经验交流

文章编号:1000-5404(2007)23-2296-02

大子宫经阴道切除术84例临床分析

王昆松,罗克燕,谢红梅 (遵义医学院第三附属医院妇产科,遵义 563000)

阴式子宫切除术过去常应用于脱垂子宫的切除,近年来随着手术术式的改良,日渐应用于非脱垂子宫,已成为妇科微创手术之一,并逐渐拓宽其手术适应证[1]。我院近年开展了经阴道大子宫切除术,效果满意。我们回顾分析了经阴道大子宫切除术,并与同期同条件经腹大子宫切除术作对比分析,现报告如下。

1 资料与方法

选择我院2005年8月至2007年4月因患子宫肌瘤有症状、无生育要求而需手术切除子宫者168例为研究对象。患者为育龄妇女或围绝经期妇女,年龄36~58岁,有生育史,无手术史,不伴子宫脱垂,排除子宫体、宫颈恶性肿瘤,子宫活动度好,子宫增大如妊娠12~16周,无重要脏器合并症。患者自愿选择经阴道或经腹子宫切除术。经阴道子宫全切组为试验组,经腹筋膜外子宫切除为对照组,每组84例。

患者均采用腰硬联合麻醉。试验组采用改良的非脱垂阴式全子宫切除术。术中应用子宫挖核术、子宫对半切开术及分碎术等方法减小子宫体积,并将附件断端、主韧带断端、前后腹膜缝合于阴道顶端。术毕放置引流管及碘仿纱布条于阴道内,24 h取出,留置尿管保留24~48 h。术后常规预防性使用抗生素3 d。对照组行传统经腹筋膜外子宫切除手术。取下腹部脐耻之间纵切口约12 cm,常规步骤行筋膜外子宫全切术,间断缝合后腹膜,术后常规预防性使用抗生素3~7 d。观察指标:手术时间、术中出血、术后排气时间、术后住院天数、术后病率。术后病率是指凡手术后24 h连续2次,相隔4 h,测体温超过38 ℃的患者所占比例。

统计学方法:采用SPSS 14.0统计软件行t检验。

2 结果

两组患者手术均顺利完成,试验组无一例中转开腹,试验组与对照组比较,手术时间、术中出血、术后排气时间以及出院时间均有显著差异($P<0.01$)。试验组无一例出现术后病率,对照组术后病率的发生率为6%。

表1 2组患者术后各项观察指标的比较

组别	手术时间(min)	术中出血(ml)	术后排气时间(h)	术后住院天数(d)
试验组	66.51±12.36	210.06±91.84	24.20±6.31	4.70±1.06
对照组	77.52±13.73	268.10±97.23	31.11±7.71	7.19±0.88
P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

作者简介:王昆松(1962-),男,福建省南平市人,副主任医师,主要从事妇科肿瘤方面的研究。电话:(0852)8923223

收稿日期:2007-07-04;修回日期:2007-09-26

3 讨论

子宫全切术是许多妇科疾病常用的手术治疗方法。目前已由传统的经腹子宫全切术逐渐趋于微创性子宫全切术,即阴式子宫全切术及腹腔镜下子宫全切术,后者因器械昂贵和技术要求高,不能较广泛的开展。阴式子宫全切术无需特殊器械,随着手术术式的改良提高,目前不仅应用于非脱垂子宫患者,而且逐渐应用于非脱垂子宫以及子宫增大超过妊娠12周者。

阴式子宫切除手术是一个较古典的术式,但因为手术视野暴露困难,既往认为其手术难度大,只应用于脱垂子宫。近年来,随着手术技巧的改良和麻醉技术的提高,以及人们对阴式子宫切除优点的认识,阴式子宫切除手术逐渐应用于非脱垂子宫以及子宫增大明显者。既往认为子宫增大大于妊娠12周时经阴道取出困难,视为手术禁忌证,但目前国内外均有人成功将阴式子宫切除术应用于子宫增大超过妊娠12周者[2]。本研究结果显示:阴式手术组术中出血、手术时间、术后排气时间和住院时间与开腹组相比较均有显著性差异($P<0.01$),试验组术中出血少以及手术时间、术后排气时间和住院时间均较短,充分体现了阴式手术微创的特点及优点,且术中无1例损伤周围脏器、无1例中转开腹,提示手术具有可行性及安全性。

