

· 临床研究 ·

腹腔镜治疗急性盆腔炎的临床分析

陈 璞, 张庆华

(武汉市中心医院妇产科 430014)

摘要:目的 探讨急性盆腔炎早期行腹腔镜检查治疗的临床意义及效果。方法 选择 25 例 2006 年 7 月至 2008 年 7 月急性盆腔炎的患者,比较腹腔镜治疗的患者与抗生素保守治疗的治疗效果、结局以及随访情况。结果 腹腔镜组的患者腹痛消失时间、体温恢复时间、白细胞恢复时间及住院天数均明显优于对照组,且治疗后复发情况明显低于对照组,输卵管通畅率显著大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 腹腔镜手术是诊断治疗急性盆腔炎安全有效的手段。

关键词:腹腔镜手术;急性盆腔炎;早期治疗

中图分类号:R711.33;R713.1

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2009)24-3082-02

Clinical investigation of laparoscopic treatment in acute pelvic inflammatory disease

CHEN Ying, ZHANG Qing-hua

(Department of Obstetrics and Gynecology, Wuhan Municipal Central Hospital, Wuhan 430014, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical significance and effect of early laparoscopic examination and treatment in acute pelvic inflammatory disease. **Methods** Twenty-five patients with acute pelvic inflammatory disease hospitalized in our hospital from July 2006 to July 2008 were selected. The effects of treatment, outcome and follow-up visit were compared between the groups of laparoscopic treatment and antibiotic treatment. **Results** The group of laparoscopic treatment was superior to the group of antibiotic treatment in disappearance time of abdominal pain, recovery time of temperature and white blood cell, days of hospitalization. Furthermore, there were obviously fewer recurrence and higher tubal patency rate in the group of laparoscopic treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** The laparoscopic surgery is a safe and effective treatment for acute pelvic inflammatory disease.

Key words: laparoscopic surgery; acute pelvic inflammatory disease; early treatment

急性盆腔炎为妇科常见病,是由多种病原体混合感染女性内生殖系统及周围的结缔组织、盆腔腹膜而发生的炎症,由于其临床表现可不典型,容易造成误诊或漏诊,延误治疗时机,以致患者发生不孕症、异位妊娠、持续盆腔炎、盆腔痛等多种不良后果。腹腔镜和保守治疗是治疗盆腔炎的主要手段,目前两种方法治疗效果的比较研究较少,不利于临床工作的开展,为此进行了两种治疗方法的临床比较分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2006 年 7 月至 2008 年 7 月本院收治的急性盆腔炎的患者 25 例,其中腹腔镜手术组 13 例,传统方式治疗 12 例为对照组。均有性生活史,症状均为下腹痛、畏寒发热、阴道分泌物增多或脓性白带,体征为宫颈举痛、子宫附件压痛,妇检可扪及盆腔界限不清的触痛包块,B 超提示盆腔有局限性包块。两组患者的一般情况比较如下,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 患者分组及基本情况

组别	n	有生育要求者	年龄(岁)	白细胞数($\times 10^9/L$)	平均体温($^{\circ}C$)	后穹窿穿刺抽出脓液例数
腹腔镜组	13	7	32.2	9.0~16.5	38.1	9
对照组	12	4	32.5	8.0~15.4	38.0	8

1.2 方法

1.2.1 腹腔镜组方法 采用气管插管全麻,患者取膀胱结石头低臀高位。常规消毒铺巾,沿脐下缘切开皮肤及筋膜约

10mm,建立 CO₂ 气腹后,于脐缘切口处置入 Trocar,进腹腔镜,并在两下腹麦氏点处作 2 个操作孔,左 10mm、右 5mm、分别置入 Trocar,进操作器械。镜下依次探查子宫、双侧输卵管卵巢、子宫直肠陷凹的解剖位置,分离粘连,吸出脓液,恢复盆腔正常解剖结构,清除盆腔内坏死炎症组织碎片取出的脓苔或碎片做细菌培养及药敏试验。若输卵管积脓,对于无生育要求的患者,可行患侧输卵管切除术,对于有生育要求的患者,尽量保留输卵管,必要时可行患侧输卵管造口术,以甲硝唑及生理盐水反复冲洗盆腔,吸尽盆腔积液,手术结束前从左下腹切口置腹腔引流管引流,术后 48~72h 拔除,术后根据药敏试验选择二联或三联抗生素联合治疗,并加强补液支持治疗,监测血象。

