

## 腹腔镜治疗盆腔脓肿 40 例临床分析

李正芬, 郭遂群

(南方医科大学第三附属医院, 广东 广州 510630)

**[摘要]** **目的** 探讨腹腔镜治疗盆腔脓肿的临床应用价值。**方法** 回顾性分析某院 2005 年 6 月—2008 年 6 月经腹腔镜手术治疗的 40 例盆腔脓肿患者病历资料。**结果** 术中见输卵管及卵巢脓肿并盆腔粘连 10 例, 输卵管积脓 18 例, 直肠子宫陷凹脓肿 12 例。手术成功率 100%。全部患者术后第 2~3 天体温恢复正常, 术后 4 天复查血常规正常。保留输卵管的 30 例患者, 18 例术后 3 个月回院行输卵管通液术, 均示输卵管通畅。术后随访 32 例患者一年, 均无复发, 妊娠 8 例。**结论** 腹腔镜手术是目前较为理想的治疗盆腔脓肿的微创手术方法之一, 有利于保护患者生育功能, 对于未生育者尤为适用。

**[关键词]** 盆腔脓肿; 盆腔炎; 腹腔镜; 微创治疗

**[中图分类号]** R711.33 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-9638(2009)03-0186-03

## Laparoscopic operation in the treatment of 40 cases of pelvic abscess

LI Zheng-fen, GUO Sui-qun (The Third Affiliated Hospital of Southern Medical University, Guangzhou 510630, China)

**[Abstract]** **Objective** To evaluate the clinical value of laparoscopic operation in treating pelvic abscess. **Methods** Clinical data of 40 pelvic abscess patients who received different laparoscopic operations from June, 2005 to June, 2008 were analysed retrospectively. **Results** Among 40 patients, 10 cases were found abscess of fallopian tube and ovary and pelvic cavity adhesion, 18 were pyosalpinx, and 12 were rectouterine excavation abscess. All patients were operated successfully under laparoscope, their body temperature returned to normal after 2~3 days of operation, and blood routine value returned to normal after 4 days of operation. Thirty patients preserved ovaries, 18 patients underwent tubal patent test by liquid instillation showed unobstructed ovaries. One year follow-up of 32 patients showed no recurrent, 8 patients were pregnant. **Conclusion** Laparoscopic operation is one of the ideal therapy for treating pelvic abscess, which is beneficial to the protecting of reproductive function, especially for unmarried patients.

**[Key words]** pelvic abscess; pelvic inflammation; laparoscope; minimally invasive treatment

[Chin Infect Control, 2009, 8(3): 186-188]

急性盆腔炎在妇科急腹症中居首位<sup>[1]</sup>, 部分患者可形成盆腔脓肿。1972 年 Dellen 等<sup>[2]</sup>首先应用腹腔镜处理盆腔脓肿, 随着腹腔镜在妇科应用的普及, 其在盆腔脓肿诊治方面的优势已日见明显, 且在早期明确诊断的同时又能进行必要的手术治疗。我们于 2005 年 6 月—2008 年 6 月采用腹腔镜治疗盆腔炎性包块患者 40 例, 取得良好效果, 现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 资料来源 收集本院 2005 年 6 月—2008 年 6 月经腹腔镜手术治疗的盆腔脓肿患者病历 40 份进行回顾性分析。

#### 1.2 方法

1.2.1 术前准备 术前 2 h 内均静脉给予抗菌药物, 一般为第三代头孢菌素与甲硝唑或替硝唑联合使用, 预防感染发生。采用气管内插管, 静脉全身麻醉(全麻), 常规留置导尿管。

1.2.2 手术操作 全麻后取脐部为第 1 穿刺点, 脐部气腹针穿刺, 充入二氧化碳至腹压 13~15 mm-

[收稿日期] 2008-10-15

[作者简介] 李正芬(1970-), 女(汉族), 湖南省资兴市人, 主治医师, 主要从事妇科肿瘤及微创治疗研究。

[通讯作者] 李正芬 E-mail: lzf.628@163.com

Hg, 置入直径 10 mm 套管针, 探查盆腔, 避开粘连带及粘连肠管; 右下腹麦氏点及左下腹麦氏点为第 2、3 穿刺点, 置入直径 5 mm 套管针; 术中中情况决定是否行第 4 点穿刺。

