治疗组患者干预后的术后 VAS 评分低于常规组患者 (P < 0.05), 治疗组的术中出血量少于常规组 (P < 0.05), 而术后下床时间短于常规组 (P < 0.05); 差异具有统计学意义; 见表 2:

表 2: 两组患者的术中出血量、术后 VAS 评分、术后下床时间

组别	术中出血量 (ml)	术后 VAS 评分 (分)	术后下床时间 (h)
常规组 (24)	80.12 ± 8.26	5.96 ± 0.45	13.63 ± 3.35
治疗组 (24)	45.52 ± 6.98	2.63 ± 0.38	6.45 ± 2.25
T 值	15.674	27.700	8.716
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 常规组与治疗组宫外孕患者的术后并发症发生率

治疗组患者手术后的术后并发症发生率相对于常规组患者更低 (P < 0.05), 差异具有统计学意义; 见表 3:

表 3: 常规组和治疗组宫外孕患者的术后并发症发生率 (n/%)

组别	盆腔粘连 (n)	输卵管粘连 (n)	下腹部疼痛 (n)	并发症发生率
常规组 (24)	2 (8.33)	2 (8.33)	2 (8.33)	6 (25.00)
治疗组 (24)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.17)	1 (4.17)
X ² 值	-	-	-	4.181
P 值	-	-	-	0.041

3 讨论

临床研究显示, 随着人们生活习惯和生活环境的变化, 现阶段临床中宫外孕的发病率越来越高。宫外孕的发生和很多种因素相关, 首先是盆腔炎症, 当盆腔发生慢性或者急性炎症后, 炎症可以通过盆腔内的腹膜感染到输卵管部位上^[6]。使得精子和卵子在输卵管以内受精, 阻碍了受精卵通过输卵管转运到子宫内的通道, 受精卵滞留在输卵管以内而引起宫外孕的发生。其次是患者既往做过输卵管的手术, 例如之前接受过输卵管囊肿或者结扎后重新做输卵管的复通手术等因素的影响, 会导致输卵管的解剖结构受到破坏, 引起宫外孕的发生。最后, 既往存在宫外孕的病史, 并在使用药物或者是手术方法治愈以后, 本身既往的宫外孕对于输卵管就是一种伤害和破坏, 再次怀孕仍容易导致宫外孕的发生^[7]。

宫外孕的发生若不及时治疗可能会给患者的身体、心理、日后的生育、生活质量等方面造成一定的影响。首先, 宫外孕可能引发腹腔内出血, 输卵管肌层血管丰富, 输卵管妊娠破裂所致的出血远较输卵管妊娠剧烈, 短期内即可发生大量腹腔内出血使患者陷于休克, 亦可反复出血, 在盆腔内与腹腔内形成血肿^[8]。其次可能诱发

休克出现, 输卵管妊娠后, 由于输卵管管壁薄, 内壁的粘膜及粘膜下组织均很薄弱或不完整, 孕卵发育到一定阶段会引起输卵管妊娠或输卵管妊娠破裂而发生内出血, 引起休克。最后, 宫外孕严重者还会导致输卵管破裂的发生, 宫外孕往往发生在输卵管部位, 不能适应胚胎的生长发育, 当囊胚生长发育时绒毛向管壁方向侵蚀肌层及浆膜, 最后穿破浆膜, 形成输卵管妊娠破裂^[9]。因此, 临床中对宫外孕患者实施及时有效的手术治疗显得尤为重要。以往的临床中通常对患者实施开腹手术治疗, 虽然能起到一定的手术效果, 终止妊娠, 但手术操作对患者输卵管的损伤较为严重, 患者疼痛较为严重, 且术后还容易引发一系列的并发症现象, 对患者日后的受孕、康复都会产生十分严重的影响。因此, 临床中提倡对宫外孕患者开展微创手术进行干预, 微创手术即切开取胚术、输卵管妊娠病灶切除吻合术、患侧输卵管切除术等, 对于患者机体和心理的创伤较小, 术后疼痛轻微, 手术操作时间较短, 且术中出血量少, 术后康复速度较快, 术后不易发生严重的并发症表现, 改善患者预后^[10]。本研究结果显示, 和常规组患者对比, 治疗组患者手术后的治疗优良率、受孕率更高, 术后并发症发生率更低, 术中出血量更少, 术后下床时间更短, 而术后 VAS 评分更低, 这一结果更好的验证了微创手术治疗宫外孕的优势和价值, 加速患者术后的康复进程。

综上所述, 在宫外孕手术治疗的过程中使用微创手术治疗的疗效优于开腹手术治疗, 建议在日后的临床中推广实施。

参考文献:

[1]张崇媛,张思思,何秋敏等.自制 Port 入路平台经脐单孔与传统多孔腹腔镜手术对异位妊娠患者手术效果、腹壁美观及满意度的影响[J].医学理论与实践,2023,36(09):1531-1534.

[2]刘湘,黄宝惠,夏闪.甲氨蝶呤不同给药途径联合米非司酮及微创保守手术治疗输卵管妊娠的临床疗效观察[J].解放军预防医学杂志,2019,37(06):102-103.

[3]周亚丽,廖红云,申彦杰等.无气腹腔镜自然腔道内镜手术在异位妊娠中的运用及开展初期手术时间相关因素[J].昆明医科大学学报,2022,43(12):125-130.

[4]刘发莲,张洁,陈俊莲.微创输卵管开窗取胚术治疗异位妊娠患者的效果及对患者受精成功率、β-人绒毛膜促性腺激素水平的影响[J].中国当代医药,2022,29(33):54-58.

[5]田春兰,鲁蓉,王烈宏.腹腔镜手术和传统开腹手术对异位妊娠治疗效果的 Meta 分析[J].中国妇幼保健,2022,37(11):2125-2129.

[6]黄梅燕,徐丽斯,陈水秀.腹腔镜和开腹手术治疗异位妊娠疗效及对肛门排气时间 留置导尿管时间的影响分析[J].基层医学论坛,2022,26(02):49-51.

[7]杨宏.微创输卵管开窗取胚术对异位妊娠患者的手术效果及β-hCG 水平、再妊娠率的影响[J].中国医学创新,2021,18(25):74-77.

[8]杨秀.腹腔镜手术与传统开腹手术在治疗宫外孕的临床应用价值及各自的优缺点研究[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(32):104+115.

[9]李玉蓉,段元丽.腹腔镜手术在异位妊娠患者中的应用效果及对再次异位妊娠率的影响[J].实用临床医药杂志,2020,24(09):111-113+116.

[10]段元丽,李玉蓉.腹腔镜手术治疗与开腹手术治疗异位妊娠的临床效果差异及再次妊娠结局研究[J].贵州医药,2020,44(09):1376-1377.