

忌证,使用过程中严密监测患者生命体征的变化,保证体外膜肺氧合正常运行和治疗效果,严格抗凝监测治疗,尽量减少并发症的发生。在最初使用的 30 s 内,应严密观察呼吸参数和生命体征的变化,灵活调节和逐渐调整参数设置,治疗过程中,注意发现和及时处理 ECMO 通气的并发症,充分理解 ECMO 治疗目标,合理筛选患者,这也是治疗成败的关键因素,ECMO 所应对的均为病情极重的呼吸衰竭患者^[6],任何一个环节的疏漏,都可能对患者造成不可挽回的损失,甚至危及生命。因此,建立适合本单位的 ECMO 操作规程,同时培养一个分工明确、协作良好的团队,对于 ECMO 的成功运转至为重要。

总之,ECMO 治疗重症呼吸衰竭患者为临床行之有效的治疗手段^[7],较常规机械通气安全性高,显效明显,使肺充分休息,为原发病的治疗争取时间,值得在临床上推广。ECMO 治疗前患者 APACHE II 是影响 ECMO 治疗效果的重要因素。

参考文献

- 1 詹庆元,李绪言,孙 兵. 体外膜氧合治疗成人重症呼吸衰竭的指征[J]. 中华结核和呼吸杂志,2013,36(6):479-480.
- 2 周宏伟,曾 红,陆建芳,等. 经纤支镜支气管肺泡灌洗术治疗急性呼吸衰竭在重症监护病房的临床应用[J]. 中国临床新医学,2011,4(4):315-317.
- 3 吴 珺,孙 兵,郭利民,等. 体外膜肺氧合治疗重症甲型 H1N1 流感病毒性肺炎孕妇患者疗效分析[J]. 中华医院感染学杂志,2015,25(3):675-677.
- 4 陈恩国,高新亚,祝继洪,等. 体外膜肺氧合支持下气管支架植入一例[J]. 中华结核和呼吸杂志,2013,36(3):227-228.
- 5 梅春霞,刘 娟,徐 智,等. APACHE II 评分和降钙素原对肺部感染预后的预测作用[J]. 第三军医大学学报,2014,36(8):802-805.
- 6 熊雪峰,郭利民,李兴旺,等. 体外膜氧合治疗甲型 H1N1 流感危重症合并呼吸衰竭 4 例临床疗效观察[J]. 中国血液净化,2010,9(6):298-301.
- 7 赵军魁,王云辉,田德桦. 体外膜氧合治疗重症急性呼吸窘迫综合征研究进展[J]. 河北医药,2012,34(22):3472-3474.

[收稿日期 2015-04-28][本文编辑 杨光和]

学术交流

改良腹腔镜筋膜内子宫切除术与腹腔镜子宫全切术的临床应用效果比较

包艾玲, 刘顺涛

作者单位: 404000 重庆,重庆市万州区第一人民医院妇产科

作者简介: 包艾玲(1977-),女,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:妇科疾病的诊治。E-mail:2987454243@qq.com

[摘要] 目的 探讨改良腹腔镜筋膜内子宫切除术与腹腔镜子宫全切术的临床应用效果。方法 选择 2010-05~2013-03 该院行腹腔镜筋膜内子宫全切术及腹腔镜子宫全切病例 162 例,根据手术方法不同分为观察组(腹腔镜筋膜内子宫切除术)及对照组(腹腔镜子宫全切术)各 81 例,对两组手术时间、术中出血量、术后病率、住院费用、住院床日、术后性生活恢复、息肉、残端感染、副损伤进行比较。结果 两组手术时间、术中出血量、术后病率、住院费用、住院床日、术后性生活时间、息肉、残端感染、副损伤比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 改良腹腔镜筋膜内子宫切除术副损伤少,术中出血量少,值得临床推广。

[关键词] 改良腹腔镜筋膜内子宫切除术; 腹腔镜子宫全切术; 临床应用价值

[中图分类号] R 713.4*2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2016)01-0054-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.01.18

Comparative study of laparoscopic total removal of internal improvements fascial hysterectomy and laparoscopic hysterectomy BAO Ai-ling, LIU Shun-tao. Department of Gynaecology and Obstetrics, the First People's Hospital of Wanzhou District of Chongqing City, Chongqing 404000, China

[Abstract] **Objective** To study the key points and clinical value of modified laparoscopic hysterectomy.

Methods One hundred and sixty-two patients were collected in our hospital from May 2010 to March 2013 and were

randomly divided into two groups, the treatment group (laparoscopic fascial hysterectomy) and the control group (laparoscopic hysterectomy). The operative time, blood loss, postoperative morbidity, hospital costs, hospitalization days, sexual satisfaction after operation, polyps, stump infection and side injury were compared between the two groups. **Results** There were significant differences in the operative time, blood loss, postoperative morbidity, hospital costs, hospitalization days, sex satisfaction after operation, polyps, stump infection and side injury between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Modified laparoscopic fascial hysterectomy is effective with less side injury and less bleeding.

