

# 腹腔镜手术治疗未破裂型宫角妊娠的手术技巧

凌丹 赵仁峰 胡晓霞 陈昌益 刘妮平

(广西壮族自治区人民医院妇科, 南宁市 530021)

【关键词】 腹腔镜; 未破裂型宫角妊娠; 手术操作

【中图分类号】 R 714.22 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2013)05-0630-02

宫角妊娠是一种罕见的妊娠,临床上发病率较低,仅占异位妊娠的2%~4%<sup>[1]</sup>。宫角妊娠若发生破裂,将引起致命性的腹腔内大出血和休克。以往对宫角妊娠的治疗是采用开腹行子宫角楔形切除或者行全子宫切除术。我科于2005年7月至2013年2月采用腹腔镜下宫角妊娠部位荷包缝合法治疗宫角妊娠妊娠25例,均成功治愈,无1例中转开腹和扩大手术范围,现报告如下。

## 1 资料和方法

1.1 一般资料 本组25例患者,年龄20~45岁(平均年龄29.5岁),其中经产妇13例,5例有剖宫产史,未生育者10例,有不孕史2例,盆腔炎史6例,有人工流产或药物流产史7例。25例患者主诉均为停经后出现下腹隐痛,16例出现不规则阴道流血。B超提示:宫腔内无妊娠囊,宫角一侧可见低回声混合性包块或者孕囊,有的出现胚芽甚至明显胎心搏动。血HCG值2 000~10 000 mIU/mL。腹腔镜下见子宫呈不对称增大,一侧宫角膨隆,将同侧圆韧带推向外侧方,膨隆处包块直径2.5~5.0 cm。

1.2 手术方法 腹腔镜设备为德国STRORZ公司生产。25例病人均采用气管插管内全麻,切开脐孔皮肤约10 mm,从脐部置入腹腔镜,气腹形成后检查盆腔,然后在直视下避开血管,分别在右下腹麦氏点和左下腹麦氏点的对应点进行穿刺,放入手术器械。术中静滴催产素20 U,在宫角妊娠包块与正常子宫交界处注射生理盐水10 mL+垂体后叶素6~12 U(无垂体后叶素禁忌证者)后子宫收缩变硬变白,沿病灶底部用0/1薇养线作荷包缝合,针距约1 cm,深约2~3 mm,夹住距离针尾5 cm处缝线,轻轻打第一结并拉紧缝线。双极电凝在病灶最突出的表面电凝出一略小于病灶长度,宽约0.5 cm的电凝带,切开病灶顶端最薄处,用吸引器进入病灶,采用水压分离法:吸引器边冲洗边轻柔钝性剥离妊娠组织,将妊娠组织物完整冲出,吸净妊娠病灶内容物,将预留缝线打结,在妊娠病灶的底部注射生理盐水2 mL+甲氨喋呤25 mg,有针眼渗血可用双极电凝彻底止血。

## 2 结果

25例患者在腹腔镜下均顺利完成手术,无1例中转开腹,平均手术时间50 min(40~75 min),平均术中出血量105 mL(50~200 mL),平均肛门排气时间14 h(10~20 h),平均住院4 d(3~5 d)。所有患者术后血HCG均在4周内均降至正常,无1例术后出现持续性异位妊娠。

