腹腔镜下子宫次全切除术 35 例分析

敖卫红[1] 孙金凤[2]

（1 广东省深圳市沙井人民医院 深圳 518104；2 广东省深圳市观澜人民医院 深圳 518110）

摘要：目的：评价腹腔镜下子宫次全切除术的效果及优越性。方法：回顾性分析 35 例因诊断为子宫肌瘤（28 例）、子宫腺肌症（3 例）、子宫内膜息肉（2 例）、顽固性子宫功能失调性出血（2 例）的患者腹腔镜下子宫次全切除术。对同时期 40 例有同样适应证的患者行腹式子宫次全切除手术。比较两组患者术中、术后情况。结果：两组病人的手术时间无显著性差异，腹腔镜下子宫次全切除术手术后疼痛发生率、术中失血量明显减少，术后住院时间明显缩短。结论：腹腔镜下子宫次全切除术术中出血少、恢复快、疼痛轻、并发症少、住院时间短、腹部不留疤痕，是一种安全有效的手术方法。

关键词：腹腔镜；子宫次全切除术；手术效果评价

中图分类号：R 713.42 **文献标识码：**B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.023

随着腹腔镜技术的日臻成熟，腹腔镜技术已越来越被广大妇科临床医生及患者所接受。我院自 2008 年 10 月 ~2011 年 9 月共实施腹腔镜下子宫次全切除术 35 例，现将其与同期 40 例有同样适应证的患者行腹式子宫次全切除手术进行比较，以便对腹腔镜下子宫次全切除术作一初步的评价。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2008 年 10 月 ~2011 年 9 月在腹腔镜下行子宫次全切除术患者 35 例，取同时期 40 例行腹式子宫次全切除手术患者作为对照组，所有患者因子宫良性病变需切除子宫，且术前均经过宫颈细胞液基薄片检查宫颈良好，年龄 40~45 岁，子宫增大均小于 14 周。其中腹腔镜组子宫肌瘤 28 例，子宫腺肌症 3 例，子宫内膜息肉 2 例，顽固性子宫功能失调性出血 2 例；开腹组子宫肌瘤 30 例，子宫腺肌症 5 例，子宫内膜息肉 2 例，顽固性子宫功能失调性出血 3 例。

1.2 手术设备 腹腔镜、高清晰度摄像监测系统、二氧化碳（CO_2）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(Wisap)及抓钳、分离钳、持钳、剪刀、子宫旋切器等手术器械。

1.3 手术方法

1.3.1 术前准备 术前阴道冲洗 1~3 d，清洁脐部，术前禁食、禁水并清洁灌肠。

1.3.2 腹腔镜下子宫次全切除术 采用全身麻醉，麻醉成功后，取膀胱截石位，放置举宫器，常规气腹形成后（腹腔内压达 13 mmHg），于脐缘上插入腹腔镜检查，于麦氏点及其左侧相应部位、耻骨联合上左侧旁穿刺形成第二、三、四穿刺孔，分别置 5 mm、15 mm、5 mm 套管，用双极电凝分别电凝，并用剪刀剪断双侧圆韧带、输卵管峡部、卵巢固有韧带，稍向下分离两侧宫旁组织，套扎线圈套扎子宫颈外鞘及子宫血管，取出举宫器，收紧线圈，待子宫呈紫黑色后，打两个方结，用子宫旋切器切割子宫体成条，逐

性阴道病时，阴道内产生过氧化氢的乳杆菌减少而其他细菌大量繁殖，主要有加德纳菌、动弯杆菌、普雷沃菌、紫单胞菌、类杆菌、消化链球菌等厌氧菌以及人型支原体，其中以厌氧菌居多，厌氧菌数量可增加 100~1 000 倍。促使阴道菌群发生变化的原因仍不清楚，推测可能与频繁性交、多个性伴侣或阴道灌洗使阴道碱化有关[1]。细菌性阴道病中医称之为“带下病”，带下之形成是由湿热下注，损伤任带，首先是白带；如湿热壅聚，郁而化热，湿热交蒸成为黄带，其色如茶，有腥臭气；如果失于治疗，化火化毒，便成为赤白带、青带，甚至黑带，这时常伴有口苦，小便赤热，阴痒，阴道灼痛；带下之色由黄变成浓汁，衄血夹杂之物[2]。带下的颜色、质地、气味是带下病的辨证要点。从颜色来看，古人把带下分为白、黄、赤、青、黑五种。首先从巢元方《诸病源候论》提出，以后在陈自明的妇科专著《妇人大全良方·崩中带下方论》中认为带下病的发生，是由于风邪侵入，五脏所伤发生的病变。由于所伤的脏腑不同而产生不同颜色的带下病，象征着五脏各有其带，他说：“妇人带下，其名有五，因经行产后，风邪入胞门，传入脏腑而致之。”笔者应用加味易黄汤阴道冲洗就是基于此论点。方中黄柏、苦参、车前子、虎杖清热利湿；白鲜皮、地肤子杀虫止痒；白芷、蒲公英消肿排脓，燥湿止带；山药、芡实健脾利湿；白果止带有奇效；牡丹皮凉血解毒止痛。全方合用，均为湿邪开辟出路，共奏清热解毒化湿止带之功，故治疗细菌性阴道病有良效。用药期间注意事项：(1) 治疗期间应该禁食辛辣刺激等食物。(2) 注意冲洗液温度应控制在 37 度左右，冲洗液应当日配制当日使用。(3) 嘱咐患者保持外阴干燥，勤换内裤，经期尤注意外阴清洁卫生，禁经期同房。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003.261
[2]梅乾茵.黄神武妇科经验集[M].北京:人民卫生出版社,2004.67

