

腹腔镜手术与传统开腹手术治疗异位妊娠的临床效果比较

辛海琴

(循化撒拉族自治县妇幼保健服务中心 青海循化 811100)

摘要：目的：对比异位妊娠治疗中运用传统开腹手术与腹腔镜手术的临床效果。方法：研究起止区段选定为 2021 年 6 月至 2022 年 6 月，抽选本院妇科在此区段内接收的 100 例异位妊娠患者作为观察目标，以抛硬币法平均划分常规组（50 例，传统开腹手术）及研究组（50 例，腹腔镜手术），比较两组临床效果。结果：研究组各项围术期指标优于常规组（ $P < 0.05$ ）；研究组并发症发生率低于常规组（ $P < 0.05$ ）；两组再次异位妊娠率无差异（ $P > 0.05$ ），研究组宫内妊娠率高于常规组（ $P < 0.05$ ）。结论：相比传统开腹手术，腹腔镜手术在治疗异位妊娠方面更具优势，可缩短手术时间、住院时间，减少术中出血量，防范相关并发症发生，并降低再次异位妊娠率，提高宫内妊娠率，临床效果确切，值得推广应用。

关键词：腹腔镜手术；传统开腹手术；异位妊娠

异位妊娠是指因输卵管管腔堵塞、受精卵运行不畅、未着床于子宫内的一种常见妇科疾病，初期无明显症状，但随着胎儿的不断发育，将导致患者出现腹痛等不适症状，严重的情况下，甚至会诱发大出血，危及患者的生命安全^[1]。既往主要以传统开腹手术治疗为主，但有学者指出：此术式创伤较大，且术中视野有限，易发生组织残留、血块清理不彻底等现象，整体临床效果欠理想^[2]。而医疗技术的优化创新下，腹腔镜手术因微创、手术视野清晰、安全有效、术后恢复快等优势，更利于患者接受，已逐渐用于异位妊娠的临床治疗中。对此，本研究将着重探析异位妊娠治疗中运用传统开腹手术与腹腔镜手术的临床效果，总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

100 例观察对象选自本院妇科 2021.06–2022.06 接收的异位妊娠患者，分组施行抛硬币法，以 $n=50$ 的比例划分为常规组、研究组。常规组年龄 23–35（ 28.45 ± 4.23 ）岁，停经时间 32–69（ 52.67 ± 6.28 ）d；研究组年龄 23–36（ 28.52 ± 4.28 ）岁，停经时间 32–70（ 52.74 ± 6.53 ）d。经对比显示两组基线信息无差异（ $P > 0.05$ ），可比性高。准入标准：①经 B 超检查确诊为异位妊娠；②符合手术指征；③自然受孕；④知情并同意参与研究。排除标准：①合并凝血功能障碍、恶性肿瘤、免疫性疾病、传染性疾病或机体重要器官器质性病变；②认知、精神异常，交流受限。

1.2 方法

1.2.1 常规组

本组施行传统开腹手术，操作流程为：患者于术床上保持仰卧位状态，经常规铺巾消毒后，行全身麻醉；待麻醉生效后，术者于患者下腹部行一纵行切口（长约 5cm），并以轻柔的手法游离患者各肌层组织后，对子宫、附件以及患侧输卵管予以充分暴露，并进行细致观察，了解各组织情况；术者行取胚、清除残留组织、通液

等处理；待完成上述操作后，利用适量的生理盐水持续清洗患者腹腔，后续做好电凝止血、留置引流管工作，最后以常规手法完成创口缝合。

1.2.2 研究组

本组施行腹腔镜手术，操作流程为：患者于术床上呈仰卧位状态，且保持头低臀高，经常规消毒后，行全身麻醉；待麻醉生效后，术者将气腹针经患者脐缘部位插入其中，建立起人工气腹，并控制气腹压约为 13mmHg；术者于患者脐下行一横切口（长约 1cm），将腹腔镜置入其中，仔细观察患者的子宫、附件情况；随后，选择患侧下腹部部位以及麦氏点部位行穿刺处理，并于不同点置入不同规格的套管针，即 5mm、10mm；在手术方法的选择方面，术者需以患者病情为依据；若患者胚胎着床部位位于输卵管伞部，且腹腔镜显示无破裂情况，则先对病灶组织做好固定处理，后通过单极电凝的运用，沿着患者输卵管纵行方向作 1.5cm 长度的切口，后完整取出管腔内的胚胎以及残余血块组织，做好电凝止血；若患者胚胎着床于输卵管近伞端，则先使用 2 把无损伤钳，对病灶组织近端施行交替钳夹，后通过伞端部位完整挤出胚胎，做好电凝止血。完成上述操作后，需使用适量的生理盐水，对患者盆腔部位进行持续冲洗，在明确该部位组织无出血点后，常规施行引流管留置、缝合创口等工作。

