

腹腔镜下行阴式子宫全切术与开腹子宫全切除术的临床效果比较

梁桂秀

作者单位: 546100 广西, 来宾市兴宾区人民医院妇产科

作者简介: 梁桂秀(1976-), 女, 大学本科, 学士学位, 主治医师, 研究方向: 妇产科疾病诊治及妇科腹腔镜技术。E-mail: lyc5088@126.com

[摘要] **目的** 探讨腹腔镜辅助下阴式子宫全切术的临床应用及疗效。**方法** 选取 2012-06 ~ 2015-06 该院收治的子宫良性病变患者 86 例, 其中行腹腔镜辅助下行阴式子宫全切术 43 例(观察组), 行传统开腹子宫全切除术 43 例(对照组), 分析比较两组手术出血量、手术时间、下床活动时间、住院时间及术后并发症等。**结果** 86 例患者均顺利完成手术, 观察组术中出血量少于对照组($P < 0.01$), 下床活动时间、住院时间短于对照组($P < 0.01$), 观察组手术时间长于对照组($P < 0.01$), 术后并发症发生率低于对照组($P < 0.01$), 两组均无输尿管损伤及膀胱损伤发生。**结论** 腹腔镜辅助下阴式子宫全切术有创伤小、安全系数高、住院时间短等优点, 且术后并发症少, 值得推广应用。

[关键词] 腹腔镜; 阴式子宫全切术; 传统子宫全切除术

[中图分类号] R 714 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2017)01-0059-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.01.18

Comparison of the clinical curative effect between laparoscopic assisted vaginal hysterectomy and total abdominal hysterectomy on patients with hysterectomy LIANG Gui-xiu. Department of Gynecology and Obstetrics, the People's Hospital of Xingbin District, Laibin City, Guangxi 546100, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical application and the curative effect of assisted vaginal hysterectomy on patients with hysterectomy. **Methods** The clinical data of 86 cases with hysterectomy in our hospital from June 2012 to June 2015 were retrospectively analyzed. They were divided into the observation group ($n = 43$, with assisted vaginal hysterectomy) and the control group ($n = 43$, with total abdominal hysterectomy). The operation time, intraoperative blood loss, time of off-bed activities, length of hospital stay and the postoperative complications were compared between the two groups. **Results** All the 86 patients were operated successfully in both of the two groups. The intraoperative blood loss of the observation group was significantly less than that of the control group ($P < 0.01$). The time of off-bed activities and the length of hospital stay were significantly shorter in the observation group than those in the control group ($P < 0.01$). The operation time of the observation group was longer than that of the control group ($P < 0.01$). The infection rate of incision was significantly lower in the observation group than that in the control group ($P < 0.01$). No ureteral injury and no bladder injury occurred in the two groups. **Conclusion** Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy is safe and effective in the treatment for the patients with hysterectomy.

[Key words] Laparoscopic; Vaginal hysterectomy; Total abdominal hysterectomy

腹腔镜下阴式子宫全切术和腹腔镜手术相辅相成, 它是一种新型微创手术方法, 目前已成为妇产科临床中较常用的手术方式之一, 具有创伤小, 患者恢复快的特点^[1]。本文收集 2012-06 ~ 2015-06 因子宫良性病变行腹腔镜辅助下阴式子宫全切术, 或传统开腹子宫全切除术患者 86 例, 现对两种手术方式

的疗效进行分析比较, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012-06 ~ 2015-06 在我院行子宫全切术患者 86 例, 所有患者都已婚已育, 均无剖宫产史; 手术前经妇科、彩超以及诊断性刮宫检查确诊为子宫良性病变, 并经诊断性刮宫检查排除恶