[Key words] Improved laparoscopic hysterectomy within fascia; Laparoscopic hysterectomy; Clinical value

腹腔镜子宫切除术具有创伤小、恢复快和并发症少等优点,具有开腹手术无法比拟的优越性,是现代妇科学术的革新。在妇科手术中,腹腔镜子宫全切术应用比较广泛。2010-05~2013-03 我院行腹腔镜子宫全切术及改良腹腔镜筋膜内子宫切除术共 162 例,术后专人进行随访。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010-05 ~ 2013-03 在我院行

腹腔镜子宫切除术患者(术后随访)162例,年龄35~53(41.5 ± 0.6)岁。术前均排除子宫恶性病变,两组患者均已婚,已生育,据手术方法不同分为观察组(改良腹腔镜筋膜内子宫切除术组)和对照组(腹腔镜子宫全切术组)各81例。两组在年龄、疾病种类、手术指征、内外科合并症、孕产次等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	年龄(岁)	孕产次	病种(手术指征)				内外科合并症			
				子宫腺肌症	子宫肌瘤	功能性子宫出血	宫颈上皮内瘤样变(Ⅲ级)	无合并症	糖尿病	高血压	其他
观察组	81	42.5 ± 0.3	3.4 ± 0.2	34	41	5	1	8	5	6	2
对照组	81	40.5 ± 0.4	4.0 ± 0.3	36	39	4	2	9	6	5	1
t/χ^2	-	30.14	35.21	39.32	35.24	38.06	0.00	0.00	0.00	30.11	30.13
P	-	0.104	0.210	0.305	0.213	0.721	0.687	1.000	0.687	0.738	0.742

1.2 手术方法

1.2.1 麻醉方法 全部采用气管插管静脉复合麻醉。

1.2.2 手术设备 腹腔镜(美国史塞克)、高清度摄像监测系统、二氧化碳(CO₂)气腹机、高频电凝装置、冲洗吸引装置组成的常规腹腔镜手术设备及抓钳、剥离钳、持钳、剪刀等手术器械。

1.2.3 术前准备 术前阴道冲洗 1~3 d, 清洁脐部, 术前禁食并清洁灌肠。麻醉后取膀胱截石头低臀高位。气腹针在脐孔部穿刺注入 CO₂ 气体建立气腹至腹内压达 2 kPa (10 mmHg), 用 10 mm 套管针 (Trocár) 穿刺置入腹腔镜, 于左腹直肌外缘平脐, 反麦氏点及麦氏点各置入第 2, 3, 4, 均为 5 mm (Trocár)。

1.2.4 术式和步骤 (1)腹腔镜子宫全切术(对照组):术式参照标准腹腔镜子宫全切术(李光仪^[1]主编的腹腔镜手术学)进行。(2)改良腹腔镜筋膜内子宫切除术(观察组):经阴道由颈管放入子宫校正器达宫底,由助手配合固定子宫位置。双极电凝钳钳夹、电凝双侧子宫圆韧带、输卵管及卵巢固有韧带,并剪断,如行附件切除则切断漏斗韧带。用单极电凝钳钝性分离阔韧带前后叶并切开子宫膀胱反折

腹膜,用分离钳钝性下推膀胱,分离宫旁疏松结缔组织,游离子宫动静脉,双极电凝子宫动静脉或用薇乔线缝扎阻断血流,此时子宫因缺血变成暗紫色,将宫颈剝切器套入子宫校正器,顺时针旋转切割宫颈移行上皮、宫颈管黏膜、宫体中央部内膜直达宫底并穿透浆膜层,连同组织及子宫校正器、剝切器一同取出阴道外。于反麦氏点穿刺孔扩创,置入 15 mm 扩张器,再置入子宫粉碎器,分次将子宫体及瘤体组织粉碎取出体外。残端用双极止血,0/2 薇乔线缝合膀胱反折腹膜和颈管后壁腹膜包埋宫颈残端,两侧腹膜各缝合 1~2 针使盆腔腹膜化,冲洗盆腔,0/4 薇乔线皮内缝合脐部穿刺孔。0/2 薇乔线扣锁缝合颈管口外鞘,关闭颈管残腔,盖上创可贴。

1.3 观察指标 (1)手术时间;(2)术中出血量(手术室专人记录出血量);(3)术后病率(术后 24 h 至出院前,间隔 4~6 h 体温有 2 次 $\geq 38^{\circ}\text{C}$);(4)住院费用;(5)住院床日;(6)48 h 后腹膜刺激征(科室安排一名主治医师每日查房观察记录),术后 48 h 后有反跳痛、肌紧张任一项为腹膜刺激征阳性,如只有压痛为腹膜刺激征阴性;(7)术后性生活恢复时间