用灌洗吸引器头或剪刀及分离钳, 钝性或锐性分离盆腔粘连, 边分离边吸引脓液或坏死组织碎片, 尽量避免脓液流入腹腔, 术中取脓液送培养并进行药敏试验。因炎性组织极脆, 分离时动作要特别轻柔, 若有肠管粘连, 尽量避免损伤肠管。根据其病灶破坏程度以及是否有生育要求, 决定是否行附件或输卵管切除。术中用大量生理盐水及甲硝唑反复冲洗盆腔, 至冲洗液透明、清澈为止。冲洗时采取头高足低位, 彻底吸尽腹腔积液。术后继续静脉给予二联抗菌药物治疗 10~14 d, 并根据细菌培养及药敏结果选药或作相应调整。

表 1 40 例盆腔脓肿患者临床表现、实验室检查和辅助检查

Table 1 Clinical manifestations, laboratory test results and accessory examination of 40 patients with pelvic abscess

|    | 临床表现  |        |       |       |       | 实验室检查 |          | B超     |             |
|----|-------|--------|-------|-------|-------|-------|----------|--------|-------------|
|    | 发热    | 腹痛     | 腹泻    | 尿频    | 宫颈举痛  | 白细胞升高 | CA125 异常 | 盆腔包块   | 盆腔包块 + 盆腔积液 |
| 例数 | 37    | 40     | 4     | 8     | 38    | 29    | 17       | 40     | 10          |
| %  | 92.50 | 100.00 | 10.00 | 20.00 | 95.00 | 72.50 | 42.50    | 100.00 | 25.00       |

2.2 手术成效分析 40 例患者均在腹腔镜下顺利完成手术, 手术成功率 100%。手术时间 40~120 min, 术中失血 20~50 mL, 术中见患者盆腔均有不同程度粘连, 脓肿形成 <3 d 者以膜性粘连为主; >7 d 者主要为脓肿, 脓肿壁较厚, 粘连较致密。术中见输卵管及卵巢脓肿并盆腔粘连 10 例, 输卵管积脓 18 例, 直肠子宫陷凹脓肿 12 例。予粘连松解、盆腔脓肿清除及引流 20 例; 对于输卵管积脓, 有生育要求者, 行输卵管造口 10 例; 无生育要求者, 予输卵管切除 8 例; 对于严重盆腔感染、多发性子宫肌壁间脓肿且无生育要求者, 行全子宫及患侧附件切除 2 例。全部患者术后第 2~3 天体温恢复正常, 术后 4 天复查血常规正常。保留输卵管的 30 例患者中, 18 例术后 3 个月回院行输卵管通液术, 均提示输卵管通畅。术后随访 32 例患者一年, 均无复发, 妊娠 8 例。

### 3 讨论

女性内生殖器及其周围的结缔组织发生炎症称为盆腔感染性疾病 (Pelvic inflammatory disease, PID)<sup>[3]</sup>, 其表现不典型, 易误诊、漏诊; 若形成盆腔脓肿, 脓肿破裂可致中毒性休克, 甚至死亡。输卵管

## 2 结果

2.1 一般资料 40 例患者年龄 18~48 岁, 平均 32.5 岁; 已婚 34 例, 未婚 6 例, 均有性生活史; 有近期宫腔或盆腔操作史者 14 例 (35.00%), 有慢性盆腔炎史 18 例 (45.00%), 有阴道炎史 28 例 (70.00%); 平均病期 (5.82 ± 2.03) d; 17 例癌抗原 125 (CA125) 检查高于正常, 平均值为 (56.80 ± 30.30) U/mL, 最高为 128 U/mL。均行腹腔脓液及坏死组织碎片细菌培养及药敏试验, 2 例需氧菌 (淋病奈瑟菌及金黄色葡萄球菌) 培养阳性, 余为阴性。术前诊断盆腔脓肿 28 例, 疑为盆腔脓肿 7 例; 误诊为卵巢囊肿蒂扭转 3 例, 卵巢肿瘤 2 例, 术前误诊率为 12.50%。40 例患者术前均有抗菌药物应用史。临床表现及实验室检查等见表 1。

