

• 基层医生园地 •

腹腔镜手术治疗休克型输卵管妊娠的临床分析

福建中医药大学附属南平人民医院妇产科 (南平 353000) 王泽青 潘丽贞 王 英

腹腔镜是诊治妇科急腹症的手术之一,其运用价值得到了大家的认可。输卵管妊娠作为妇科急腹症的一种,其首选的手术方式毫无疑问是腹腔镜。然而,腹腔镜手术一般被认为只适用于未破裂型或已破裂型但血液动力学尚稳定的输卵管妊娠,而对于已经出现低血容量性休克者,临床对腹腔镜手术有所顾虑^[1]。近年来,随着设备的改进以及手术者经验的积累和抢救技术的不断提高,使得休克型输卵管妊娠不再成为腹腔镜手术的禁忌。现就我院 2013 年 1 月至 2016 年 1 月行腹腔镜和开腹手术的失血休克型输卵管妊娠患者各 30 例进行回顾分析,并将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:回顾我院 2013 年 1 月至 2016 年 1 月收治的输卵管妊娠伴失血性休克患者 60 例,均有不同程度的血压下降及一过性意识障碍等临床休克表现,血压 (70~90)/(40~60) mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),心率 100~120 次/min。腹腔镜组 30 例,年龄 22~44 岁,平均年龄 (28.4±2.5) 岁;经产妇 16 例,未产妇 14 例;其中输卵管壶腹部妊娠 26 例,峡部妊娠 4 例。开腹组 30 例,年龄 23~45 岁,平均年龄 (27.6±2.4) 岁;经产妇 17 例,

未产妇 13 例;其中输卵管壶腹部妊娠 25 例,峡部妊娠 5 例。两组患者的年龄、异位妊娠位置、血压及心率等比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法:两组患者入院后均即刻建立多路静脉补液、输血通道,纠正休克的同时迅速做好术前准备。患者均取膀胱截石位,继续抗休克治疗的同时行气管插管全身麻醉,在心电监护下施行手术。术中严密监测生命征、尿量等,随时做好抢救准备。腹腔镜组:脐孔位置插入气腹针,形成气腹后用 10 mm Trocar 穿刺置入腹腔镜,在镜子视野下分别于左右两下腹无血管区置入 5 mm、10 mm Trocar,用 10 mm 吸引器迅速吸出盆腔积血,迅速寻找患侧输卵管,用分离钳夹住出血的部位,在充分暴露患者输卵管后,再根据患者的要求及术中情况决定是否行输卵管切除或开窗取胚术。术中应尽可能清除干净盆腹腔的积血,盆底置引流管一根。剖腹组:按常规剖腹手术进行。观察比较两组患者的手术时间、术后肛门排气时间、术后病率及住院时间。

1.3 统计学方法:采用 SPSS 18.0 统计软件处理收集的資料。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用卡方检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

两组手术方式和腹腔内出血情况比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$,表 1),腹腔镜组手术时间、术后肛门排气时间、术后病率以及住院时间均优于开腹组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$,表 1)。腹腔镜组患者均未发生与穿刺及气腹有关的并发症,无一例中转开腹。

表 1 两组手术方式及术中术后情况比较 (n=30, $\bar{x}\pm s$)

组别	手术方式 (例)		腹腔内出血量/ mL	手术时间/ min	肛门排气 时间/d	术后病率 (例)	住院时间/ d
	输卵管切除术	输卵管开窗术					
腹腔镜组	26	4	1 573±420	42.33±2.54	1.23±0.6	1	3.27±2.10
剖腹组	25	5	1 612±400	53.52±2.68	2.35±0.8	5	6.18±2.15
P 值	>0.05		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

随着社会的发展,人们生活意识的改变,现代社会口服紧急避孕药、放置宫内节育器以及人工流产术非常常见,加上盆腔手术史、异位妊娠史的增多,导致异位妊娠的发病率上升。异位妊娠是早期妊娠孕妇死亡的主要原因^[2]。开腹手术相较于腹腔镜手术,因其有快速进腹、器械要求简单等优点,曾为治疗异位妊娠的首选术式,但其存在手术切口大、视野范围有限、恢复慢、住院时间长以及术后容易发生粘连等缺点。腹腔镜手术视野开阔、清晰,术中容易发现盆腔其他病变,且可一并处理^[3],还有手术时间短、损伤小、术后恢复快、住院时间短等优点,被广大妇产科医生及患者接受,且随着近年来腹腔镜器械的不断改进、手术技术和经验的不断成熟与积累,逐渐成为了治疗异位妊娠的首选。但对于异位妊娠致失血性休克并有明显血液动力学改变的患者,以往认为不宜使用腹腔镜,因为腹腔镜手术会增加患者的呼