性病变,按手术方式的不同分为两组。以行腹腔镜辅助下阴式全子宫切除术的 43 例为观察组,平均年龄(45.2 ± 12.5)岁,其中子宫平滑肌瘤 21 例,子宫腺肌病 10 例,功能性子宫出血 9 例,子宫内膜不典型增生 3 例,其中有盆腔炎症粘连 8 例,盆腔少量积液 6 例;以行传统开腹子宫全切术的 43 例为对照组,平均年龄(44.2 ± 12.1)岁,其中子宫平滑肌瘤 21 例,子宫腺肌病 9 例,功能性子宫出血 8 例,子宫内膜不典型增生 5 例,其中有盆腔炎症粘连 6 例,盆腔少量积液 7 例。两组在婚育史、手术史、疾病类型等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 观察组 术前做好充分准备,常规禁食、禁饮、插尿管,患者均采用气管插管麻醉。取膀胱截石位置,头部低臀部高($15^{\circ} \sim 20^{\circ}$),取脐下边缘做切口,10 mm 穿刺套管穿刺形成气腹($12 \sim 14$ mmHg),置入腹腔镜检查盆腔情况,进一步确定出子宫位置、大小以及和相邻神经血管组织的关系,了解盆腔积液及粘连情况。在腹腔镜监视下选取麦氏点但注意避开血管进行第 2、3 穿刺孔,在腹腔镜下探查了解病变范围。强劲下吸出盆腔积液,应用腔镜器械游离结扎子宫周围韧带及分离粘连后,分离子宫血管并用塑料夹夹闭并切断,用超声刀游离子宫及子宫颈部,用小纺纱填塞子宫直肠窝填,可吸收可能从阴道漏出的分泌物,从而使术野清晰。抓提起子宫,暴露子宫颈部,超声刀或电凝切除子宫。经过阴道取出子宫及附件。如果子宫太大可以用粉碎方法缩小子宫体积,快速取出,腹腔镜下缝合阴道断端及盆腔腹膜,探查无异常后,并用温盐水冲洗盆腹腔,视情况放置盆腔引流管,术后 2~3 d 拔出。

1.2.2 对照组 术前做好充分准备,常规禁食、禁饮、插尿管,患者采用气管插管静脉复合麻醉,取下腹耻骨联合上横切口。进入腹腔后缝扎盆漏斗韧带及圆韧带进入腹腔后先探查,了解病变范围。吸出盆腔积液,游离结扎子宫周围韧带及分离粘连后,游离子宫及子宫颈部,用小纺纱填塞子宫直肠窝填,可吸收可能从阴道漏出的分泌物,从使术野清晰。抓提起子宫,暴露子宫颈部,超声刀或电凝切除子宫。缝合关闭阴道残端并止血后,再行盆腔腹膜化,探查无异常后,冲洗盆腔,视情况放置盆腔引流管,术后 2~3 d 拔出。

1.3 观察指标 观察患者的手术出血量、手术时间、下床活动时间、住院时间;术后并发症(术后阴

道残端出血、尿路感染、切口感染、盆腔积液)等。

1.4 统计学方法 应用 SPSS10.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 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 两组手术相关观察指标比较 两组均顺利完成全子宫切除术。观察组手术出血量少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),下床活动时间、住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),但观察组手术时间长于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组手术相关观察指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术出血量 (ml)	手术时间 (min)	下床活动时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	43	45.5 ± 15.5	95.6 ± 30.5	10.5 ± 7.5	4.5 ± 1.5
对照组	43	80.5 ± 20.5	65.5 ± 22.5	18.5 ± 8.5	10.5 ± 2.5
t	-	-8.930	5.208	-4.628	-13.495
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组术后并发症发生情况比较 观察组术后阴道残端出血 1 例,尿路感染 2 例,切口感染 1 例,盆腔积液 1 例,阴道残端出血由于出血量少,考虑为缝合线孔渗血,观察后发现出血逐渐停止;尿路感染、切口感染、盆腔积液均经抗感染、引流等治疗后痊愈。对照组术后阴道残端出血 3 例,尿路感染 7 例,切口感染 8 例,盆腔积液 5 例。观察组切口感染率低于对照组($\chi^2 = 4.467, P = 0.034$);阴道残端出血 3 例,其中 1 例再次手术止血,术中发现阴道残端毛细血管活动出血,2 例观察后发现无继续出血,出血量少,保守治疗成功;尿路感染、切口感染、盆腔积液均经抗感染、引流等治疗后痊愈。两组均无输尿管损伤及膀胱损伤发生。见表 2。

表 2 两组术后并发症发生情况比较[n(%)]

组别	例数	阴道残端出血	尿路感染	切口感染	盆腔积液	总发生率
观察组	43	1(2.33)	2(4.66)	1(2.33)	1(2.33)	5(11.63)
对照组	43	3(6.98)	7(16.28)	8(18.61)	5(11.63)	23(53.49)
χ^2	-	0.262	1.958	4.467	1.613	15.304
P	-	0.608	0.158	0.034	0.204	0.000