1.2.2 对照组方法 根据药敏试验选择二联或三联抗生素联合治疗。

1.2.3 随访 两组患者出院后门诊随访半年,有生育要求者,出院后 1 个月行输卵管通液术。

1.3 统计学方法 结果以 $\bar{x} \pm s$ 表示,用 SPSS13.0 软件对数据进行处理。采用 t 检验及 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 住院情况比较 腹腔镜组患者术中均未中转开腹,术中腹腔镜下均发现有不同程度的输卵管炎的表现,诊断明确,直接清除病灶后,根据术中采取感染部位的分泌物作培养及药敏试验,术后给予抗生素巩固治疗。术中、术后未出现并发症,手术时间平均约 1h,术中出血约 30mL。对照组的患者根据一系

列实验室检查后进行抗生素联合用药,在治疗的过程中需反复监测血象、B超,以明确诊断,并根据症状体征及药敏试验随时调整抗生素,用药时间相对较长,其中有 2 例因保守治疗不理想,行开腹手术治疗。根据表 2 的数据可见,腹腔镜组的患者腹痛消失时间、体温恢复时间、白细胞恢复时间均明显少于对照组,即患者的症状体征及实验室检查指标较对照组更快的恢复到正常范围,因此住院天数也明显少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 不同组别患者住院情况(d)

组别	腹痛消失时间	白细胞恢复时间	体温降至正常时间	住院天数
腹腔镜组	1.50±0.54	1.69±0.60	1.81±0.56	5.77±0.60
对照组	3.55±1.59	3.92±1.44	5.08±1.82	10.25±2.70

2.2 出院随访情况比较 根据表 3 的数据可见,腹腔镜组的患者预后更好,复发率低,减少了患者的痛苦。尤其对有生育要求的患者,输卵管通畅率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 不同组别患者随访情况

组别	复发例数	输卵管通畅例数	输卵管通畅率(%)
腹腔镜组	0	5	71.43
对照组	2	1	25.00

3 讨 论

随着急性盆腔炎的发病率上升,盆腔炎在妇科急腹症中居首位^[1]。若急性盆腔炎未得到及时彻底的治疗,则转为慢性盆腔炎,往往经久不愈,并可反复发作,导致患者慢性盆腔疼痛,常引起下腹坠胀不适,腰骶部疼痛,使患者精神不振,易疲倦,若输卵管粘连阻塞可导致不孕或输卵管妊娠。它不仅威胁着女性生殖健康,而且严重地影响了女性的生活质量,增加家庭与社会经济负担。引起盆腔炎的病原体很多,据西方国家报道,盆腔炎的主要病原体是衣原体及淋病奈瑟菌^[2]。在我国,衣原体及淋病奈瑟菌引起的盆腔炎也明显增加,已引起人们重视。淋病奈瑟菌及衣原体感染的特点是侵袭生殖、泌尿系统黏膜的柱状上皮与移行上皮,可到达输卵管,感染后引起的免疫反应可损伤输卵管,若长期或反复感染,可进一步加重输卵管损伤,严重破坏输卵管黏膜结构及功能,并可引起盆腔广泛粘连^[3]。盆腔脓肿是急性盆腔炎病程中炎症局限化的一个过程,脓肿壁组织会有大量的致病菌,脓肿壁的形成抑制宿主吞噬细胞的入侵。

急性盆腔炎的传统治疗方式是以抗生素治疗为主,对于轻微病例,经抗生素治疗后,也可以清除病原体,在一定程度上改善症状及体征。但对于复杂的混合感染较重的病例,尤其是发生盆腔脓肿的病例,单纯药物治疗不能及时清除局部病灶,疗程长,疗效欠佳,如果药物治疗无效,形成的盆腔脓肿一旦未得到有效控制发生破裂,可发生弥漫性腹膜炎,严重者可导致中毒性休克,危及患者生命。而此时再选择手术治疗,手术难度增大,对手术操作者的要求增高,粘连更加难以分离,输卵管、卵巢的破坏程度加重,术后易发生盆腔粘连、不孕不育、输卵管