积脓、输卵管卵巢脓肿或卵巢脓性粘连形成炎性包块, 多发生于性活跃期, 常见于顺产、剖宫产、流产及宫腔内手术操作后。一般认为药物治疗 48~72 h, 症状无好转, 应采取手术<sup>[4]</sup>。但近年的临床实践表明, 因炎症引起的致密粘连, PID 传统的处理方法极易导致生育功能的损害或丧失, 故笔者认为盆腔炎性包块一经确诊, 手术越早越好。

我们认为在临床实践中需注意以下问题。(1) 手术时机的把握: 盆腔脓肿一经确诊, 应及时采取腹腔镜探查术, 尤其对有生育要求的患者, 盆腔炎性包块手术越早, 纤维化粘连尚未形成, 炎性渗出尚未机化, 粘连越容易分离, 可缩短手术时间, 更容易恢复盆腔脏器的正常解剖结构。腹腔镜下早期引流、分离粘连、充分清洗盆腔及灌注抗菌药物, 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<sup>[5]</sup>。否则即便保守治疗成功, 盆腔粘连及输卵管伞端炎性粘连也易致慢性盆腔痛和不孕<sup>[6]</sup>。(2) 盆腔炎症及粘连严重时, 术中操作应按 B 超提示在脓肿存在的部位进行有方向性操作, 忌盲目寻找, 加重组织、器官损伤。(3) 无生育要求者, 在严重的盆腔感染、多发性子宫肌壁间脓肿时则行子宫切除术以消除感染病灶而避免再次手术; 输

卵管积脓时切除患侧附件及对侧输卵管。有生育要求者均行保守输卵管造口,输卵管黏膜通过再生能达到修复,增加患者的生育机会。(4)冲洗腹腔时,注意膈下和肝下的冲洗。术后即取半卧位,有利于引流,否则有致膈下和肝下脓肿的可能;尽早下床活动,以防止盆腔重新粘连。(5)脓肿形成<3 d 者,渗出以卡他炎性,粘连以膜性为主;病程>7 d 者主要以脓肿为主,脓肿壁较厚,大多与大网膜、肠管、子宫、附件粘连,而且粘连较致密。如确认脓肿壁系非肠管、子宫及附件等组成,则需切除部分脓肿壁开窗,以便充分引流,否则将形成慢性脓肿。

总之,腹腔镜手术诊治盆腔脓肿,安全且有效,有利于保护患者生育功能,值得临床推广应用。

(上接第 200 页)

伏组 31 个注射帽有细菌生长,3 种消毒方法的细菌数量间差异有统计学意义( $F = 1.84, P < 0.05$ );浓度为  $1.0 \times 10^8$  CFU/mL 时,洗必泰乙醇组注射帽无细菌生长,乙醇组 21 个注射帽有细菌生长,碘伏组 38 个注射帽有细菌生长,3 组间细菌数量差异有统计学意义( $F = 4.23, P < 0.01$ )。所有实验组与对照组相比,其细菌量的差异均有统计学意义( $F = 5.32, P < 0.01$ )。详见表 1。

表 1 各组中不同染菌量注射帽的处理效果比较(CFU)

| 组别     | 注射帽染菌量(CFU)       |                   |                   |
|--------|-------------------|-------------------|-------------------|
|        | $1.0 \times 10^2$ | $5.0 \times 10^3$ | $1.0 \times 10^5$ |
| 对照组    | 52.12 ± 4.31      | 116.25 ± 10.52    | 283.34 ± 16.41    |
| 洗必泰乙醇组 | 0.00              | 0.00              | 0.00              |
| 乙醇组    | 0.00              | 0.00              | 10.12 ± 3.42      |
| 碘伏组    | 0.00              | 6.78 ± 3.60       | 63.26 ± 10.63     |

