3 讨论

急性胆囊炎是临床肝胆外科的常见疾病。该病主要是由于患者机体受到化学性刺激或细菌感染所致。另外,患者机体免疫力低下、饮食不规律、情绪波动大等因素也是该病发生的诱因。临床以手术治疗为首选方法,为提高手术治疗效果,术前应对患者进行禁食、纠正水、电解质异常和胃肠减压等治疗^[4]。近年来,随着医学影像技术的快速发展,有效地提升了急性胆囊炎的诊断率和治疗有效率,在减轻患者痛苦,提高患者后期生存质量方面发挥了重要的作用。腹腔镜胆囊切除术目前已经成为临床治疗急性胆囊炎的金标准,得到了广大患者及医生的普遍认可。

急性胆囊炎患者中,老年患者较多,大部分患者机体免疫力低下,机体功能下降,并伴有其他疾病,对传统开腹手术的耐受性较低,传统术式对患者身体造成的损伤较大,术后并发症较多,术后恢复时间长,不能保证手术的安全性和有效性。而腹腔镜手术能有效克服这些弊端,它创伤小、疼痛轻、手术视野开阔、操作方便、术后并发症少、术后恢复快,在治疗该病时取得了较理想的疗效,有效地降低了手术风险^[5]。有文献报道称,合理的手术时间与治疗效果也有绝大的关系,总结临床经验发现,患者发病后 48 h 内进行腹腔镜手术治疗,更有利于患者的恢复。是因为这段

时间内患者的胆囊壁仅有水肿,出现粘连的可能性很小,操作过程中更容易分离,这些对于缩短手术时间、减轻切口暴露和降低感染都有重要的影响^[6]。研究结果显示,研究组手术时间、胃肠功能恢复时间、下床活动时间和住院时间等指标均优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$;研究组术后并发症发生率小于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。这说明,腹腔镜胆囊切除术方案有效性和安全性更高,在治疗急性胆囊炎时更具有优势。综上所述,腹腔镜胆囊切除术手术创伤小,术后恢复快,治疗效果优于传统开腹手术。

参考文献

- [1] 高建,夏战伦.腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎的临床疗效评估[J].中国社区医师,2014,30(4):30-31
- [2] 皮园园.腹腔镜及开腹胆囊切除术治疗老年急性胆囊炎的临床疗效及安全性比较[J].中国实用医药,2015,10(25):102-103
- [3] 张进法.腹腔镜胆囊切除术与开腹胆囊切除术治疗老年急性胆囊炎的疗效比较[J].国际医药卫生导报,2016,22(17):2628-2630
- [4] 陈诚.用腹腔镜胆囊切除术与开腹胆囊切除术对老年急性胆囊炎患者进行治疗的效果对比[J].当代医药论丛,2016,14(24):223-225
- [5] 王耀东,侯森,时永,等.腹腔镜胆囊切除术与开腹胆囊切除术治疗老年急性胆囊炎的疗效对比研究[J].中国继续医学教育,2015,7(32):108-109
- [6] 赵不非.腹腔镜与传统开腹手术治疗老年急性胆囊炎患者的效果对比[J].中国民康医学,2016,28(4):28-30

(收稿日期:2017-04-02)

腹腔镜与开腹子宫全切术的临床疗效对比分析

李景玲

(广东省佛山市南海区罗村医院妇科 佛山 528226)

摘要:目的:对比分析腹腔镜与开腹子宫全切术的临床效果。方法:选取2014年1月~2016年1月我院收治的90例行子宫全切术患者,按照手术方式的不同分为观察组和对照组,每组45例,对照组采用开腹子宫全切术进行治疗,观察组采用腹腔镜子宫全切术进行治疗。结果:观察组的手术时间长于对照组,但术中出血量、排气时间、住院时间和并发症发生率均低于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:相较于子宫全切术,腹腔镜手术具有创伤小、疼痛轻、并发症少和恢复快等优点,治疗效果明显更好。

