维普资讯 http://www.cqvip.com

141 -142 全子宫切除术 经腹腔 术式改进 24

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.2

·经验交流·

腹式改良子宫全切术术式的改进

盛桂兰* 吕桂君* 蔡文红*

R713.42

全子宫切除术是妇科最常见的手术，其术式的发展和变化与妇科理论发展密切相关，就手术范围而言，有全子宫切除及次全子宫切除之分；手术途径有经腹与经阴道之别；手术指征多为子宫良性病变。但对宫颈的处理均不十分满意，多年来国内学者们在传统的经腹腔全子宫切除术的基础上作了多种术式改进，但仍以传统式子宫切除为统一模式，而我科1997年4月至1998年10月对50例需做子宫切除术的患者，将以上各种术式加以改进和综合比较，我们研究了腹式改良子宫切除术术式，以探讨对子宫良性病变的经腹全子宫切除的一种理想的术式。

一、资料与方法

(一)研究对象：各种良性病变需子宫切除指征而无手术禁忌症者。根据术式不同，将受术者随机分为两组。研究组：行腹式改良式子宫全切术式改进50例，年龄33～59岁；对照组：行传统的腹式子宫全切除术50例，年龄40～63岁。

(二)手术方法：两组术前准备及术后处理相同，所有病例常规做宫项细胞学涂片，年龄在40岁以上及月经紊乱者做分段诊刮以排除恶性病变，术中持续导尿。1.研究组常规开腹按子宫切除步骤处理圆韧带、卵巢固有韧带、漏斗韧带、下推膀胱达宫颈峡部水平切断缝扎子宫动脉，主、骶韧带不予处理宫颈；①切开宫颈筋膜：在子宫血管结扎部位以下，做一环状切开宫颈筋膜，同时上提拉子宫，用刀向内向下继续行筋膜内宫颈(按最大面积)切除，一直锥切至宫颈阴道部。②切除子宫：仍上提子宫，艾利氏钳对称夹持阴道穹窿，环形切断阴道壁、切除子宫，常规消毒，阴道下推纱布一块；③阴道壁的缝合：华力康线连续或结节缝合消毒后的阴道残端，双侧残端角部半荷包缝合(此时要观察有无出血点，如有出血一定要充分止血后，再进行下一步骤)7号丝线缝合宫颈前筋膜内创面，缝合时一定要不能漏掉锥面切除子宫颈时的组织；优点：①创面缝合止血；②加固盆底结构。以下步骤均按腹式全子宫切除术相同；③关腹，取出阴道纱布看阴道流血量。2.对照组：术式过程按传统腹式全子宫切除术操做进行。

(三)统计方法：计量资料采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验。

二、结果：

(一)术中经过：多数手术顺利，手术时间，估计出血量、输血量、输血例数见表1。

表1 术中情况

	手术时间(分)	估计失血量(ml)	输血量(ml)	输血例
研究组	70±20.30	200±150	400±200	15
对照组	120±43.50	300±200	600±200	18
P值	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

(二)术后恢复情况：术后住院日研究组少于对照组，术后出血对照组高于研究组，见表2。

表2 术后恢复情况

	术后3天最高体温	4-7天最高体温	手术前血红蛋白量(%)	术后出血量(ml)	术后排气时间(h)
研究组	37.8±0.5	36.2±0.5	8.5±2.5	30±10	30.0±2.0
对照组	38.5±0.6	37.9±0.5	8.0±3.0	150±50	45.0±4.0
P	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

三、讨论

子宫切除术式在40年代以次全子宫切除为主，随着技术的进步和对宫颈残端癌的认识，子宫全切逐年增加，至60到70年代几乎取代了次全切，成为子宫切除的主要术式，特别是近年对生活质量要求提高，要求保留阴道原有长度及保留宫颈的病员增加，因此改良原有古老式子宫全切术已势在必行，虽已有半腹膜外子宫切除术和宫颈筋膜内子宫切除术已分别见文献报道，以将以上三种术式结合起来，即改良式子宫全切术改进尚无报道，本研究结果显示，它具有如下优点：

(一)降低了手术难度缩短了手术时间，使损伤临近器官的机会大为减少。因为子宫全切术发生损伤多集中于处理宫颈主、骶韧带处，本术式省去此操作步骤，发生损伤的可能性明显下降，如有宫颈部肌瘤需行浆膜内剥出后，再行宫颈管切除。此术式特别适用于慢性宫颈炎、子宫内膜异位症等引起的宫颈

* 作者单位：157010 黑龙江省牡丹江市第一人民医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

周围有轻度粘连时，手术难度降低，易于操作，同时也加快了手术时间，减轻了患者痛苦，减少盆腔脏器暴露的时间。

（二）保持了盆底、阴道的完整性。本研究结果显示，改良式子宫全切术改进术式，本术式中，子宫主、骶韧带均予保留，盆底支持好，阴道无缩短，由于保留了宫颈筋膜及子宫骶骨韧带，主韧带等宫旁组织，术后不会失去其固定盆腔脏器的作用，可防止术后阴道壁脱垂及腰骶，下腹坠胀感，保护患者术后劳动力；由于阴道穹隆部结构未受破坏，基本不改变阴道长度，对性功能影响较小，目前经过术后随访已证实这一点。