两组患者在手术完成后均接受常规补液、抗感染治疗。

1.3 观察指标

①围术期指标。记录内容包括手术、术后肛门排气、住院时间以及术中出血量。②并发症发生率。记录患者切口感染、盆腔炎、输卵管粘连发生率。③远期疗效。于患者出院后电话随访 1 年，记录再次异位妊娠率与宫内妊娠率。

1.4 统计学方法

数据分析处理用 SPSS28.0 统计学软件，（ $\bar{x} \pm s$ ）为计量资料，

行 t 检验; (%) 为计数资料, 行 X^2 检验; 两组数据若具备统计学差异, 以 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 两组围术期指标比较

见表 1。

表 1 两组围术期指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后肛门排气时间 (h)	住院时间 (d)
常规组	50	81.35 ± 9.12	65.54 ± 7.68	3.69 ± 1.21	8.35 ± 1.87
研究组	50	64.63 ± 6.25	47.37 ± 5.32	2.76 ± 0.73	5.18 ± 0.84
t		10.694	13.752	4.653	10.934
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组并发症发生率比较

见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较 (%)

组别	n	切口感染	盆腔炎	输卵管粘连	总发生率
常规组	50	2 (4.00)	4 (8.00)	2 (4.00)	8 (16.00)
研究组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	0	2 (4.00)
X^2					4.000
P					0.046

2.3 两组远期疗效比较

见表 3。

表 3 两组远期疗效比较 (%)

组别	n	再次异位妊娠率	宫内妊娠率
常规组	50	2 (4.00)	8 (16.00)
研究组	50	0	17 (34.00)
X^2		2.041	4.320
P		0.153	0.038

3 讨论

育龄女性常见的一种急腹症为异位妊娠, 会严重危及患者的生育功能及生命安全。其中, 输卵管为异位妊娠患者主要的病灶部位, 多是因输卵管、周边组织出现炎性病变, 降低输卵管通畅度, 致使受精卵运行不畅而异常着床于输卵管内所发病^[1]。既往的临床治疗中, 以传统开腹手术应用最广泛。此术式虽可取出胚胎, 达成治疗

目的, 但创伤性较大, 会增加患者术中出血量, 且延长手术操作时间, 加之术后需要长期卧床休养, 若不注意卫生护理, 易引发切口感染、盆腔炎等并发症。对此, 创新发展医疗技术的背景下, 腹腔镜手术的出现能够有效弥补传统开腹手术的弊端。腹腔镜具备放大功能, 可使术者清晰、直观观察输卵管病变情况, 提高手术操作的精细性, 利于血块、胚胎、管腔残留绒毛组织的彻底清除, 并保证输卵管的完整性以及正常的生理解剖结构。同时, 孙胜南^[4]学者指出: 腹腔镜手术具备微创优势, 能够减小患者的创伤, 不仅减轻切口疼痛程度、减少术中出血量, 也可避免因大面积暴露病灶部位而引发感染风险, 降低并发症发生率, 为患者术后的良好转归创设有利条件。研究结果显示: 研究组各项围术期指标均优于常规组、并发症发生率低于常规组。证明两种术式中, 腹腔镜手术更具操作简便、安全性高等优势。此外, 腹腔镜手术止血处理主要以电凝止血为主, 能够使血液凝固于组织中, 以免凝固面迁移组织纤维细胞及渗出纤维素, 抑制输卵管梗阻, 实现生育能力的提高。本研究结果显示: 虽然两组再次异位妊娠率无差异, 但研究组宫内妊娠率高于常规组。该结果与贺昭华学者研究结果趋于一致^[5]。证明两种术式虽然均可取出病灶组织, 但腹腔镜手术更利于术者掌握患者病变情况, 彻底清除管腔中残留的绒毛、血块等组织, 恢复输卵管通畅度, 实现临床疗效的提高。

总体而言, 异位妊娠疾病的临床治疗中施以腹腔镜手术, 其治疗成效更优于传统开腹手术, 能够缩短手术、住院时间, 减少术中出血量, 减轻患者痛苦, 防范相关并发症的发生, 保证再次异位妊娠率的降低与宫内妊娠率的提高, 具备推广使用的价值。

参考文献:

- [1]徐芳.腹腔镜微创手术治疗异位妊娠的效果研究[J].中国实用医药,2023,18(06):41-43.
- [2]黄美霞,王玮玮.腹腔镜手术与传统开腹手术对异位妊娠临床治疗效果评价[J].实用妇科内分泌电子杂志,2023,10(08):32-34.
- [3]季鹏.腹腔镜手术与开腹手术治疗异位妊娠的临床疗效比较[J].中国现代药物应用,2021,15(06):93-94.
- [4]孙胜南.腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的效果对比[J].临床研究,2023,31(02):55-57.
- [5]贺昭华.腹腔镜手术治疗对异位妊娠的临床疗效分析[J].现代诊断与治疗,2022,33(18):2800-2802.