3 讨论

3.1 子宫肌瘤和子宫腺肌病是子宫常见良性病变,对于合并有子宫出血患者子宫切除术是其有效治疗方法,传统手术方式以开腹子宫切除为主,由于微创

技术的发展,腹腔镜已在妇科治疗中发挥重要作用。对于熟练掌握了腹腔镜操作技术的妇产科医师,可进行腹腔镜辅助阴式全子宫切除术^[2]。临床上选择手术方式应以提高手术的安全性为准,也是衡量妇产科医师技术水平的标准^[3]。但手术方式的选择应遵循其适应证,并在遵循安全、有效的基本原则下进行。而对于子宫大(>12 周)、粘连严重等患者,开腹手术仍是其主要方式。这是由于开腹子宫切除术是目前开展最为广泛的子宫切除方式,同时也是应用历史最长的子宫切除方式,它具有手术视野暴露好、操作方便等优点。但开腹手术的缺点是切口创伤大、对胃肠影响大、术后患者痛苦、术后恢复慢等,增加了患者的精神负担和经济负担,术后并发症也较多。现在在临床上,腹腔镜联合阴式子宫切除术已得到广泛应用。单纯阴式子宫全切术由于利用了阴道天然操作空隙,创伤小,对盆腹腔内组织及器官无多大干扰,术后患者疼痛少,恢复快,住院时间短,但多适用于有子宫脱垂患者。患者有盆腔粘连、下腹部手术史、子宫过大及骨盆狭小等情况时,就存在容易损伤盆腔血管、神经、输尿管引起出血及尿瘘等并发症。

3.2 临床上,由于单纯行阴式子宫切除术操作空间狭窄,操作技术水平要求很高^[4],应用时有一定的局限性,特别对于盆腔粘连、下腹部手术史、子宫过大、合并有附件疾病等患者,由于术野、视野狭窄致操作困难原因而属禁忌,使用腹腔镜辅助阴式子宫全切术,能在直视下分离结扎子宫血管,并分离保护好附件及输尿管等组织器官,切下子宫后可通过阴道取出,既发挥了阴式子宫切除术的优势,又避免了损伤血管等引起的并发症,同时能发现盆腔的其他病变,并给予同时处理,使阴式子宫切除术的适应证得到了扩展,现腹腔镜辅助阴式子宫全切术已基本代替了大部分开腹子宫全切术。由于临床已广泛采用腹腔镜下阴式子宫全切术,它已经成为临床妇产科进行复杂子宫切除的主要手术方式^[5]。在腹腔镜下行阴式子宫全切术过程中,可以发现附件囊肿或肿瘤并能同时治疗,避免了开腹手术^[6]。而盆腔

广泛粘连也可在腹腔镜下进行分离,从而避免了因阴式子宫切除术不当引起的组织损伤或出血,提高了手术的成功率。进行腹腔镜下阴式子宫全切术,不但可以完整分离子宫且保护子宫病变的完整性,减少病变在盆腔的残留而引起的复发病变,而且由于手术的伤口小,不会引起盆腔及腹腔微环境的变化,术后胃肠功能恢复快,减少了手术并发症的发生,患者住院时间短,能减轻患者的经济负担,患者术后生活质量进一步提高^[7]。

3.3 由于腹腔镜操作技术是一项要求较高的临床操作技能,进行腹腔镜辅助阴式子宫全切术时,对手术操作者提出了较高的要求。操作者不仅要有扎实的理论基础知识,而且要有丰富的妇科临床经验,这样才能保证手术的顺利完成。腹腔镜辅助阴式子宫全切术常见并发症为出血、损伤输尿管引起尿瘘等,为预防这些并发症,分离处理子宫血管时,注意保护好血管,结扎牢靠,避免术后出血。在分离子宫前可先分离暴露输尿管,以避免手术损伤,引起尿漏并发症。结束手术时充分在腹腔镜下冲洗盆腔创面,查看有无出血点,盆腔内放置引流管充分引流,以便术后观察。目前,腹腔镜辅助下阴式子宫切除术仍不能完全替代经腹全子宫切除术,对子宫过大、盆腔严重粘连等患者,应放宽中转开腹指征,以避免手术失败。

参考文献

- 1 王红丽.腹腔镜全子宫切除术与开腹全子宫切除术的临床价值分析[J].中国现代医生,2013,51(10):38-39,42.
- 2 甘精华,阮和云,农文政.腹腔镜下困难及复杂全子宫切除术 129 例体会[J].中国临床新医学,2013,6(7):669-671.
- 3 高晓棠.腹腔镜辅助阴式子宫切除术 126 例[J].中国实用医刊,2013,40(5):94-95.
- 4 张 露.腹腔镜和开腹行大子宫切除术的比较[J].中外医学研究,2013,12(35):119.
- 5 高丽娜.腹腔镜辅助下阴式子宫全切术 208 例临床分析[J].中国医药指南,2012,(36):147-148.
- 6 杨 红,邹元红.腹腔镜辅助下阴式子宫全切术与阴式子宫全切术临床疗效的分析[J].中国保健营养,2012,5(16):196-198.
- 7 叶慧云,黄丽群.腹腔镜下阴式子宫全切术与开腹子宫全切术的临床比较[J].中国现代医生,2012,8(5):115-116.

[收稿日期 2016-03-23][本文编辑 吕文娟]