吸以及循环系统负担,但随着科学技术的进步完善,该类患者不再是腹腔镜手术的禁忌证^[4]。本文对腹腔镜手术与剖腹手术治疗出血性休克型异位妊娠的疗效进行回顾分析,发现腹腔镜组的手术时间、术后肛门排气时间、术后病率及住院时间均低于剖腹组,且差异均有统计学意义,表明对失血性休克的异位妊娠也能成功实施腹腔镜手术。现将治疗经验总结如下:1) 迅速开放静脉通道,备血,立即通知手术室,做好快速手术准备。2) 在迅速补充血容量、抗休克的同时,全麻下进行腹腔镜手术,术中密切监护病人的呼吸、循环等生命征。3) 采用头低脚高位,这对保证重要脏器,如脑部的血液供应非常有利。4) 进入腹腔后,采用大孔吸引器迅速吸出游离血,找到病灶进行处理,根据患者情况再决定行输卵管切除或开窗术。5) 术毕建议常规放置引流管,充分引流盆腹腔及肠间隙积血、渗液以及残余的 CO₂ 气体,促进术后恢复,防止术后盆腔粘连,并有利于术后观察出血情

况。综上，笔者认为，在有效的抗休克治疗和全麻监护下，随着腹腔镜器械的不断改进、手术技术和经验的不断成熟与积累，治疗休克型输卵管妊娠可首选腹腔镜。

参考文献

[1] 曹泽毅. 中华妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 320.
 [2] 张慧, 刘建, 张淑芝. 深圳市南山区异位妊娠发病现状的调查分析 [J]. 中华全科医学, 2011, 9 (9): 1424-1425, 1432.
 [3] 王金辉, 杨卫香. 腹腔镜治疗异位妊娠失血性休克 59 例临床观察 [J]. 中国社区医师: 医学专业, 2012, 14 (35): 57.
 [4] 聂翠娣. 腹腔镜手术在异位妊娠并发失血性休克的临床效果观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2015 (57): 71, 77.

右室双腔心 6 例超声心动图诊断体会

福建省福州市经济技术开发区医院超声科 (福州 350015) 郭晓林

右室双腔心 (double-chambered right ventricle, DCRV) 为一个或几个异常肌束横跨右心室腔，起自室间隔的隔缘束中下部，止于右室流出道部的右心室，导致血流梗阻所引起的先天性心脏病，又称为三室心、被分隔的右心室，约占先天性心血管畸形的 1.5%^[1]，男性发病率略多于女性。其特征是右室腔被异常肥大肌束分隔成两个腔，即近三尖瓣侧的高压流入腔和近肺动脉侧的低压流出腔，常合并其他内心畸形，较少单独存在，所合并的畸形以室间隔缺损 (VSD) 最常见，而其临床症状又多与所合并畸形相似，容易被漏诊或误诊。近几年来我院诊断并随访 6 例 DCRV 合并畸形的病例 (包括 2 例漏诊病例)，本文通过患者手术前后的对照，分析 DCRV 被漏诊的原因，评价超声心动图对基层医院诊断 DCRV 及合并心血管畸形的价值及需注意的事项，报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象: 2006 至 2016 年就诊我院并经手术确诊的 DCRV 患者 6 例，男 5 例，女 1 例，年龄 3 个月 26 天至 38 岁。2 例出现不同程度的活动后心慌气短，2 例术前经常感冒，余 2 例患者无明显的临床症状。体格检查: 所有患者均于胸骨左缘第 2~4 肋间闻及 3/6~6/6 级收缩期粗糙杂音，P2 亢进者 1 例，P2 减弱者 3 例。

