

· 临床经验 ·

阴式与腹腔镜辅助阴式子宫切除术的疗效比较

庄小平, 陈婉红, 卢昆林

【摘要】 目的 比较阴式子宫切除术与腹腔镜辅助阴式子宫切除术并发症发生情况及疗效。**方法** 统计分析 2012 年 9 月 - 2014 年 9 月子宫切除 50 例的临床资料, 依据随机数字表法将这些患者分为两组, 即观察组(25 例)和对照组(25 例)。对照组: 单纯阴式子宫切除术治疗, 观察组: 腹腔镜辅助阴式子宫切除术治疗。**结果** 观察组手术时间、术后排气时间、术后住院时间比对照组短($P < 0.05$), 但两组患者的术中出血量比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 观察组患者术后 1、3、7 d 的 VAS 评分比对照组低($P < 0.05$); 观察组术后并发症发生率 4% (1/25) 比对照组 20% (5/25) 低($P < 0.05$)。**结论** 腹腔镜辅助阴式子宫切除术比阴式子宫切除术具有较少的并发症和较好的疗效, 值得在临床推广。

【关键词】 阴式与腹腔镜辅助阴式子宫切除术; 并发症发生情况; 疗效

【中图分类号】 R713.42 **【文献标志码】** B **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2015.01.027

传统开腹子宫切除术有较大的手术创伤, 患者术后恢复较慢和较高的并发症, 而阴式子宫切除术能减轻创伤, 但有较大手术难度和较小的适用范围, 因此在临床应用中受到了一定程度的限制^[1]。为了对手术方法进一步改良, 本研究对 2012 年 9 月 - 2014 年 9 月子宫切除治疗的 50 例的临床资料进行统计分析, 探讨阴式子宫切除术与腹腔镜辅助阴式子宫切除术并发症发生情况及疗效, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 子宫切除的 50 例均为良性病变^[2], 将恶性病变、合并手术禁忌证等的患者排除在外^[3]。依据随机数字表法将患者分为两组, 即观察组(25 例)和对照组(25 例)。观察组: 年龄 32 ~ 60 (43.2 ± 8.4) 岁, 子宫肌瘤 8 例, 子宫腺肌症 7 例, 功能失调性子宫出血 5 例, 宫颈上皮内瘤样变 5 例; 对照组: 年龄 35 ~ 61 (45.3 ± 8.5) 岁, 子宫肌瘤 10 例, 子宫腺肌症 8 例, 功能失调性子宫出血 4 例, 宫颈上皮内瘤样变 3 例。两组患者一般资料均不具有统计学差异($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组: 单纯阴式子宫切除术治疗。观察组: 腹腔镜辅助阴式子宫切除术治疗。具体操作为: 气管插管全麻后患者取头低臀高位, 常规放置导尿管, 常规消毒铺巾。在患者脐上缘作 1.0 cm 切口, 穿刺进入腹腔, 将 CO₂ 注入, 建立气腹, 维持患者腹压在 13 mmHg。将腹腔镜手术器械置入后探查患者盆腔, 将 2 个 0.05 cm Trocar 分别穿刺置入

患者脐与髂前上棘连线中外三分之一处, 将盆腔脏器粘连及附件病变有效排除, 一旦发现异常情况, 则及时对其进行恰当的处理。对圆韧带、卵巢固有韧带等进行双极电凝并切断, 将阔韧带前后叶等分离出来, 并下推膀胱。经阴道入路操作: 将宫颈阴道交叉处黏膜切开, 上推直肠和膀胱, 将直肠处腹膜反折切开, 然后逆行切断结扎主韧带、子宫血管等, 经阴道取出子宫, 如果子宫体积过大, 则半剖开子宫后取出, 经阴道缝合腹膜、阴道残端。经腹腔镜将冲洗液注入有效冲洗腹腔, 认真检查止血情况, 完成手术^[4]。

1.3 观察指标 对两组患者的手术时间、术后排气时间等进行比较分析, 同时对两组患者术后 1、3、7 d 的视觉模拟评分法(VAS)评分进行比较, 患者的疼痛程度和评分呈正比例关系, 对两组患者的并发症进行比较。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 21.0 软件进行统计学分析; 计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术中术后指标比较 观察组患者的手术时间、术后排气时间、术后住院时间比对照组短($P < 0.05$), 但两组术中出血量比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者的术后 VAS 评分比较 观察组患者术后 1、3、7 d 的 VAS 评分比对照组低($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者的术后并发症发生情况比较 观察组感染 1 例, 没有发生盆腔粘连和持续疼痛; 对照组

表 1 两组患者术中术后指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后排气时间(h)	术后住院时间(d)
观察组	25	75.4 ± 8.9 *	88.2 ± 12.7	27.9 ± 3.5 *	4.6 ± 1.3 *
对照组	25	83.2 ± 10.2	90.3 ± 10.5	34.5 ± 4.7	5.8 ± 1.6

注:与对照组比较,**P* < 0.05

感染 2 例,盆腔粘连 1 例,持续疼痛 2 例。观察组患者的术后并发症发生率 4% (1/25) 比对照组 20% (5/25) 低(*P* < 0.05)。见表 3。