妊娠等远期并发症,且盆腔炎的复发率增高,增加了患者的痛苦。

腹腔镜手术作为内镜手术的重要组成部分,已经成为外科革命的先锋,正逐步成为许多妇科手术治疗的新模式^[4]。在盆腔炎诊断困难或发生盆腔脓肿时采用腹腔镜手术探查,诊断准确,可直接了解急性盆腔炎的病变范围、程度,并能直接采取感染部位的病原体做培养及药敏,在明确诊断的同时,可早期进行及时相应的外科治疗,选择适当的抗生素,改善患者的预后。作者的研究发现:腹腔镜组由于诊断更早明确,减少了治疗的盲目性,且直接清除脓肿坏死物及渗出物后,可通过周围细胞的再生及修复,使其正常生理结构和功能得以恢复。腹腔镜手术创伤小,出血少,切口感染较少,手术安全有效。因此,腹腔镜手术是急性盆腔炎诊断的金标准,对于临床诊断不明确,盆腔包块较大,反复发作的及有生育要求的患者应考虑积极手术治疗^[5]。患者的生育能力取决于双侧输卵管的破坏程度,炎症导致的盆腔组织间的粘连、输卵管卵巢解剖的改变、输卵管伞端的闭锁均导致了患者受孕能力的下降。Dellenbach 等^[6]发现腹腔镜手术在盆腔炎急性期组织间粘连分离很容易,而就炎症的卡他渗出、化脓、粘连及脓肿形成的各期而言,在腹腔镜下早期引流、分离粘连、充分清洗盆腔及灌注抗生素,不仅能促进炎症消退,而且可明显改善和恢复输卵管的功能,为生育提供基本的条件,对无生育要求的患者,在腹腔镜下切除病灶,不仅可加快康复,而且能避免反复发作^[7]。作者的研究发现:腹腔镜组因在疾病早期进行了干预治疗,松解了粘连,还原了解剖,及时对积液的输卵管进行了引流,清除了输卵管内的坏死组织,可保持输卵管通畅,促使输卵管恢复功能,疗效较传统方法为佳,有明显的优势。

综上所述,在急性盆腔炎的早期采用腹腔镜检查治疗,比较其临床症状的消失,实验室检查指标的恢复均明显优于单纯抗生素治疗,并且腹腔镜治疗后效果确切,而保守治疗的疗效需反复检查、监测才能确定,且复发率高,到最后仍有可能手术处理,加重了患者经济及精神上的负担。从术后有生育要求的患者输卵管通畅率的比较来看,腹腔镜能显著改善预后,大大提高受孕率,这对于患有急性盆腔炎且有生育要求的患者来说,无疑是最值得提倡的治疗方式。

目前很多患者对于腹腔镜手术认识不多,还有顾虑,比如手术风险、手术并发症,对于抗生素保守治疗的期望过高,往往耽误了治疗时机,最终导致疾病的延误,产生多种不良后果。通过作者及同行的临床研究,都表明了一个观点:腹腔镜手术治疗急性盆腔炎能缩短病程,降低盆腔炎症反应,减少盆腔粘连及慢性盆腔痛,疗效显著,具有较好的临床应用价值,慎重把握好手术时机可降低手术风险^[8]。

参考文献:

[1] 李晓筑. 妇科急腹症的临床鉴别诊断[J]. 实用妇产科杂志, 2000, 16(1): 46.
 [2] Sivalinqam N, Vanitha NS, Loh KY. Managing pelvic inflammatory disease [J]. Med J Malaysia, 2007, 62(5): 425.
 [3] 丰有吉. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 237. (下转第 3086 页)

水平、医疗技术的提高,全市新生儿死亡率逐年下降,且低于全国平均水平。地域分布上,城乡之间新生儿死亡率差异有统计学意义,乡村新生儿死亡率远高于城镇,降低新生儿死亡率关键在于降低乡村新生儿死亡率;加快城乡统筹步伐,提高乡村经济文化水平,改善交通、医疗、保健条件尤为关键。从年龄分布上,早期新生儿(78.33%)占死亡新生儿绝大多数,尤其是生后 24h 是死亡关键时段,提示减少新生儿死亡的关键在于早期,重点在于加强高危新生儿的识别、转诊与救治,提高早期新生儿监护水平,加强科学喂养宣教等等。

3.2 死亡新生儿出生地点构成比及不同级别助产机构新生儿死亡率分析 (1)死亡新生儿家中分娩构成比逐年下降,提示随着我市住院分娩的广泛宣传,新型农村合作医疗,贫困孕产妇住院救助等政策的推广,住院分娩率逐步提高,家中分娩新生儿减少,这是新生儿死亡率下降的重要原因。(2)随着住院分娩人数的提高,在医院分娩的新生儿死亡人数也逐年增加;且乡镇、区县级医院的新生儿死亡率明显高于省级,提示基层产、儿科基础建设薄弱,人员配备不足,专业技能偏低^[2]。建议加强基层医院产、儿科建设,加大专业技术队伍的培育,提高围产期医疗、急救水平,保证母婴安康,降低新生儿死亡率。