但并不意味着阴式微创手术能够完全替代经典开腹手术。并不是所有子宫增大超过妊娠12周者均可以采用阴式子宫全切术。国内最近有报道子宫增大大于妊娠16周者,术中出血和术后感染率明显升高,但子宫增大小于妊娠16周者行阴式手术是安全、可行的[1]。本研究选择病例为子宫增大如妊娠12~16周,通过子宫对半切开、肌瘤剥除、子宫分碎等方法分解子宫使之易于取出。有人认为选择阴式还是腹式手术关键在于术者的经验和附件是否有肿瘤[3,4]。我们认为,卵巢有良性肿瘤但没有黏连者并不影响行阴式手术,但术者的阴式手术经验尤为重要,建议初学者开始应该选择非脱垂的正常大小子宫。正确选择病例也尤为关键。据报道有盆腔手术史者行阴式手术术中并发症发生率明显高于无手术史者,中转开腹率也升高。我们选择的两组病例均为无手术史者,试验组均顺利完成手术,无1中转开腹。有手术史疑盆腔黏连患者,以腹腔镜子宫全切或腹腔镜辅助阴式子宫全切或开腹子宫全切为宜[5]。

选择好的麻醉方式是手术成功的关键,这在阴式子宫全切术尤为重要[6]。松弛的麻醉使术野更开阔,易于向下牵拉子宫。手术取改良截石位,术者视野与患者阴道口相平。因该术式手术视野小,与经腹手术比较系逆行切除子宫,术始前不能评价盆腔情况,术中应尽早打开前后反折腹膜,处理骶、主韧带之前打开子宫膀胱反折腹膜和后穹窿,这样能使解剖层次更为

清晰，偶尔会因为子宫增大向前或向后凸起而使子宫膀胱反折腹膜或后穹窿不易打开，可不强求同时打开前后穹窿，仅打开前或后穹窿也有利于手术，这样可以清楚触摸子宫颈内口部位及子宫体下段，于其两侧清楚显露子宫动脉，防止盲目钳夹损伤输尿管。子宫体分碎是手术的重要步骤，使用恰当可使手术时间明显缩短，在宫体分碎之前关键步骤是结扎子宫动脉，先结扎子宫动脉再分碎子宫可以使分碎子宫时的出血明显减少，降低手术风险。子宫体的分碎方法视具体情况而不同，子宫肌瘤位于靠近子宫颈部可以先触及瘤体并挖出肌核，肌瘤位于宫底部时因首先挖出肌核困难，可由宫颈纵向剖开子宫部分，取出一半宫颈及部分宫体后继续纵向剖开子宫，分块取出[7]。本组84例结合不同方法均顺利分碎子宫并取出。

总之，合理掌握适应证可以使经阴道子宫全切术应用于非脱垂大子宫的切除，不但安全而且具有出血少、手术时间短，术后恢复快等微创的优点。

关键词：子宫切除术；大子宫；阴道式
中图法分类号：R731.42 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 谢庆煌，柳晓春，郑玉华，等. 非脱垂子宫阴式子宫全切除术的适应证和禁忌证探讨[J]. 中华妇产科杂志，2005，40(7)：441－444.
[2] 刘新民. 妇产科手术学[M]. 第3版. 北京：人民卫生出版社，2003：191－202.
[3] 黄浩梁. 阴式筋膜内非脱垂子宫切除术46例临床观察[J]. 实用临床医药杂志，2005，9(1)：51－52.
[4] Shao J B, Wong F. Factors influencing the choice of hysterectomy [J]. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2001, 41(3): 303－306.
[5] Boukerrou M, Lambaudie E, Collinet P, *et al*. Previous caesarean section is an operative risk factor in vaginal hysterectomy[J]. Gynecol Obstet Fertil, 2004, 32(6): 490－495.
[6] 武海英，李雅丽. 阴式全子宫切除术前米非司酮的应用[J]. 第三军医大学学报，2005，27(15)：1616－1617.
[7] 黄少玲. 改良阴式子宫切除术的临床应用[J]. 实用临床医药杂志，2005，9(7)：64－65.

