

〔文章编号〕 1007-0893(2020)22-0152-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.069

## 腹腔镜再通术治疗输卵管梗阻性不孕症的疗效

杨巧妹 李 华 陈 丽

(福建省妇幼保健院, 福建 福州 350001)

〔摘要〕 **目的:** 观察腹腔镜再通术治疗输卵管梗阻性不孕症的疗效。**方法:** 选取福建省妇幼保健院2016年1月至2019年6月收治的70例输卵管梗阻性不孕症患者为研究对象, 根据不同手术方式分为两组, 其中35例行腹腔镜再通术为观察组, 而另35例行开腹下输卵管再通术为对照组, 比较两组患者治疗效果。**结果:** 观察组平均手术时间、术中平均出血量、术后首次排气时间以及术后平均住院时间均优于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者术后24 h白细胞计数、中性粒细胞比例均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组术后并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 输卵管梗阻性不孕症患者腹腔镜再通术治疗效果明显优于开腹手术治疗效果。

〔关键词〕 输卵管梗阻性不孕症; 腹腔镜再通术; 开腹手术

〔中图分类号〕 R 713.7 〔文献标识码〕 B

女性不孕症是指1年内正常性生活未避孕未孕, 其发生因素多见, 最常见的病因为输卵管梗阻。输卵管梗阻性不孕症的发生与女性盆腔炎、阴道炎未及时行有效治疗有关, 精子与卵细胞无法结合或受精卵无法运送, 有效行胚胎发育。目前该病临床治疗包括药物治疗、通液、理疗及手术治疗, 而传统的开腹手术治疗为输卵管梗阻性不孕症常用的手术方式, 但是手术对患者机体造成的创伤刺激大, 可在患者腹壁遗留疤痕<sup>[1]</sup>。本研究比较本院2016年1月至2019年6月收治的70例分别行传统开腹手术以及腹腔镜再通术的输卵管梗阻性不孕症患者相关手术指标、手术前后炎症因子以及术后并发症发生情况。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取本院2016年1月至2019年6月收治的70例输卵管梗阻性不孕症患者为研究对象, 按照术式分为对照组( $n = 35$ )与观察组( $n = 35$ ), 观察组行腹腔镜再通术治疗: 该组女性年龄为24~34岁、平均( $30.52 \pm 1.42$ )岁, 病程1~7年, 平均病程( $4.12 \pm 0.11$ )年。对照组行开腹下输卵管再通术治疗: 该组女性年龄为24~35岁、平均( $30.51 \pm 1.41$ )岁, 病程1~8年, 平均病程( $4.14 \pm 0.14$ )年。两组患者年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 参考《妇产科学》中输卵管梗阻性不孕症相关临床诊断标准<sup>[2]</sup>, 结合患者婚育史以及相关检查结果均确诊输卵管梗阻性不孕症。(2) 患者均知情同

意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 排除其他原因所致不孕症患者。(2) 排除伴严重子宫内异位症或其他妇科疾病患者。(3) 排除伴严重心脑血管疾病患者。(4) 排除术前血流变学各项检测指标异常患者。

#### 1.3 方法

1.3.1 观察组 行腹腔镜再通术治疗, 患者麻醉起效后取仰卧位, 于患者脐下做一长约10 mm的弧形手术切口, 经该切口置入气腹针、充入二氧化碳以建立气腹, 气腹压力维持在10 mmHg, 而后置入腹腔镜, 在腹腔镜下观察患者子宫前壁、盆腔有无粘连以及粘连程度。于患者下腹左右两侧麦氏点分别做一长约5 mm的手术切口, 置入操作器械。经宫颈注射美蓝液以探寻输卵管阻塞部位, 在输卵管浆膜下注入适量0.9%氯化钠注射液, 以将血管与浆膜层分离, 电钩游离并修剪输卵管粘连组织, 从而使伞部恢复正常形态, 切除输卵管阻塞段, 应用可吸收线局部采取间断缝合法缝合浆膜层, 若发现局部存在出血点, 应采取电凝止血。对于伞部功能完全丧失的患者, 应自壶腹部纵形切开并外翻缝合以塑造一个新伞, 再疏通治疗结束后灌注美蓝溶液以观察输卵管是否畅通, 并使用0.9%氯化钠注射液反复冲洗盆腹腔, 在确保局部无活动性出血的前提下, 将相关手术器械取出, 同时释放二氧化碳气体。

1.3.2 对照组 行开腹下输卵管再通术, 在患者月经干净后3 d行开腹手术, 于患者腹部正中做一长约8 cm的手术切口, 肉眼直视盆腔系统组织病变, 进入腹腔, 纱布垫包绕肠并推至上腹部, 与子宫直肠窝填塞纱布以使子宫、输卵管充分暴露, 检查患者输卵管粘连程度, 应用解剖剪刀局部

