

参考文献

[1] 中国合格评定国家认可委员会. CNAS-CL02 2012 医学实验室质量和能力认可准则[S]. 北京:中国合格评定国家认可委员会,2012.

[2] Clinical and Laboratory Standards Institute. EP5-A2 Evaluation of precision performance of quantitative measurement methods[S]. Wayne,PA:CLSI,2004.

[3] 中国合格评定国家认可委员会. CNAS-CL38 2012 医学实验室质量和能力认可准则在临床化学检验领域的应用说明[S]. 北京:中国合格评定国家认可委员会,2012.

[4] Clinical and Laboratory Standards Institute. EP15-A2 Us-

er demonstration of performance for precision and accuracy[S]. Wayne,PA:CLSI,2004.

[5] 中国国家标准化管理委员会. GB/T 20470-2006 临床实验室室间质量评价要求[S]. 北京:中国国家标准化管理委员会,2006.

[6] Clinical and Laboratory Standards Institute. EP6-A2 Evaluation of the linearity of quantitative measurement procedures[S]. Wayne,PA:CLSI,2003.

[7] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:1016-1024.

(收稿日期:2015-12-10 修回日期:2016-02-03)

• 临床探讨 •

两种手术方式治疗宫外孕的疗效分析及对患者术后受孕率的影响

束晓明(南京医科大学附属淮安第一医院妇产科,江苏淮安 223300)

【摘要】 目的 比较对宫外孕患者采用腹腔镜手术与开腹手术治疗的临床效果及其对术后受孕率的影响。**方法** 随机选取该院于 2013 年 2 月至 2015 年 2 月收治宫外孕患者 80 例,根据随机数字表法分为研究组(采用腹腔镜手术治疗)与对照组(采用开腹手术治疗),每组各 40 例,随访 1 年,对比两组的治疗效果及受孕率。**结果** 研究组的平均手术时间、术中出血量、留置导尿时间、肛门排气时间、下床活动时间及住院时间均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);研究组的输卵管再通率、术后受孕率分别为 75.00%、62.50%,显著高于对照组的 52.50%、37.50%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 相对于开腹手术,对宫外孕患者采用腹腔镜手术治疗,具有创伤小、恢复快、安全性高等优点,且能有效提高术后的输卵管再通率,有利于提高术后受孕率,值得推广。

【关键词】 宫外孕; 腹腔镜手术; 开腹手术; 受孕率

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)10-1406-03

宫外孕是指孕卵在子宫腔以外着床发育的过程,常见于输卵管,在输卵管妊娠流产前无明显症状,但在流产时可表现出剧烈腹痛、阴道出血等症状^[1]。近年来,随着宫外孕发生率的不升高,严重威胁女性的身心健康,受到临床的高度重视^[2]。临床研究表明,宫外孕发生率的升高可能和现代婚育观念改变及女性人工流产率升高有关^[3]。手术是治疗宫外孕最有效的手段之一,而手术方式的合理选择不仅关系到女性的生殖系统功能及机体的恢复,还关系到女性术后的再孕能力^[4]。临床中治疗宫外孕的常规手段为开腹手术,该手术虽能取得较好的治疗效果,但存在手术创伤大、出血多、恢复慢及输卵管再通率低等缺陷,且术后受孕率较低,故限制了该手术的应用。随着腹腔镜技术的不断成熟,在宫外孕临床中开始得到应用^[5]。为了对比对宫外孕患者采用腹腔镜手术与开腹手术治疗的临床效果及对术后受孕率的影响,本院对 80 例患者进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取本院于 2013 年 2 月至 2015 年 2 月收治的宫外孕患者 80 例,患者均符合《妇产科学》关于宫外孕的诊断标准^[6]。根据随机数字表法将患者分为研究组与对照组,每组各 40 例。研究组:年龄 21~40 岁,平均(30.5±1.8)岁;停经时间 32~58 d,平均(44.3±0.5)d;经产妇 11 例,初产妇 29 例;输卵管壶腹部妊娠 29 例,输卵管峡部妊娠 5 例,输卵管伞部妊娠 3 例,其他部位妊娠 3 例。对照组:年龄 22~39