(术后3个月~1年电话随访);(8)残端息肉(术后3月、1年随访残端愈合情况);(9)残端感染(术后1周、1月门诊专人随访残端愈合情况);(10)副损伤(是否有膀胱损伤、输尿管、肠管损伤)。

1.4 统计学方法 应用SPSS10.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况比较 两组手术时间、术中出血量、术后病率、住院费用、住院床日比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组手术情况比较[$(\bar{x} \pm s), n(\%)$]

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后 病率	住院费用 (元)	住院床日 (d)
观察组	81	80.17	113.3 $\pm$ 13.7	15(10.34)	6402.8	5.52
对照组	81	99.01	195.7 $\pm$ 17.3	21(25.92)	8020.3	7.59
t/χ^2	-	3.421	4.265	5.763	10.214	3.127
P	-	0.010	0.020	0.040	0.044	0.010

2.2 两组术后情况比较 两组术后性生活恢复时间、残端息肉、残端感染、副损伤形成比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组术后情况比较[$(\bar{x} \pm s), n(\%)$]

组别	例数	术后性生活恢复时间 (d)	残端息肉	残端感染	副损伤
观察组	81	69.6 $\pm$ 8	5(6.2)	2(2.5)	0(0.0)
对照组	81	93.6 $\pm$ 7	21(25.9)	6(7.4)	5(6.2)
t/χ^2	-	3.623	6.524	2.346	2.532
P	-	0.030	0.040	0.020	0.020

3 讨论

改良腹腔镜子宫筋膜内切除术较腹腔镜子宫全切术优越性体现在以下几方面:(1)子宫骶韧带的作用是使子宫前倾前屈,同时维持阴道后壁的位置,防止子宫受腹压的影响而下降^[2]。子宫主韧带的作用是支持宫颈使其不下降及维持阴道的正常位置。阴道筋膜和膀胱筋膜的作用是支持膀胱底,防止其脱出。阴道后壁与直肠间有一层筋膜覆盖,此筋膜对直肠有部分的支持作用。改良腹腔镜子宫筋膜内子宫切除术保留了子宫骶、主韧带和部分宫颈

筋膜及宫颈旁骨盆神经丛^[3],未切开阴道穹窿,不会损伤阴道筋膜和膀胱筋膜、阴道后壁,保持了盆底的完整性,保留正常的宫颈组织,对垂体-卵巢-子宫轴以及保持盆底的张力起相当大的作用,预防阴道残端脱垂和膀胱直肠膨出^[4]。而腹腔镜子宫全切术切开阴道穹窿,切断子宫骶、主韧带,分离宫颈旁筋膜层,使盆底结构发生了一定的改变。随着人口平均寿命延长,随着年龄的增长,盆底韧带发生松弛,发生膀胱及直肠膨出增加。行子宫筋膜内切除术后减少了膀胱脱垂及直肠膨出的发生。(2)从本研究来看,术后3个月门诊随访发现,观察组阴道形态无改变,检查宫颈残端,发现其形成的假宫颈,外口较原来的大,质地稍松软,宫颈移行上皮层消失,原有的宫颈炎表现亦已消失,阴道穹窿仍在,不改变阴道的长度,术后恢复性生活的时间较对照组短,性生活的满意程度也较为明显。保留子宫颈解剖同时又去除宫颈癌的好发组织,减少了子宫颈癌的发生。研究表明,观察组在阴道残端愈合时间,阴道残端息肉发生率及阴道血性分泌物时间明显少于对照组。(3)据报道子宫全切术后患者性无能者约有20%,发生膀胱阴道瘘、阴道前后壁膨出等并发症则高达100%^[5]。改良腹腔镜子宫切除术由于不处理骶、主韧带及宫颈周围筋膜,发生输尿管、膀胱等副损伤的可能性大大减少。研究表明,观察组(病例有限)无一例发生副损伤,而腹腔镜下子宫全切术对对照组发生损伤5例,有4例在术中及时发现行修补,术后恢复良好,有1例发生膀胱阴道瘘,经多次修补才愈合。

综上所述,笔者认为在广大农村地区改良腹腔镜子宫筋膜内切除术值得临床推广。

参考文献

- 1 李光仪. 腹腔镜手术学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:279-289.
- 2 上海第一医学院. 组织学[M]. 北京:人民卫生出版社,1982:952.
- 3 谢幸,苟文丽,李佩玲,等. 妇产科学[M]. 第8版. 北京:人民卫生出版社,2013:9.
- 4 苏应宽. 妇产科手术学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2010:168-169.
- 5 Kovac SR. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications[J]. Obstet Gynecol,2000,95(6 Pt 1):787-793.

[收稿日期 2015-05-04][本文编辑 吕文娟]