## 3 讨论

3.1 宫角妊娠的诊断 宫角妊娠是指孕卵附着在输卵管近宫腔侧或在输卵管间质部,但向宫腔侧发育而不在间质部<sup>[2]</sup>。有关文献提出的诊断标准为<sup>[3]</sup>:①患者有腹痛伴子宫不对称增大;②子宫不对称增大,膨隆处病灶则将同侧圆韧带推向外侧方;③胎儿娩出后,胎盘滞留在一侧子宫角。只要符合三项中任何一项均可诊断为宫角妊娠。然而诊断标准中的后2条都属术后或分娩后的诊断,不能帮助早期诊断。B超的诊断标准为<sup>[4]</sup>:妊娠囊位于子宫角部,与子宫内膜线相连,妊娠囊周围见完整的肌层,病灶部位明显增大突出,与子宫另一侧不对称。有报告其B超早期诊断的符合率为81.03%<sup>[5]</sup>,仍无法将宫角妊娠和输卵管间质部妊娠区分开来。而腹腔镜下子宫呈不对称增大,根据圆韧带与同侧突出病灶的关系,即圆韧带位于同侧宫角病灶的外侧则可确诊<sup>[5,6]</sup>,而腹腔镜诊断宫角妊娠的准确率为100%,是宫角妊娠早期诊断有效而可靠的方法。

3.2 腹腔镜下宫角妊娠的处理方法 由于子宫角部肌层较厚,是子宫血管与卵巢动、静脉和输卵管血管吻合处,血供异常丰富,手术时出血汹涌、不易止血,故既往宫角妊娠多采用开腹手术治疗。随着腹腔镜技术在妇科领域的广泛应用和妇科临床医生手术技术的日趋成熟,国内外都有应用腹腔镜治疗宫角妊娠的成功报道,主要方法有腹腔镜下吸宫术、腹腔镜妊娠物剔除术、腹腔镜宫角楔形切除术<sup>[7]</sup>。

本文报告25例宫角妊娠患者采用腹腔镜下荷包缝合阻断法治疗,先阻断宫角妊娠病灶的血液供应,再清除妊娠组织,能明显减少创面的出血。25例均顺利完成

手术,其中包括 8 例妊娠包块较大者(直径 4~5 cm),1 例术中包块破裂活动出血,无一中转开腹,且未发生任何术中及术后并发症。

3.3 腹腔镜下手术的技巧 通过对本组回顾性分析,笔者有以下几点体会:①宫角妊娠病灶处血流丰富,在宫角妊娠包块与正常子宫交界处肌层内注射垂体后叶素 6~12 U,可使子宫肌层血管强烈收缩,减少术中妊娠囊剥离时出血。②因病灶基底部均较宽,采用荷包缝合病灶基底部预留缝线备用,再切开取胚。缝扎不但有效阻断了病灶的血液供应,还可有效减少切开取胚时的出血。术者快速清除妊娠组织后,立即快速打结,结扎切口缝线,可有效控制出血,残端再电凝缝扎止血,使手术简单、易行。切除病灶常出现电凝难以控制的出血,我们的经验是在拟切除病灶的表面先用双极电凝出一略小于病灶长度、宽约 0.5 cm 的电凝带,再行切除,可明显减少创缘的出血。③妊娠组织取出时应用水压分离法,联合应用轻柔的钝性剥离,将组织物快速完整剥出,不但减少妊娠囊种植部位出血,而且可避免组织物残留,避免出现持续性异位妊娠。④由于宫角妊娠病灶处的子宫肌层厚且血流丰富,在清除妊娠组织的过程中,如果钳夹过深,易致创面渗血,难以止血;而清除不干净,又会引起持续性异位妊娠。故于术后病灶周围局部注射甲氨喋呤(MTX) 25 mg 可防止持续性异位妊娠。MTX<sup>[8]</sup>是一种十分有效的叶酸拮抗剂,在叶酸还原为四氢叶酸的过程中,能抑制二氢叶酸还原酶,干扰 DNA 的合成,引起妊娠滋养细胞坏死,从而导致胚胎停止发育