岁,平均(29.7±1.6)岁;停经时间 28~59 d,平均(43.2±0.5)d;经产妇 9 例,初产妇 31 例;输卵管壶腹部妊娠 27 例,输卵管峡部妊娠 6 例,输卵管伞部妊娠 4 例,其他部位妊娠 3 例。两组患者的年龄、停经时间、产次、妊娠部位比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)符合《妇产科学》关于宫外孕的诊断标准者;(2)均经常规妇科检查、B 超及血绒毛膜促性腺激素检查等确诊者;(3)均为有生育要求者;(4)均签署知情同意书者。排除标准:(1)手术治疗依从性差者;(2)难以耐受手术者;(3)合并严重性心、肝、肾功能不全者;(4)有严重性精神障碍者。

1.3 方法 研究组给予腹腔镜手术治疗,行腰硬联合麻醉,取臀高头低位。首先,于脐孔进行气腹针刺穿,并注入二氧化碳,使腹腔内的压力维持在 1.6 kPa 左右,其次自原穿刺部位刺入腹腔 10 mm Trocar 孔,同时置入腹腔镜进行探查。然后转头低位,分别在患者下腹两侧作第 2、3 穿刺孔,最后置入 5 mm 第 2、3 穿刺孔作为手术操作口。术中,应根据腹腔镜探查情况选择相应的术式。对于行输卵管切除术者,应沿着输卵管系膜进行电凝电切;对于输卵管病灶清除术者,应于妊娠物部位输卵管系膜对侧缘行纵性切口 2 cm,取出输卵管内妊娠物后电凝止血,冲洗盆腹腔后关腹。对照组给予开腹手术治疗,行连续硬膜外麻醉,取平卧位,下腹正中处横切口 5~8 cm,逐层开腹进入腹腔,对于输卵管切除术者应沿着输卵管系膜进行切断

及缝扎,而对于行输卵管病灶清除术者,应采用切开输卵管取胚术,然后冲洗盆腹腔后关腹。两组患者术后均予以生理盐水冲洗腹腔,并常规给予抗菌药物治疗。

1.4 观察指标 观察和比较两组患者的术中情况(平均手术时间、术中出血量)、术后恢复情况(留置导尿时间、肛门排气时间、下床活动时间、住院时间)。随访 1 年,对比两组患者的输卵管再通与术后受孕(宫内妊娠、异位妊娠)情况。

1.5 统计学处理 用 SPSS22.0 软件进行统计,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术中情况 研究组的平均手术时间、术中出血量均少于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组术中情况的对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(mL)
研究组	40	42.57 ± 12.62*	48.62 ± 5.68*
对照组	40	72.85 ± 16.27	165.28 ± 18.62

注:与对照组对比,* $P < 0.05$ 。

2.2 术后情况 研究组的留置导尿时间、肛门排气时间、下床活动时间及住院时间均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后情况的对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	留置导尿时间(h)	肛门排气时间(h)	下床活动时间(h)	住院时间(d)
研究组	40	8.46 ± 2.38*	12.64 ± 2.10*	8.93 ± 1.39*	3.76 ± 2.57*
对照组	40	16.58 ± 4.26	22.63 ± 3.68	23.69 ± 4.12	7.48 ± 3.63

注:与对照组对比,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组的输卵管再通率与术后受孕率 研究组的输卵管再通率、术后受孕率分别为 75.00%、62.50%,显著高于对照组的 52.50%、37.50%,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者输卵管再通率与术后受孕率的对比[n(%)]

组别	n	输卵管再通率	术后受孕率		
			宫内妊娠	异位妊娠	总受孕率
研究组	40	30(75.00)*	19(47.50)*	6(15.00)	25(62.50)*
对照组	40	21(52.50)	9(22.50)	6(15.00)	15(37.50)