3.3 新生儿死因分析 2004~2008 年出生窒息、早产低出生体重儿、先天畸形、肺炎、意外死亡一直位居新生儿死因前 5 位,且顺位不变。不同级别的医院,死因构成顺位有所不同。新生儿出生窒息高居我市新生儿死因榜首,在区县级、乡镇级医院死因构成中位居第 2,在家中及途中位居第 1;这与国内一些省市新生儿死亡分析结果相同^[3-4]。预防出生窒息的重点:(1)提高基层医院产科质量,加强产前监护,高危识辨,高危转诊,尽量减少窒息发生;(2)强化新生儿窒息复苏培训,提高复苏成功率;(3)加强产儿科围产期配合,推行儿科医师进产房、手术室等;同时继续提高住院分娩率。

近年来先天畸形的死因构成逐渐上升,尤其是在省级医院,占死因构成第一位,考虑原因:(1)各级医院尤其是省级医疗机构产前筛查技术的提高,彩超及三维 B 超的普及;(2)出生缺陷监测日益被重视,先天畸形死亡漏报减少;(3)环境污染、各种有害物质增加;(4)一些社会因素使家长放弃一些本可以存活的先天畸形(如唇腭裂)患儿。政府应在出生缺陷的一、二级预防上加大投入,加强婚前检查,孕期宣教,提倡优生优育,减少出生缺陷发生。提高产前筛查及诊断的质量,建议在

全市普及孕产妇免费孕中期彩超筛查,及时诊断及终止异常妊娠,减少出生缺陷的发生。

早产低出生体重儿占区县及乡镇级医院死因首位,而在省级医院则为第 2 位,提示不同级别的医院由于技术、人力、设备不同,早产儿存活机会不同。加强新生儿科建设,开展产前检查,孕期保健,健康宣教,预防早产或低出生体重儿的出生是降低新生儿死亡率的重要手段。

新生儿意外死亡始终位于死因第 5 位,且有上升趋势。我市新生儿意外死亡绝大多数是意外窒息,其余还有药物中毒、跌落等,较多发生在农村。意外窒息多为监护不力导致。提示应加强新生儿护理知识的宣教,提高监护人防范能力,推行新生儿访视,普及新生儿急救知识等等。

3.4 死前未治疗情况分析 有 16.3% 的死亡新生儿死前未经任何治疗,这个比例大于一些省市^[5-6]比例;未治疗原因主要为来不急送医院,家长认为病情不重。建议采取加强围产期健康宣教,提高家长意识,减少家中分娩比例措施。

(致谢:感谢全市儿童死亡监测战线上的妇幼卫生管理及工作人员为本文基础数据收集做出的贡献!)

参考文献:

- [1] 全国妇幼卫生监测办公室,全国妇幼卫生年报办公室 [C]. 全国妇幼卫生监测暨年报资料汇编,2008;38.
- [2] 龚智,潘建波,邹明,等. 重庆市区县级妇幼保健机构资源配置综合评价与分析[J]. 中国卫生事业管理,2007,23(2):82.
- [3] 霍慧钦,石新民. 2000~2005 年新生儿死亡情况分析[J]. 中国妇幼保健,2008,23(7):950.
- [4] 顾宇静. 1107 例新生儿死亡监测分析(无锡市 2000~2006 年新生儿死亡进行回顾性分析)[J]. 中国实用医药,2008,3(23):351.
- [5] 刘红. 甘肃省 2004~2007 年新生儿死亡监测系统分析[J]. 中国新生儿科杂志,2009,24(2):75.
- [6] 孔繁香. 黑河 2004~2006 年度 0~4 岁儿童死亡分析[J]. 中国妇幼健康研究,2008,19(3):921.

(收稿日期:2009-06-05)

(上接第 3083 页)

- [4] 郎景和. 新世纪的妇科腹腔镜手术[J]. 继续医学教育,2005,19(5):1.
- [5] 金丽萍,冯力民,梁竹巍,等. 腹腔镜手术在急性盆腔炎诊断和治疗中的应用[J]. 中国内镜杂志,2008,14(7):759.
- [6] Dellenbach P, Muller P, Philippe E. Infections utero annexielles aigues [J]. Encycl Med Clair Paris Gynecol,

1972,470(8):1410.

- [7] 施永鹏,陆勤,王敏芳,等. 腹腔镜诊治盆腔脓肿 59 例分析[J]. 现代妇产科进展,2002,11(6):459.
- [8] 陈晨,张震宇,王淑珍,等. 腹腔镜手术治疗急性盆腔炎的临床价值[J]. 中国妇幼保健,2007,22(21):3010.

(收稿日期:2009-07-13)