关键词:子宫全切术;腹腔镜;开腹;临床效果

中图分类号:R713.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.089

近年来,女性的生活和工作压力不断增加,妇科疾病患者越来越多,给女性的身体健康和生活质量带来了严重的不良影响。子宫全切术是妇科常见手术之一,以往多采用开腹子宫全切术,该术式创伤较大,术后并发症多,恢复慢,患者不易接受^[1]。随着微创技术和腹腔镜技术的不断发展,腹腔镜下子宫全切术因其具有创伤小、出血量少和恢复快等优势,在临床得到了广泛的应用。本文选取了90例子宫全切术患者分别进行腹腔镜和开腹子宫全切术,并对比了两种术式

的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月~2016年1月我院收治的90例行子宫全切术患者为研究对象,年龄38~54岁,平均年龄 (46.87 ± 2.32) 岁;病程2~15 d,平均病程 (5.81 ± 0.53) d;子宫肌瘤46例,子宫内膜病变14例,卵巢囊肿12例,子宫腺肌瘤18例;合并下腹部手术史21例,附件病变者12例。根据手术方式不同分为对照组和观察组各45例。两组患者一般

资料比较无显著性差异, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 经病理组织学确诊者^[1]; (2) 符合手术适应证, 能耐受手术者; (3) 自愿签署知情同意书者。

1.2.2 排除标准 (1) 重要脏器功能严重不全者; (2) 子宫内膜恶性病变、宫颈癌患者; (3) 无手术、麻醉禁忌证者; (4) 临床资料不全或中途退出研究者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用开腹子宫全切术进行治疗。采用连续硬脊膜外组织麻醉, 于耻骨联合 2~3 横指处做一 12 cm 左右长的横切口, 逐层分离相关组织, 仔细探查腹腔, 将子宫圆韧带、输卵管、卵巢固有韧带、子宫动脉、子宫主韧带和膀胱宫颈韧带等切断, 将子宫取出后, 及时彻底冲洗腹腔, 常规关腹。

1.3.2 观察组 采用腹腔镜子宫全切术进行治疗。气管插管全麻, 协助患者选择膀胱截石位, 于脐轮上缘或下缘穿刺气腹针, 注入二氧化碳, 形成气腹, 维持气腹压在 12~13 mm Hg; 采用 10 mm 套管穿刺置入腹腔镜, 将 5 mm 套管分别置于右侧麦氏点、左侧相当于麦氏点处及耻骨联合上方 2 横指腹中线偏左 2~3 cm 处; 改为头低臀高位, 采用电凝刀切断子宫圆韧带, 若需保留附件, 可采用电凝刀切断输卵管及卵巢固有韧带^[2], 若无需保留, 则将骨盆处漏斗韧带和血管切断, 分离子宫膀胱反折腹膜及附件疏松组织, 并推至膀胱与宫颈外口下方 1~2 cm, 确保子宫血管、主韧带和骶韧带完全暴露, 电凝止血后, 切断血管和韧带, 切开阴道, 将宫体取出; 若子宫体积大, 取出难度较大, 可用子宫切割器切除部分子宫, 随后取出, 缝扎止血后, 彻底冲洗盆腔, 拔出腹腔镜后缝合切口。术后两组患者均给予抗生素抗感染治疗, 合理膳食, 注意休息。

1.4 评价指标 详细记录两组的手术时间、术中出血量、排气时间、下床活动时间和住院时间等; 统计并发症的发生情况, 包括发热、阴道出血、尿路感染、切口感染、下肢静脉血栓和肩背部酸痛等。