注:与对照组对比,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

宫外孕是一种常见的妇科急症,多是因输卵管管腔及其周围的炎症使管腔堵塞,导致孕卵运行失常,并在子宫腔以外停留、着床及发育,最终引起输卵管妊娠流产或破裂^[7]。早期宫外孕无典型症状,但随着孕卵的不断发育,会引起输卵管破裂,从而可表现出剧烈腹痛、阴道大出血等症状,若得不到及时有效的治疗,甚至会对患者的生命安全造成威胁。手术是临床治疗宫外孕最有效的治疗手段之一,尤其是部分不宜药物治疗或药物治疗失败的患者,手术治疗可获得药物治疗无法代替的治疗效果^[8]。对宫外孕的常规手术治疗方法为开腹手术,虽能取得较好的治疗效果,但开腹手术存在手术创伤大、出血多、术后

恢复缓慢等缺陷,而且开腹手术在术中因视野局限,难以彻底清除积存在深部的胚胎组织及血块,还容易引发盆腔输卵管粘连、感染、切口脂肪液化等并发症,不利于患者术后的恢复。另外,开腹手术的术后瘢痕较大,会影响外观的美观性,不被患者所接受。需要注意的是,开腹手术的输卵管再通率、术后再孕率较低,对于有生育要求的患者难以接受,从而限制了开腹手术在宫外孕临床中的应用。

腹腔镜手术是一种微创手术,随着近年来腹腔镜技术在妇产科临床中的应用及发展,腹腔镜手术在宫外孕的临床中受到人们的高度重视^[9]。本研究中,研究组的平均手术时间、术中出血量分别为(42.57 ± 12.62)min、(48.62 ± 5.68)mL,均显著少于对照组的(72.85 ± 16.27)min、(165.28 ± 18.62)mL,说明腹腔镜手术具有操作简便、术中出血少等优点,主要是由于腹腔镜技术可实现对临床表现不明显者进行早期探查,可提高宫外孕的诊断水平,视野清晰,更有利于手术操作,且在术中只需建立 3~4 个 Trocar 孔,无需切口,所以术后出血较少。本研究结果还表明,研究组的留置导尿时间、肛门排气时间、下床活动时间、住院时间分别为(8.46 ± 2.38)、(12.64 ± 2.10)、(8.93 ± 1.39)h 和(3.76 ± 2.57)d,均显著短于对照组的(16.58 ± 4.26)、(22.63 ± 3.68)、(23.69 ± 4.12)h 和(7.48 ± 3.63)d,说明腹腔镜手术更有利于促进患者术后的恢复。由于腹腔镜手术是在封闭的盆腔内进行的,能有效避免开腹手术中脏器暴露在空气中及纱布、手套对腹腔脏器组织的影响,有利于避免或减少输卵管及周围组织粘连等并发症的发生;且在腹腔镜下可以更加彻底、全面地进行膀胱及腹腔出血的冲洗,能有效避免或减少妊娠胚胎组织、凝血块的残余,加之手术对患者的创伤比较小,从而有利于促进患者术后的恢复^[10]。另外,腹腔镜手术后无明显腹部瘢痕与伤口牵扯痛,能有效保持患者术后腹部外形的美观性。

