维普资讯 http://www.cqvip.com

107-108 子宫切除术 改良式 14

外科手术

改良式子宫全切术50例临床效果观察

魏佑荣* 王华琴*

R713.42

子宫全切是妇科最常见的手术，我院采用改良的子宫全切术治疗50例具有手术指征的患者，取得了良好的效果。现报道如下。

一、临床资料

1.病例的选择：观察组选择具有子宫全切指征的无下腹部手术史的患者50例，年龄在37～55岁之间，其中患子宫肌瘤28例，子宫腺肌病8例，子宫肌瘤合并子宫腺肌病5例，更年期功血9例。对照组为同期同类病例中随机选择下腹部横切口子宫全切术50例，两组在年龄、手术指征及麻醉方法上无差异。

2.手术方法：常规术前准备，均采用硬膜外麻醉。①切口及进腹方法：采用Joel－Cohen切口位置于双侧髂嵴连线下3cm或Pfannenstial皱襞上2cm，横行切开皮肤，于切口中段切开皮下脂肪约2～3cm达筋膜层，且切开筋膜约2cm，用直剪在未切开的皮下脂肪深层将筋膜切口向左右两侧推开，使筋膜切口与皮肤切口等长。用弯钳于中线将两侧腹直肌粘着部稍作分开，以双手食指插入此间隙，头尾侧钝性分离筋膜约2cm，术者与助手用食指、中指重叠向左右相反方向均匀牵拉，将腹直肌及未切开的皮下脂肪分开，暴露腹膜，徒手分离腹膜外脂肪，并纵行撕开腹膜。②开腹后探查，切除子宫及缝合阴道残端的手术步骤同传统的子宫全切术。③清理盆腔、腹腔后，徒手对合盆腔腹膜，不作缝合，徒手对合壁层腹膜，不作缝合。用2号合成线连续缝合筋膜，用2/0的合成线全层间断褥式缝合皮下脂肪及皮肤3针，针间以鼠齿钳钳夹对合皮肤5分钟后松钳。术后刀口不用砂袋，不包腹带。

二、结果

1.术中及术后情况：改良式子宫全切术及下腹部横切口子宫全切术的术中、术后情况比较，见附表。

2.由表中可以看出，改良式子宫全切术较腹部横切口子宫全切术从手术时间、术中出血量、术后进水、进食、排气时间及镇痛药物的应用方面，都有明显的减少或缩短。两组统计学分析，卡方检验，$P<0.01$，有显著性差异。

附表 两组子宫全切术比较

项　目	观察组	对照组
手术时间(min)	70±25	90±25
术中出血量(ml)	170±30	250±80
排气时间(h)	29.48±11.2	34.85±9.64
术后用镇痛药一次(例)	33	41
术后用镇痛药两次(例)	0	12
术后进水时间(h)	8.23±2.14	16.9±6.4
术后进食时间(h)	22.8±9.87	25.63±8.2

三、讨论

改良式子宫全切术是根据以色列Stark医生经过10年的临床实践逐渐探索形成的一种新式剖宫产而进行的术式探讨，它有以下几个特点：①该切口与下腹部张力线一致，缝合时对合准确，愈合后疤痕纤细美观。②采用撕拉法分离皮下脂肪、腹直肌、壁层腹膜，此法使行走在其间的血管、神经借助本身的弹性完整地保留下来，不需要结扎止血，减少血管损伤，减少开腹步骤，缩短了开腹时间。③不缝合盆腔腹膜和壁层腹膜，关腹时，皮肤、皮下脂肪全层宽针距缝合，这样可以避免缝线过多、吸收不良、异物刺激，有利于组织的愈合。既节省了时间，又利于伤口渗出物引流，减少肉芽组织增生及疤痕形成，同时也节约了肠线的开支。④患者术后5天拆线，切口均为甲级愈合，对照组为术后7天拆线，均为甲级愈合。观察组缩短了住院时间，减少了病人的经济负担。术后1个月复查，腹部切口疤痕纤细美观，无皮下硬结及局部麻木感，有明显的优越性。⑤由于手术时间缩短，也缩短了麻醉时间，术后肠蠕动恢复快，排气、进水及进食时间都提前。⑥由于术后疼痛主要因为腹膜牵拉和缺血，而缝合恰恰造成这些因素。腹膜的愈合不同于皮肤，不需要相互贴近，而是在游离状态下24～48小时内由再生的间皮细胞完全恢复，形成新的腹膜。因此，不缝合腹膜反而减少了术后粘连和疼痛，而术后疼痛的减轻，使镇痛药物的使用也明显减少。