1.5 统计学分析 采用 SPSS19.0 统计学软件处理数据, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术及术后指标比较 观察组的手术时间长于对照组, 但术中出血量、术后肛门排气时间、下床活动时间和住院时间均低于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的手术及术后指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	排气时间 (h)	下床活动时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	45	85.12±5.62	115.87±12.32	23.31±2.10	41.32±7.32	5.23±1.23
对照组	45	145.86±8.92	109.64±8.72	35.87±3.43	75.87±10.98	7.87±2.76
t		2.519 2	1.996 1	2.667 8	2.250 0	5.035 1
P		0.002 7	0.024 0	0.001 5	0.008 3	0.000 0

2.2 两组并发症发生率比较 对照组发生并发症 8 例, 其中尿路感染 2 例, 切口感染 1 例, 阴道出血 3 例, 发热 1 例, 下肢静脉血栓 1 例, 并发症发生率为 17.78%。观察组发生并发症 2 例, 其中阴道出血 1 例, 肩背部酸痛 1 例, 并发症发生率为 4.44%。两组并发症发生率相比较, 差异有统计学意义, $\chi^2=9.009 8$, $P < 0.05$ 。

3 讨论

子宫全切术是妇科临床的常见术式之一, 包括开腹、腹腔镜和阴式三种术式。开腹子宫全切术是基本术式, 适用于盆腔粘连严重、子宫体积过大和疑有恶变患者, 但开腹子宫全切术创伤较大, 出血量多, 易干扰盆腔环境, 增加粘连发生率, 且切口瘢痕大, 影响美观, 不符合女性爱美的需求。腹腔镜手术是另一种临床常见术式, 广泛应用于腹腔内脏器疾病的治疗, 该术式可充分暴露手术视野, 确保清晰显示子宫结构和病灶大小。医师选择恰当的手术时间和方式, 可提高治疗效果^[3]。

随着腹腔镜技术和医学器械的不断发展和完善, 腹腔镜子宫全切术因其创伤小、疼痛轻和恢复快等优势, 受到了广大妇科医师和患者的青睐。在郑玉霞^[4]的研究中, 观察组采用腹腔镜子宫全切术, 对照组采用开腹子宫全切术, 结果显示观察组的术中出血量、排气时间、腹痛消失时间、住院时间和并发症发生率均低于对照组, $P < 0.05$, 说明腹腔镜子宫全切术的治疗效果优于开腹子宫全切术, 可缩短住院时间, 加快恢复速度。腹腔镜子宫全切术可在直视下分离盆腔和腹腔粘连, 通过腹腔镜仔细探查盆腔、腹腔、输卵管和卵巢情况, 能科学诊治盆腔合并疾病。而且此术式在封闭的腹腔内进行, 可避免手套、纱布等对脏器的影响, 减少对盆腔的干扰, 降低粘连发生率^[5]。同时腹腔镜手术创伤小, 符合女性对美观的需求。由于腹腔镜子宫全切术操作空间小, 对术者的经验和技巧要求较高, 受限于相关因素, 腹腔镜手术不适用于子宫恶性肿瘤、子宫肌瘤过大和严重盆腔粘连患者, 这几类患者最好选择开腹手术, 避免术中转换手术方式或切除不完全的情况出现^[6]。

研究结果显示, 观察组手术出血量、排气时间、

下床时间、住院时间及并发症发生率低于对照组。说明腹腔镜子宫全切除术创伤小,术后恢复快,但临床应结合患者的实际情况,选择合适的手术方式,确保最佳的手术效果。

参考文献

- [1]叶慧云,黄丽群.腹腔镜下阴式子宫全切除术与开腹子宫全切除术的临床比较[J].中国现代医生,2012,50(5):139-140
[2]娄志军.腹腔镜辅助阴式子宫全切除术与开腹子宫全切除术的疗效对

- 比[J].中国医药指南,2013,11(3):493-494
[3]黄玉珍,刘淑芳,张军莲.腹腔镜子宫全切除术与开腹子宫全切除术的对比分析[J].医学理论与实践,2014,27(6):787-788
[4]郑玉霞.腹腔镜与开腹子宫全切除术的临床疗效对比[J].河南外科学杂志,2016,22(1):111-112
[5]张笑笑,俞加正.腹腔镜下子宫全切除术与开腹子宫全切除术的对比分析[J].中国高等医学教育,2015,29(5):140-142
[6]黄海林.腹腔镜下子宫全切除术与开腹子宫全切除术的临床疗效比较[J].中国医药指南,2013,11(1):86-86