本研究中,研究组的输卵管再通率、术后受孕率分别为 75.00%、62.50%,显著高于对照组的 52.50%、37.50%,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明腹腔镜手术较开腹手术更有利于促进患者术后输卵管再通及提高受孕率。主要是由于在腹腔镜手术中,可借助电视屏幕使输卵管放大,不仅可以清楚地显示及清除积存在深部的胚胎组织、血块及残余于管腔中的绒毛组织,还能有效保留患者的输卵管,有利于提高患者术后的受孕率,对于术后有生育要求的患者非常重要。腹腔镜手术能更加彻底地清除管腔内残留绒毛,能有效避免阻塞输卵管管腔的情况出现,再加上术后对正常输卵管组织的损伤比较小,能有效促进输卵管恢复正常的解剖关系,故对提高患者的输卵管再通率及术后生殖状态具有重要的意义^[11]。而且在腹腔镜手术中,对于管腔内和切口边缘的出血,能够直接于镜下行双极电凝止血,能有效避免开腹手术缝扎止血时引起的管腔狭窄,能有效避免或减少输卵管粘连的发生,也可避免因开腹手术后形成较大瘢痕阻塞输卵管而影响受孕,从而提高输卵管通畅率。另外,在腹腔镜手术治疗的同时还可进行输卵管通液,使术者在术中能实时了解患者的输卵管通畅情况,为其后续治疗提供合理、可行的指导。虽然腹腔镜手术较开腹手术具有创伤小、出血少、术后恢复快、术后输卵管通畅率高及术后受孕率高等优点,但腹腔镜手术对手术医生的操作能力、操作技巧、临床经验等方面的要求非常高,在术中选择手术方式必须根据患者的妊娠部位进行;对于输卵管壶腹部与峡部妊娠患

者,主张采用输卵管开窗术,而对于伞部妊娠患者,则主张采用输卵管切开手术治疗,应尽量避免使用输卵管切除术,除非对于有严重组织破坏或大出血患者。另外,医师还必须严格掌握腹腔镜手术的适应证才能进行手术。主要适应证包括:(1)早期输卵管妊娠尚未破裂者;(2)早期宫外孕病灶直径不足 5 cm 者;(3)内出血较少,且血流动力学稳定者;(4)无盆腔感染者^[12]。对于周围组织破坏严重患者,为了保证患者的生命安全,应及时进行彻底的手术治疗。另外,在术后还应给予患者随访,指导再次妊娠者及时、定时到院接受检查,避免出现二次宫外孕。

综上所述,相对于开腹手术,对宫外孕患者采用腹腔镜手术治疗,具有手术创伤小、出血少及术后恢复快等优点,且能有效提高患者的输卵管再通率,有利于提高术后受孕率,能很好地满足有生育要求患者的要求,适宜临床推广。

参考文献

[1] 董毅,黄子娇. 急诊腹腔镜与传统开腹手术治疗输卵管异位妊娠疗效观察[J]. 中国妇幼保健,2012,27(9):1403-1404.

[2] 蔡克影,车建华,王红梅,等. 输卵管妊娠腹腔镜手术、开腹手术、药物保守治疗的疗效及其对输卵管再通的影响[J]. 中国内镜杂志,2012,18(3):276-279.

[3] 廖夏群. 腹腔镜治疗输卵管妊娠的临床疗效及对受孕的影响[J]. 临床合理用药杂志,2014,30(27):91-92.

[4] 许小平,范明慧. 腹腔镜手术与开腹手术保守治疗对宫外

孕术后受孕影响的 Meta 分析[J]. 武汉大学学报(医学版),2012,33(6):918-920.

[5] 文立平,刘俊宝,杨佳. 腹腔镜手术与开腹手术治疗异位妊娠临床观察比较[J]. 中国妇幼保健,2012,27(35):5814-5816.

[6] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:51-52.

[7] 武秀娟,张易,郭遂群. 腹腔镜下行保留生育功能的异位妊娠保守治疗临床效果研究[J]. 中国妇幼保健,2013,14(7):1140-1143.

[8] 马红梅. 腹腔镜下异位妊娠病灶清除术对日后生育的保留[J]. 中国医学工程,2013,32(6):38.

[9] 黄兰艳. 腹腔镜手术与传统开腹手术治疗宫外孕的临床疗效比较分析[J]. 中国医学工程,2013,16(8):136.

[10] 骆小英. 腹腔镜手术治疗异位妊娠的疗效分析(附 44 例报告)[J]. 腹腔镜外科杂志,2013,22(8):582-584.