### 3 讨论

临床上消毒血管留置针注射帽常用的消毒剂是乙醇或碘伏,这两种消毒剂的杀菌机制均是使微生物蛋白质凝固变性,从而杀死细菌。近年来,临床上开始使用洗必泰乙醇复合制剂的消毒剂。各医院选择的消毒方法有差异,不同消毒方法具体的效果如何,少有报道。

一般而言,在临床使用的血管留置针注射帽上细菌污染量不会很多,不能评估消毒剂效果的差别,因此选择实验染菌的方法评估消毒效果。对照组研究结果显示,污染菌量越大时,采样后菌落数亦愈多。在 3 个消毒处理组中,研究结果显示,在污染菌

### [参 考 文 献]

[1] Li X Z. Clinical differential diagnosis of gynecologic acute abdomen[J]. J Pract Obstet Gynecol, 2000,16(1): 46 - 47.  
 [2] Dellen Bach P, Muller P, Philippe E. Infections utero annexielles aigues[J]. Encycl Med Chir Paris Gynecol, 1972, 470 (8): 1410.  
 [3] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:246.  
 [4] Gershenson D M, DeChermey A H, Curry S L, et al. 妇科学(英文版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:611 - 624.  
 [5] Shi Y P, Lu Q, Wang M F, et al. Analysis of 59 cases of pelvic abscess diagnosed and treated by laparoscopic operation [J]. Prog Obstet gynecol, 2002, 11(6): 459.  
 [6] Lang J H, Ren J H. Actuality and expectation for gynecologic laparoscopy [J]. J Pract Obstet Gynecol, 2002, 18(2): 68.

量最低组,3 种消毒方法处理后的注射帽均无细菌生长;当污染菌量增加 50 倍时,乙醇和洗必泰乙醇处理组也无细菌生长;碘伏处理组有细菌生长,但细菌的生长量很少,说明 3 种方法均能取得好的消毒效果。与 Karen 的实验结果<sup>[3]</sup>一致。污染菌量增加到 1 000 倍,洗必泰乙醇处理组也无细菌生长,乙醇和碘伏处理组均有细菌生长,各组之间细菌量的差异具有统计学意义( $P < 0.01$ )。上述研究结果显示,洗必泰乙醇处理组的消毒效果最强。细菌污染量为 1 000 倍组在临床上虽然少有,但不排除发生严重污染的事件。另外,洗必泰乙醇也存在成本优势<sup>[4]</sup>,而碘伏存在环境着色缺陷,因此,在临床上使用洗必泰乙醇消毒血管留置针注射帽是良好的选择。

此外,本研究中,3 种消毒方法都是采用操作 1 次的方式,在一般情况下消毒效果满意,能满足临床的要求。因此,不需要 2 次、3 次处理。但在明显严重污染的状态下,也可以考虑重复消毒一次。

### [参 考 文 献]

[1] Maki D G. Nosocomial bacteremia. An epidemiologic overview [J]. Am J Med, 1981, 70: 719 - 732.  
 [2] Richards M J, Edwards J R, Culver D H, et al. Nosocomial infections in medical intensive care units in the United States. National Nosocomial Infections Surveillance System [J]. Crit Care Med, 1999, 27: 887 - 892.  
 [3] Karen L R, Janet S F. Effectiveness of disinfectant techniques on intravenous tubing latex injection ports [J]. J Intravenous Nurs, 1993, 16: 304 - 308.  
 [4] 李付香,胡竹青. 佳润皮肤消毒剂喷雾法与络合碘涂擦法对注射前消毒的效果比较[J]. 中国感染控制杂志, 2007, 6(3): 183 - 185.