（编辑 王小寒）

文章编号：1000-5404(2007)23-2297-02

经验交流

放腹水对肝硬化患者肾功能、白蛋白、电解质的影响及其疗效观察

李富军，邹益友 （中南大学湘雅医院消化内科，长沙 410008）

近年来国内外资料表明，大量放腹水是治疗肝硬化合并腹水的有效方法之一[1]，但对其疗效及可能的并发症还存在着争议。为探讨其对肝硬化患者的影响，我们研究了放大量腹水后患者白蛋白、肾功能、电解质的变化及其与常规治疗的差异，报告如下。

1 材料与方法

1.1 材料

收集本科2005年1月至2006年6月肝硬化合并腹水患者40例，放腹水组15例，男性8例，女性7例，平均年龄(58.3±12.1)岁；常规治疗组25例，男性15例，女性10例，平均(56.8±11.6)岁。患者都排除肝硬化并发症及心、肾、脑等器官合并症。

1.2 方法

患者均给予低盐饮食，不用利尿剂，控制输液量及饮水量。治疗前及放腹水结束1 h和24 h后检测白蛋白、肾功能、电解质，术后24 h给予静脉输注白蛋白，放腹水组患者每周放腹水2～3次，每次最少量5 000 ml，至腹水消失。常规治疗组患者用安体舒通和速尿治疗，安体舒通开始剂量为180 mg/d，如无效则每隔5 d增加剂量60 mg，至最大剂量900 mg/d，间断输注白蛋白和速尿，每隔5 d检测上述指标，至腹水消失。所有患者治疗结束前再次检测以上指标。

作者简介：李富军(1972－)，男，湖南省长沙市人，硕士，主治医师，主要从事炎性肠病与肝病方面的研究。电话：(0731)4327106

收稿日期：2006-11-15；**修回日期**：2007-05-06

1.3 统计学处理

数据用$\bar{x}\pm s$表示，采用SPSS 13.0统计软件进行t检验。

2 结果

治疗期间放腹水组每例患者放腹水17 680～27 560 ml，每次放腹水持续时间为182～254 min，治疗前后白蛋白、肾功能、电解质变化情况见表1。常规治疗组有2例患者经利尿治疗无效而自动出院，3例患者经4周治疗后腹水消退不理想而改用放腹水治疗后腹水消退，该5例患者未纳入统计，其余20例患者治疗前后变化情况见表2。放腹水组患者住院时间为(18.4±2.9) d，常规治疗组住院时间为(29.9±3.9) d，两组比较有显著性差异($P<0.01$)。

表1 放腹水组电解质、肾功能、白蛋白检测

组别	白蛋白(g/L)	尿素氮(μmol/L)	肌酐(mmol/L)	钾(mmol/L)	钠(mmol/L)
放腹水前	26.0±2.3	12.7±4.7	215.0±84.2	4.4±0.7	139.5±7.8
放腹水后1 h	23.8±1.5[b]	11.2±3.5[b]	185.9±67.1[a]	4.2±0.7[b]	135.4±5.7[b]
放腹水后24 h	24.8±2.6[b]	11.5±4.2[b]	192.9±69.8[b]	4.3±0.8[b]	138.7±6.3[b]
治疗结束前	27.2±1.8	11.4±3.9[b]	187.7±59.3[b]	4.4±0.5	137.9±5.6

a：$P<0.05$，b：$P<0.01$，与放腹水前比较

表2 常规治疗组电解质、肾功能、白蛋白检测

组别	白蛋白(g/L)	尿素氮(μmol/L)	肌酐(mmol/L)	钾(mmol/L)	钠(mmol/L)
治疗前	28.8±2.3	7.6±1.5	159.9±41.0	4.3±0.7	138.7±6.1
治疗中	29.2±2.2	8.4±2.4[a]	171.3±46.3[b]	4.5±0.6	140.1±5.7
治疗结束前	29.2±2.1	8.9±2.5[b]	184.9±42.3[b]	4.7±0.6	135.2±3.1

a：$P<0.05$，b：$P<0.01$，与治疗前比较