* 作者单位：255029 山东省淄博市妇幼保健院

维普资讯 http://www.cqvip.com

总之，改良式子宫全切术具有手术时间短、损伤少、术中出血少、术后恢复快、住院时间短等优点。

参考文献

1.胡立，翁铭庆译. 妇科手术图谱. 广州：广东科学技术出版社，1996，97－106.

2.马彦彦，主编. 新式剖宫产. 北京：北京科学技术出版社，1997，3.

（收稿：1998－12－09）

108 胃大部切除术治疗上消化道穿孔 15

胃大部切除术治疗上消化道穿孔47例临床探讨

R656.61

陈启铎*

1989年3月至1998年3月我院共收治上消化道穿孔106例，其中47例行急诊胃大部切除术，疗效满意。结果报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：男性39例，女性8例。年龄30～62岁，平均43岁。穿孔至手术前时间：6小时以内8例，6～12小时23例，12～18小时19例，18～24小时5例，24～36小时2例。穿孔部位：十二指肠23例，胃窦部8例，胃体部6例。病因：消化性溃疡42例，胃癌5例。住院天数9～32天，平均14天。

2.手术方式与转归：47例均采取毕Ⅱ式结肠前胃空肠吻合术、输入、输出袢间加作侧侧吻合。十二指肠残端处理方式：间断全层缝合、浆肌层包埋37例，十二指肠溃疡旷置、残端放置引流管5例。治疗结果：44例一期治愈，3例形成十二指肠残端瘘均经保守治疗痊愈。

二、讨论

1.上消化道穿孔时行胃大部切除术的必要性：病理性上消化道穿孔的病因多见于消化性溃疡，其次是胃癌，其它原因少见。十二指肠溃疡属高胃酸型，是由于胃粘膜内壁细胞数过多和/或迷走神经过度兴奋致高酸分泌所引起。外科治疗以胃次全切除术为主。胃溃疡主要是胃迷走神经张力较低、食物在胃窦部停滞较久，刺激窦部粘膜分泌过多的胃泌素，致局部高酸。外科治疗以包括窦部的胃大部切除术为主要方式。癌性穿孔患者体质多较差，行胃癌根治术未必能提高术后生存时间；单纯修补术又不能消除癌肿对机体的影响。权宜之计应首选胃大部切除术（切除范围应超过肿瘤边缘5～10cm以上，以保证两切端无癌细胞），术后给予综合治疗。由此可见上消化道穿孔时积极行胃大部切除术是必要的。

2.病例的选择：传统观念主要以上消化道穿孔后的时间长短来决定是否行胃大部切除术，这在临床上有其局限性。有的患者穿孔时间短、但腹腔污染严重、组织水肿明显、胃大部切除术后有瘘的可能。有的患者虽然穿孔时间超过12小时，但腹腔污染较轻、局部组织不水肿，单纯修补使患者失去了彻底治愈的机会。因此，我们以腹腔污染程度、局部是否水肿、穿孔时间长短、患者的年龄及全身情况等综合条件来决定是否行胃大部切除术。具备下列条件者应积极行胃大部切除术：①腹腔污染程度较轻，穿孔周围无脓苔。②胃、十二指肠等组织无明显的水肿。③穿孔时间不超过24小时。④年龄在30～65岁之间。⑤心肺肝肾功能良好，能耐受胃大部切除术。

3.手术方式的选择：毕Ⅰ术式符合机体生理，但其操作要求精细，边缘不能内翻过多。穿孔时胃肠壁水肿增厚致吻合时边缘内翻不可能过少。加之炎性的胃、十二指肠壁弹性差、伸展性能降低，使毕Ⅰ式术后吻合口张力较高，有形成瘘的可能。因此，采用结肠前毕Ⅱ式胃大部切除术加作输入、输出袢侧侧吻合术。我们体会毕Ⅱ术式治疗上消化道穿孔并发症少、疗效满意。

（收稿：1998－11－30）

* 作者单位：043300 山西省河津山西铝厂职工医院普外科