死亡。本研究中,患者术后病灶局部均肌注 MTX,无一例发生持续性异位妊娠。

本手术操作方法损伤小、出血少、妊娠组织物取出完整,疗效确切,值得临床推广应用。

## 参 考 文 献

- [1] 续红仙. B 超对子宫角妊娠分析与诊断[J]. 实用医技杂志 2008, 15(34): 33.
- [2] 曹华妹, 蔡珠华, 夏秋霞. 腹腔镜联合诊治宫角妊娠的探讨[J]. 中国内镜杂志 2008, 14(1): 60.
- [3] 丁红, 杜涛, 王立斌, 等. 宫角妊娠的发生及诊治变化特点 48 例分析[J]. 实用妇产科杂志 2008, 24(7): 430.
- [4] 邵建兰, 蒲德琼, 王琦, 等. B 超在早期宫角妊娠诊治中的临床应用价值[J]. 生物医学工程与临床, 2011, 15(4): 336.
- [5] 陈忠, 许建娟, 冯一中. 宫角妊娠早期诊断与治疗分析[J]. 中国妇幼保健研究 2010, 21(6): 823.
- [6] 颜碧明. 腹腔镜在宫角妊娠治疗中的应用[J]. 广州医药 2007, 38(4): 43-44.
- [7] Odejinmi F, Sangrithi M, Olowu O. Operative laparoscopy as the mainstay method in management of hemodynamically unstable patients with ectopic pregnancy[J]. J Minim Invasive Gynecol 2011, 18(2): 179-83.
- [8] 张雪芹, 杜贞爱. 宫角妊娠切开宫角取胚注药术 16 例临床观察[J]. 中国医药导报 2010, 7(17): 164.

(收稿日期: 2013-06-05 修回日期: 2013-08-28)

(上接第 619 页)

- [25] Farello GA, Cerofolini A, Rebonato M, et al. Congenital choledochal cyst: video-guided laparoscopic treatment[J]. Surg Laparosc Endosc 1995, 5(5): 354-358.
- [26] Diao M, Li L, Cheng W. Role of laparoscopy in treatment of choledochal cysts in children[J]. Pediatr Surg Int 2013, 29(4): 317-326.
- [27] Gagner M, Pomp A. Laparoscopic pylorus-preserving pancreatoduodenectomy[J]. Surg Endosc 1994, 8(5): 408-410.
- [28] Asbun HJ, Stauffer JA. Laparoscopic vs open pancreaticoduodenectomy: overall outcomes and severity of complications using the Accordion Severity Grading System[J]. J Am Coll Surg 2012, 215(6): 810-819.
- [29] Briggs CD, Mann CD, Irving GR, et al. Systematic review of minimally invasive pancreatic resection[J]. J Gastrointest Surg 2009, 13(6): 1129-1137.
- [30] Di Giuro G, Balzarotti R, Lainas P, et al. Laparoscopic left hepatectomy with intraoperative biliary exploration for hepatolithiasis[J]. J Gastrointest Surg 2009, 13(6): 1147-1148.
- [31] Machado MA, Makdissi FF, Surjan RC, et al. Laparoscopic

- right hemihepatectomy for hepatolithiasis[J]. Surg Endosc 2008, 22(1): 245.
- [32] Cai X, Wang Y, Yu H, et al. Laparoscopic hepatectomy for hepatolithiasis: a feasibility and safety study in 29 patients[J]. Surg Endosc 2007, 21(7): 1074-1078.
- [33] Lai EC, Ngai TC, Yang GP, et al. Laparoscopic approach of surgical treatment for primary hepatolithiasis: a cohort study[J]. Am J Surg 2010, 199(5): 716-721.
- [34] 黄志强. 胆管损伤: 肝胆外科永久的议题[J]. 中华普通外科杂志 2001, 16(6): 371-373.
- [35] 黄志强. 肝门部胆管癌[J]. 中华消化外科杂志 2013, 12(3): 166-169.
- [36] 许军, 王知非, 刘昶, 等. 腹腔镜在肝门部胆管癌切除术中的应用[J]. 中华腔镜外科杂志 2010, 3(3): 241-243.
- [37] 朱安东, 刘奇, 陈德兴. 腹腔镜辅助下肝门部胆管根治术 38 例[J]. 中国微创外科杂志 2012, 12(9): 783-786.

(收稿日期: 2013-07-03 修回日期: 2013-09-13)