(收稿日期:2017-03-28)

米索前列醇合葡萄糖酸钙对剖宫产术中、产后出血的影响

李贤东

(河南省南阳市张仲景医院妇产科 南阳 473000)

摘要:目的:分析米索前列醇联合葡萄糖酸钙对剖宫产术中、产后出血的影响。方法:选取2015年1月~2016年8月我院86例剖宫产分娩产妇为研究对象,随机分为对照组和观察组各43例。对照组于分娩后给予米索前列醇舌下含服及直肠给药,观察组在对照组基础上术前静脉推注葡萄糖酸钙,比较两组产妇不同时间段出血量、生命体征及不良反应发生情况。结果:观察组产妇术中出血量、术后2h出血量、术后24h出血量均低于对照组($P < 0.05$);两组产妇脉搏、呼吸、血氧饱和度比较无显著性差异($P > 0.05$);两组产妇不良反应发生情况比较无显著性差异($P > 0.05$)。结论:米索前列醇联合葡萄糖酸钙治疗,可有效减少剖宫产产妇术中出血量,预防并减轻产后出血,且安全性较高。

关键词:剖宫产术;米索前列醇;葡萄糖酸钙

中图分类号: R719.8

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.090

出血为剖宫产常见的并发症,可引起产妇贫血、抵抗力下降,若出血量过多,可威胁生命安全。米索前列醇为预防产后出血常用药,可减少产后出血量,降低产后出血发生率^[1]。葡萄糖酸钙可增加血液中钙含量,收缩子宫平滑肌,具有促进血栓形成、加速机体凝血的作用。本研究将米索前列醇联合葡萄糖酸钙应用于剖宫产中,取得良好的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月~2016年8月我院86例行剖宫产分娩产妇为研究对象,随机分为对照组和观察组各43例。对照组:年龄24~39岁,平均年龄(30.38±3.59)岁;初产妇15例,经产妇28例;孕周38~41周,平均孕周(39.46±1.03)周。观察组:年龄23~40岁,平均年龄(31.27±3.91)岁;初产妇16例,经产妇27例;孕周37~41周,平均孕周(39.05±1.27)周。两组产妇一般资料比较差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。本研究经我院伦理委员会批准。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:常规检查正常;符合剖宫产指征;签署知情同意书。排除标准:对研究药物过敏或禁忌;肝肾功能障碍;凝血功能障碍。

1.3 方法 对照组产妇分娩后予以米索前列醇治

疗。米索前列醇(国药准字H20073696)200 μg舌下含服,米索前列醇200 μg塞肛,深度5 cm。观察组产妇在对照组基础上予以葡萄糖酸钙治疗,术前葡萄糖酸钙(国药准字H20013422)10 ml加入50%葡萄糖注射液20 ml中静脉推注,10 min推注完毕。

1.4 观察指标 (1)采用称重法与容积法计算两组产妇术中、产后2 h出血量、产后24 h出血量^[2]。(2)比较两组产妇生命体征,包括脉搏、血压、血氧饱和度。(3)比较两组产妇不良反应发生情况。

1.5 统计学方法 数据处理采用SPSS22.0统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇出血量比较 观察组术中、术后2 h及术后24 h出血量均低于对照组, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表1。

表1 两组产妇出血量比较(ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术中出血量	术后2 h出血量	术后24 h出血量
观察组	43	188.23±55.84	203.58±35.81	327.74±73.38
对照组	43	280.56±64.37	265.18±37.95	448.27±94.43
<i>t</i>		7.105	7.742	6.609
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

2.2 两组产妇生命体征比较 两组产妇脉搏、呼