[11] 李秀娟,张嘉冰,杨燕. 高龄产妇异位妊娠经腹腔镜与开腹手术治疗临床疗效对比研究[J]. 中国妇幼保健,2013,25(33):5536-5537.

[12] 杨齐勤,胡南英,孙琳. 腹腔镜与开腹手术、药物保守疗法治疗异位妊娠的疗效对比[J]. 中国妇幼卫生杂志,2014,30(1):68-69.

(收稿日期:2015-12-11 修回日期:2016-01-25)

• 临床探讨 •

RRM1 在卵巢癌中的表达及意义

陆冬梅,于艳丽(河北省唐山市妇幼保健院 063000)

【摘要】 目的 探讨核糖核苷酸还原酶亚单位 1(RRM1)在上皮性卵巢肿瘤组织中的表达及其意义。
方法 免疫组织化学(SP 法)检测 99 例上皮性卵巢癌、30 例卵巢良性肿瘤及 18 例正常卵巢组织中 RRM1 的表达,并分析其异常表达与卵巢癌临床病理特征的关系。
结果 RRM1 在正常卵巢、卵巢良性肿瘤及卵巢癌组织的阳性表达率分别为 5.56%(1/18)、30.00%(9/30)及 61.62%(61/99),差异有统计学意义($P < 0.05$),三组间两两比较发现,卵巢癌 RRM1 阳性表达率明显高于卵巢良性肿瘤及正常卵巢组织,差异有统计学意义($P < 0.05$)。RRM1 表达与病理分级有相关性($P < 0.05$),与患者年龄、FIGO 分期、病理类型、淋巴结转移及大网膜转移无关($P > 0.05$)。
结论 RRM1 在卵巢癌中表达高于卵巢良性肿瘤和正常卵巢组织,有望成为卵巢癌新的早期诊断指标。

【关键词】 核糖核苷酸还原酶亚单位 1; 上皮性卵巢癌; 免疫组织化学

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)10-1408-03

上皮性卵巢癌占原发性卵巢恶性肿瘤的 60%~90%^[1],由于卵巢位于盆腔深部,早期缺乏特异性临床症状,大部分患者就诊时已属晚期,是妇科恶性肿瘤中病死率居第 1 位的恶性疾病^[2]。因此,早期诊断、早期治疗对于提高卵巢癌患者生存率、改善预后有着重要的现实意义^[3-4]。本文通过免疫组织化学法检测上皮性卵巢肿瘤组织中 DNA 损伤修复有关的核糖核苷酸还原酶亚单位 1(RRM1)的表达,并分析二者与卵巢癌患者临床病理因素的关系,探讨 RRM1 在上皮性卵巢癌发生、发展中的作用。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 2004 年 1 月至 2012 年 12 月原发性上皮性卵巢癌组织石蜡标本 99 份。标本来源患者年龄 31~79

岁,平均(54.33±8.52)岁,术前均未经过放、化疗及免疫治疗,其中浆液性囊腺癌 67 例,黏液性囊腺癌 22 例,子宫内膜样癌 4 例,其他 6 例(混合上皮癌 3 例,透明细胞癌 1 例,勃勒纳瘤 2 例);国际妇产科联盟(FIGO)分期 I~II 期 38 例,III~IV 期 61 例;高/中分化 59 例,低分化 40 例;淋巴结转移 31 例,未转移 68 例;大网膜转移 50 例,未转移 49 例。随机选取同期良性上皮性卵巢肿瘤(30 例)及正常卵巢(18 例,因妇科良性病变手术切除)组织石蜡标本作为对照。卵巢良性肿瘤患者年龄 23~54 岁,平均(45.03±3.61)岁;正常卵巢患者年龄 44~60 岁,平均(53.25±5.38)岁,所有标本均经病理科医师证实诊断无误。

1.2 仪器与试剂 免疫组织化学试剂盒购于北京中山生物技术公司,RRM1 兔抗人单克隆抗体、ERCCI 兔抗人单克隆抗体