1.2 仪器与方法: 采用 Philips 飞凡及 Philips IE 33 型彩色多普勒超声仪进行检查，超声探头发射频率为 3~5 MHz。检查时患者取左侧卧位或仰卧位，平静呼吸，依次采用左室胸骨旁、心尖部、剑突下、胸骨上窝等一系列标准切面仔细观察，特别是胸骨旁左室长轴切面、胸骨旁心底短轴切面、左侧胸骨旁高位切面、心尖四腔及五腔切面、剑突下右室流出道长轴切面；调节图像的亮度、增益、聚焦、彩色标尺等，使图像呈最佳状态，尽量将室间隔、右室游离壁、右室腔内的组织结构清晰显示出来，用二维、彩色多普勒、频谱多普勒等方法多角度进行检测。

2 结果

2.1 超声表现: 6 例患者二维超声检查均于胸骨旁心底根部短轴切面 10~12 点钟方向见室上嵴、右室前壁心肌局部凸起增厚，把右心室分为两个腔，即近三尖瓣流入道的高压腔和近肺动脉瓣流出道的低压腔，另外于靠近三尖瓣侧 9~11 点钟方向见室间隔连续中断 (图 1 左)。彩色多普勒显示于胸骨旁心底根部短轴切面见右室腔内有一股色彩明亮、五彩镶嵌的高速射流束，在收缩期从近三尖瓣流入部分的高压腔射入近肺动脉瓣流出部分的低压腔，并一直延伸到右室流出道内，另外于室间隔缺损处可见红色过隔分流血流信号 (图 1 右)。脉冲多普勒记录到位于远端低压腔侧的低速收缩期血流频谱，连续多普勒记录到位于近端高压腔侧零线下的低速射流频谱，另外在 DCRV 处记录到位于零线以上的收缩期高速分流血流频谱。

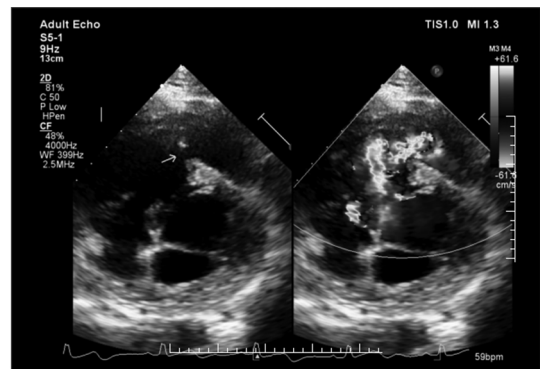


图 1 胸骨旁心底短轴切面: DCRV 合并膜周部室间隔缺损，箭头所示肌束分隔右室形成高、低压腔

2.2 与手术结果对照: 经手术证实，6 例 DCRV 中，4 例为肌束肥厚，2 例为纤维环狭窄。6 例 DCRV 患者均合并 VSD，其中 1 例为主动脉瓣下型 VSD，5 例为嵴下型 VSD；1 例合并动脉导管未闭，1 例合并卵圆孔未闭，1 例合并肺动脉二瓣化并轻度肺动脉瓣狭窄。6 例中超声诊断出 DCRV 4 例，早期漏诊 DCRV 2 例；6 例 VSD 超声均有诊断出；早期漏诊 1 例肺动脉二瓣化并轻度肺动脉瓣狭窄。

3 讨论

DCRV 由 Tsifutis 于 1961 年首次报道^[2]。DCRV 是胚胎发育时期并入右室过程中的原始心球发生缺陷，或者是小梁间隔缘发出某些壁、隔束从间隔上隆起、特别突出和肥厚造成的^[3]。其病理特点是: 右心室在漏斗部入口水平，起自三尖瓣隔瓣附近间隔、室上嵴下方，向左前下跨越心室体部，终止于邻近室间隔、右心室前壁、右室前乳头肌根部的肥大的异常肌束，将右室分隔成近侧端高压腔和远端低压腔而成；近端高压腔多为室壁肥厚，腔内有增粗肥厚的肌小梁；远端低压腔多为室壁薄并且光滑，表面大多覆盖有灰白色的纤维组织膜。根据异常肌束在右室腔内狭窄形成的部位，可以将 DCRV 分为低位型、中位型和高位型^[4]。根据异常肌束的形态，DCRV 又可以分成: 1) 肌隔型，在高压流入腔和低压流出腔之间形成肌性隔膜，把右心室分隔为两个腔室，两腔之间有狭窄的孔道互通；2) 肌束型，肌束型的特征是异常肥厚的肌束之间纵横交错分隔右室腔，肌束之