表 2 两组患者的术后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术后 1 d	术后 3 d	术后 5 d
观察组	25	5.2 ± 1.4 *	2.4 ± 0.5 *	0.7 ± 0.2 *
对照组	25	6.8 ± 1.5	3.8 ± 0.7	1.5 ± 0.4

注:与对照组比较,**P* < 0.05

表 3 两组患者的术后近期并发症发生情况比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	感染	盆腔粘连	持续疼痛	总发生
观察组	25	1(4.0)	0(0)	0(0)	1(4.0) *
对照组	25	2(8.0)	1(4.0)	2(8.0)	5(20.0)

注:与对照组比较,**P* < 0.05

3 讨 论

3.1 阴式与腹腔镜辅助阴式子宫切除术并发症发生情况及近期疗效比较 子宫是女性重要的生殖器官,能够有效维持女性的生殖功能及激素平衡^[5]。现阶段在子宫肌瘤、子宫功能性出血等的治疗中,子宫切除术是常见的手术方法。传统开腹子宫切除术具有较大的手术创伤,患者术后恢复速度较慢,并发症发生率较高^[6]。随着微创手术的飞速发展和不断进步,传统开腹子宫切除术在某些领域已经逐渐被微创手术所取代。经阴道子宫切除术是临床常用的微创手术,该阴式子宫切除术能够减轻手术创伤,但是具有较大的手术难度和较小的适用范围,因此在临床应用中受到了一定程度的限制^[7]。随着腹腔镜技术在妇科的不断应用和推广,腹腔镜辅助阴式子宫切除术提供了临床微创子宫切除术。本研究表明,观察组的手术时间、术后排气时间、术后住院时间均明显比对照组短,但两组患者的术中出血量比较差异无统计学意义;观察组术后 1、3、7 d 的 VAS 评分均明显比对照组低;观察组感染 1 例,均没有发生盆腔粘连和持续疼痛;对照组感染 2 例,盆腔粘连 1 例,持续疼痛 2 例。观察组术后并发症发生率 4% (1/25) 比对照组 20% (5/25) 低,说明了腹腔镜辅助阴式子宫切除术比阴式子宫切除术好。

3.2 腹腔镜辅助阴式子宫切除术手术技巧与体会 腹腔镜辅助阴式子宫切除术的难点主要在于粘连引发的损伤及出血。在脐部建立 CO₂ 气腹的过程中,其下的腹腔组织可能会受到损伤粘连,因此通常情况下应该取开放式切口,同时充气前经腹腔镜确认向腹腔安全进入。在作 2~4 切口的过程中首先对患者的盆腹腔进行认真的探查,如果腹内脏器粘连着腹壁,则将 1~2 个切口作在估计可以进行手术操作的非粘连部位,对粘连进行分解后再作后面的切口。在对粘连进行分离的过程中,应该确保具有清晰的解剖层次,特别是临近子宫血管及输尿管时,可以用超声刀逐次分离钳夹的少许组织。当有活动性出血时,禁止电凝止血,可以先用血管钳交替钳夹,将出血部位明确后再电凝或用钛夹等止血。手术中估计患者的粘连较为严重,或探查发现患者具有严重的盆腔粘连,则先放置输尿管导管,这样才能避免输尿管损伤。在电凝输尿管、肠管等周围组结时,电凝时间最短,离开输尿管、肠管 1 cm 以上。如果损伤了脏器,应该及时处理。术后盆腔常规放置引流管,盆腔感染、血肿和术后发热可减少。手术中如果患者有较为严重的粘连,在出院后给予中药灌肠加热敷活血化瘀治疗,以避免患者盆腔形成粘连性包块,显著减轻疼痛,为患者早日康复奠定坚实的基础^[8]。

【参考文献】

[1] 李光仪.实用妇科腹腔镜手术学[M].北京:人民卫生出版社,2008:276.

[2] 饶冬平,吴元赓,许结乔.防治剖宫产术中产后出血 76 例临床分析[J].东南国防医药,2009,11(2):150-152.

[3] 魏仙凤,刘淑华,董虹华.腹腔镜辅助下阴式子宫全切除术临床应用[J].浙江创伤外科,2010,15(6):794-795.

[4] 袁树华,袁爱华,李媛,等.顺行阴式子宫切除术 62 例临床报告[J].中国医学创新,2011,8(6):65-66.

[5] 罗彬,唐晓慧.326 例经腹全子宫切除术近期与远期并发症分析[J].吉林医学,2010,31(15):2277-2278.

[6] 鲁海燕,彭梅,吴立春.改良简化阴式子宫切除术 148 例临床分析[J].中国医学创新,2011,8(13):22-23.

[7] 尚慧玲,李光仪.腹腔镜全子宫切除术 1006 例分析[J].实用妇产科杂志,2009,22(9):557.

[8] 韩素云,袁鹏,张莉,等.腹腔镜下异位妊娠手术的卫生经济学研究[J].腹腔镜外科杂志,2007,12(5):404-406.

(收稿日期:2014-10-19;修回日期:2014-11-26)

(本文编辑:黄攸生)