（收稿日期：2012-02-24）

一取出，再次套扎宫颈残端加固，用双极电凝电凝残端及内膜，冲洗盆腹腔，查无活动性出血，置 100 mL 欣可聆于腹腔内防粘连，排除腹腔余气，取出套管，缝合 1 cm 以上穿刺孔，手术结束[1]。

1.3.3 腹式子宫次全切除术 采用连续硬膜外麻醉，麻醉成功后，取仰卧位，碘伏消毒皮肤术野，铺无菌巾，取脐耻之间横或纵切口，逐层切开皮肤、皮下脂肪，剪开筋膜，钝性分离腹直肌，剪开腹膜，洗手探查腹腔，了解子宫及周围情况，用 2 把大弯血管钳挟持子宫两旁，将子宫提捞出腹膜外，用 2 把中弯血管钳钳夹一侧圆韧带，钳间切断，用 10 号丝线贯穿缝扎残端并加固 1 次，自圆韧带断端顶起打洞贯穿阔韧带后叶，用 2 把中弯血管钳自上而下钳夹同侧输卵管峡部、卵巢固有韧带直达圆韧带断端洞缘，钳间切断，用 10 号丝线贯穿缝扎残端并加固 1 次，同法处理对侧同名组织；自一侧圆韧带断端朝内下沿腹膜反折剪开阔韧带前叶直达对侧圆韧带断端，分离腹膜反折，下推膀胱，分离宫旁疏松结缔组织，用 2 把中弯血管钳钳夹一侧子宫血管，钳间切断，用 10 号丝线贯穿缝扎残端并加固 1 次，同法处理对侧子宫血管；用刀在子宫峡部环形切下子宫，碘伏消毒宫颈残端，用 1 号 PGA 线间断缝合宫颈残端、连续缝合两侧腹膜使盆腔腹膜化，包埋宫颈残端，清理腹腔，清点器械无误，逐层关腹，手术结束[2]。

1.4 观察内容 包括术中失血量、手术时间、术后并发症、住院时间以及术后恢复情况。

1.5 统计学分析 采用 t 检验及方差分析。

2 结果

2.1 手术时间 两组病例手术过程均顺利，腹腔镜组手术时间（90± 15.3）min，开腹组手术时间（86± 15.3）min，两组病例的手术时间无显著性差异（P >0.05）。

2.2 术中术后情况比较 腹腔镜组术中失血（50± 29.2）mL，开腹组术中失血（90± 29.2）mL，两组病例的术中失血量有显著性差异（P <0.05）。腹腔镜组无 1 例中转开腹，无手术并发症发生，腹部切口均未见明显疤痕。开腹组无手术损伤，术后腹部切口感染 1 例。腹腔镜组术后未使用止痛剂，开腹组术后使用止痛剂 35 例，腹腔镜组术后疼痛发生率显著低于开腹组（P <0.01）。腹腔镜组术后使用抗生素时间 1~3 d，术后当日或第 2 天下床自由活动，术后住院时间 3~5 d；开腹组术后使用抗生素时间 3~5 d，术后 24 h 后下床活动，术后住院时间 6~8 d。腹腔镜组术后使用抗生素时间、术后下床活动时间和术后住院时间明显缩短。

2.3 术后随访 随访时间 1~18 个月，两组均无任何不适，5 例子宫腺肌症性生活改善，其余性生活无异常，每年宫颈防癌检查未发现异常。术后 3 个月复查，95%腹腔镜组病人在术后 1 周恢复正常的日常活动，半个月从事工作。而 98%开腹组病人需要 3~4 周恢复正常的日常活动，2 个月从事工作。

3 讨论

腹腔镜技术作为一种微创技术，是先进的科学技术与现代医学的完美结合，近年来在妇科得到广泛应用。腹腔镜下子宫次全切除术不仅可获得比传统开腹手术更直观清晰的视野，同时可原位处理输卵管峡部、卵巢固有韧带、圆韧带，不改变其解剖位置，从而减少下腹牵拉痛；另外，其切开、结扎、止血主要依赖电凝完成，手术部位异物明显减少，有效减少了盆腔粘连；同时，操作在一封闭容器内完成，避免了周围脏器的暴露，对腹腔干扰小，降低了术后并发症，减少了抗生素的用量。腹腔镜下子宫次全切除术，保留了正常的宫颈组织，使盆底结构及阴道长度不受影响，本手术方式未分离膀胱腹膜反折，有效保护了阴道、膀胱血管及神经，避免了阴道膀胱血管、神经损伤，因此术后能维持较好的性功能和膀胱功能，提高了患者的生活质量。

在进行腹腔镜下子宫次全切除术时，为确保手术安全顺利完成，应注意将双极电凝的导电部位放在视野中，并充分暴露电凝范围，远离肠管，控制电流大小，使用旋切器时，可因线圈滑脱引起术中、术后残端出血，因此在套扎线圈时其上方组织不应过短，但也不应过长，李光仪等报道[3]宫颈残留组织保留约 1 cm 为宜。通过上述 35 例腹腔镜下子宫次全切除术观察，我们发现其术中失血、术后疼痛、术后并发症、住院时间以及腹部疤痕等均明显优于传统开腹手术，其操作简单，不需特殊器械，医疗成本低，只要我们遵循操作规程，腹腔镜下子宫次全切除术是一种安全有效的手术方法，值得基层医院推广。

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,2006.255-267
[2]刘新民.妇产科手术学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2006.173-176
[3]李光仪,冯红.腹腔镜子宫次全切除术式操作[J].中国实用妇科与产科杂志,2005,40(4):269-270

（收稿日期：2012-02-24）