〔收稿日期〕 2020-09-06

〔作者简介〕 杨巧妹, 女, 住院医师, 主要从事妇产科工作。

锐性分离，同时纠正输卵管异常弯曲，向子宫体注入美蓝液体以判断输卵管畅通情况，在确保输卵管畅通的前提下逐层关闭术腔。

1.4 观察指标

(1) 比较两组平均手术时间、术中平均出血量、术后首次排气时间以及术后平均住院时间等手术指标。(2) 比较两组患者入院时、术后 24 h 白细胞计数以及中性粒细胞比例变化情况。(3) 比较两组患者术后并发症发生情况。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术相关指标比较

观察组患者平均手术时间比对照组短、术中平均出血量比对照组少、术后首次排气时间比对照组早、术后平均住院时间比对照组短，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者相关手术相关指标比较 (*n* = 35,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	平均手术时间 /min	术中平均出血量 /mL	术后首次排气时间 /h	术后平均住院时间 /d
对照组	90.24 ± 10.26	65.42 ± 4.25	52.42 ± 3.44	8.24 ± 1.33
观察组	58.42 ± 10.24 <sup>a</sup>	35.42 ± 4.26 <sup>a</sup>	35.21 ± 3.42 <sup>a</sup>	5.12 ± 1.32 <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05

2.2 两组患者手术前后白细胞计数、中性粒细胞比例变化情况比较

观察组患者术后 24 h 白细胞计数、中性粒细胞比例均比对照组患者高，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者手术前后白细胞计数、中性粒细胞比例变化情况比较 (*n* = 35,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	白细胞计数 / $\times 10^9 \cdot L^{-1}$	中性粒细胞比例 /%
对照组	术前	5.29 ± 0.23	43.57 ± 1.12
	术后 24 h	6.03 ± 0.33	62.03 ± 2.33
观察组	术前	5.26 ± 0.24	43.58 ± 1.11
	术后 24 h	8.23 ± 0.34 <sup>b</sup>	70.78 ± 2.35 <sup>b</sup>

与对照组术后 24 h 比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05

2.3 两组患者术后并发症发生情况比较

观察组术后并发症发生率为 8.57% (3/35)，低于对照组的 31.43% (11/35)，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生情况比较 (*n* = 35, 例)

组别	腹痛	宫腔感染	阴道出血	并发症发生 / <i>n</i> (%)
对照组	4	4	3	11(31.43)
观察组	1	1	1	3( 8.57) <sup>c</sup>

与对照组比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05

3 讨论

输卵管梗阻性不孕症患者以下腹隐痛、腰痛以及月经异常为典型症状，在影响患者正常生育的同时可为患者精神带来较大的压力，输卵管梗阻性不孕症传统治疗为开腹手术，开腹手术对腹膜组织造成的损伤大，腹膜组织主要组成细胞为间质细胞，同时间质细胞也是腹膜吞噬细胞主要靶器官<sup>[3-4]</sup>。开腹手术患者腹膜遭受较大破坏后，可降低腹膜吞噬细胞吞噬功能，开腹手术治疗过程中术腔长期暴露在空气状态，可增加患者宫腔感染风险，此外，传统开腹手术是在操作者肉眼直视下实施，与腹腔镜再通手术治疗相比，术中操作精准度低，输卵管梗阻性不孕症患者腹腔镜再通手术相关手术操作均在腹腔镜下完成的，腹腔镜的应用有利于医师准确判断输卵管梗阻类型、输卵管梗阻范围，同时有利于医师在手术实施过程中全面、彻底的将输卵管梗阻部分进行分离，降低术中操作对患者机体造成的损伤，有利于患者机体免疫能力的提升<sup>[5-6]</sup>。本研究显示观察组患者术中出血量少，手术时间以及住院时间均比对照组短，此外，观察组患者术后 24 h 白细胞计数以及中性粒细胞比例显著升高，且观察组术后并发症发生率均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

综上所述，输卵管梗阻性不孕症患者腹腔镜再通术治疗效果明显优于开腹手术治疗效果。

[参考文献]

- 赵媛媛, 李晶, 高福贤, 等. 腹腔镜再通术治疗输卵管梗阻性不孕症的疗效 (J). 中国现代医学杂志, 2020, 30(11): 65-68.
- 乐杰. 妇产科学 (M). 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 351.
- 康敏霞. 宫腹腔镜输卵管再通术联合康妇炎胶囊治疗输卵管通而不畅性不孕的效果 (J). 河南医学研究, 2020, 29(4): 623-625.
- 刘少霞, 全秀玲. 康妇炎胶囊联合宫腹腔镜再通术治疗输卵管通而不畅性不孕的临床疗效及对再通率和妊娠率的影响 (J). 中国妇幼保健, 2018, 33(12): 2676-2678.
- 陈洁. 输卵管再通术治疗不孕症介入护理分析 (J). 中国卫生标准管理, 2016, 7(14): 175-176.
- 黎玉媚, 龚菊平. 介入再通术治疗输卵管阻塞性不孕症的护理 (J). 中国现代药物应用, 2015, 9(16): 176-177.