（三）切除了宫颈管内膜移行带，消除了次全切宫颈残端癌的顾虑。

（四）术中术后出血问题：宫颈为一纤维组织相对较多的结构，血循环较丰富，术中术后易发生出血，但我们认为，术中在宫颈筋膜内进行楔切宫颈组织时，发现出血、及时止血，对宫颈旁有慢性炎症或粘连者，除术前要充分抗炎外，术中处理要细致，止血要充分，在关闭宫颈前筋膜时，缝合不能粗糙，本次缝合过程是再一次止血过程，不能漏掉任何有术后出血可能因素，同时也是一次加固盆腔结构的过程，可避免术后脏器脱垂。

（五）阴道残端缝合的改进：本术式中改良了宫颈缝合的两种方法；原荷包缝合法及8字间断缝合法（腹式筋膜内子宫全切）。在结扎子宫动脉后，环形切开宫颈前筋膜，上提子宫，做宫颈锥状楔切除直至阴道端，缝合断端用华力康线连续或间断缝合，宫颈前筋膜用7号丝线间断缝合，必要时重复加固。此种缝合最大限度减少了原宫颈筋膜内子宫切除，以10号丝线做筋膜前后荷包缝合的阴道出血及术后恢复期的点状出血，同时保持盆底完整性，防止内脏脱垂。

参 考 文 献

1. 腹式筋膜内子宫全切术. 实用妇产科杂志，1998，14：21.
2 半腹膜外筋膜内全子宫切除术的初步研究. 现代妇产科进展，1995，4：81.
3. 苏应宽，刘新民主编. 妇产科手术学. 第2版. 北京：北京人民卫生出版社，1993. 87－97.
4. 冯秀英. 改良腹式子宫全切术术式探讨. 实用妇科与产科杂志，1993，9：173.

（收稿：2000-01-03）

162-163 外伤性 脑内血肿 治疗 25

外伤性脑内血肿74例治疗体会

金大为* 高尚民** 关廷广***

R651.15

外伤性脑内血肿占颅内血肿的5%左右。我科于1994年5月～1999年8月共收治外伤性脑内血肿74例，就其治疗体会报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料：男52例，女22例，年龄18～74岁，平均48岁；车祸伤46例，坠落伤22例，打击伤6例；着力部位，以枕顶部居多，占82%，其余为额颞部；伤后就诊时间，2 h内32例，2～7 h 24例，7～24 h 6例，24～72 h 2例，72 h以上10例。

2. 临床所见及CT所示：入院检查GSC13～15分21例，9～12分34例，5～8分15例，5分以下4例。单侧瞳孔散大11例、双侧瞳孔散大3例。单侧肢瘫15例，去脑强直5例，失语2例。脑内血肿部位，一侧额叶血肿14例，双侧额叶血肿6例，一侧颞叶血肿12例，双侧颞叶血肿8例，一侧额颞血肿32例，枕叶血肿2例。合并同侧硬膜下血肿10例，蛛网膜下腔出血（SAH）28例，脑挫裂伤10例，迟发性血肿12例。血肿量20～30 ml 21例，30～50 ml 35例，50 ml以上18例。中线结构移位＞1 cm 24例，0.5～1.0 cm 32例，无移位18例。

3. 治疗方式：非手术治疗42例，条件为GSC计分＞9分，血肿量＜40 ml，严密观察下给予脱水、激素、神经营养药物等。合并有SAH者应用尼莫通、腰穿放血性脑滑液等治疗。手术治疗32例，行骨瓣开颅及毁损脑组织清除，其中5例行去骨瓣减压术。术后为保持呼吸道通畅行气管切开术9例。

4. 结果：本组死亡8例。手术治疗后临床治愈者大多能生活自理，但同等量血肿比非手术治疗致残率为高。

二、讨论

外伤性脑内血肿大多与脑挫裂伤、硬膜下血肿并存，大多有不同程度的意识障碍及神经系统体征，其治疗也是脑外伤的难点，死亡率及致残率高。CT扫描可确诊，但首次CT检查未发现血肿者，应观察并复查CT。本组迟发性血肿12例。脑内血肿的临床表现，依血肿的部位而定，位于额颞前端及底部的血肿与对冲性脑挫裂伤、硬膜下血肿相似，除颅压增高外，多无明显定位症状或体征，若血肿累及重要功能区，则可出现偏瘫、失语、偏盲、偏身感觉障碍以及局灶性癫痫等症象[1]。

治疗应根据临床表现及CT所见综合分析。本组体会：血肿量＞40ml，中线结构移位＞1cm者必须手术治疗，血肿量在30～40ml之间应结合临床表现慎行保守治疗，一旦出现意识进行性恶化或瞳孔改变者即行手术治疗。以往文献报道＞40ml者应行手术治疗，我们经比较发现保守治疗成功者致残率远较手术者低，原因与手术对皮层再破坏有关，曾有1例一侧颞叶血肿量达55ml，伤后7天就诊，经保守治疗痊愈病例，对于血肿量＜30ml者，一般应行保守治疗。

脑内血肿后遗症，结合本组病例主要针对2例脑室穿通畸

* 作者单位：157011 中国人民解放军209医院外2科
** 牡丹江木材公司职工医院
*** 桦林集团公司职工医院