维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2006, Vol. 15, No. 4

腹腔镜下子宫肌瘤剔除术22例疗效观察及护理

袁 军，吴笑颜 （百色市人民医院妇产科，广西 百色 533000）

［摘 要］ **目的** 探讨腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的治疗效果及术后护理要点，为临床子宫肌瘤的治疗及术后护理提供参考依据。**方法** 回顾性分析22例腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗效果及护理要点，在腹腔镜下行子宫肌瘤剔除术，其中单发肌瘤8例，多发肌瘤2例。肌瘤中肌壁间肌瘤2例，浆膜下肌瘤7例，阔韧带肌瘤3例，同时做好围手术期护理。**结果** 22例腹腔镜下子宫肌瘤患者行子宫肌瘤剔除术均获成功，剔除肌瘤17个，肌瘤直径1～9 cm，平均6.8 cm。术中失血量15～30 ml，手术时间1～3 h，术后无1例并发症发生，术后住院时间2～7 d，平均4.3 d。**结论** 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术安全可行，住院时间短，术后并发症少，是有效保留子宫的手术。加强围手术期护理是促进术后恢复重要方法。

［关键词］妇科；腹腔镜；子宫肌瘤剔除术；围手术期护理
［中图分类号］R246.3；R473.71 ［文献标识码］A ［文章编号］1672－5042(2006)04－0234－02

Curative effect and nursing of hysteromyoma ectomy by laparoscope in 22 cases

YUAN Jun, WU Xiao-yan (Department of Gynaecology and Obstetrics, The People's Hospital of Baise, Baise 533000, China)

Abstract: Objective To explore the curative effect and nursing of hysteromyoma ectomy by laparoscope. **Methods** Respective analysis of 22 casses of hysteromyoma ectomy by laparoscope, including 8 cases of single myoma, 2 cases of multiple muscular tumor. Based on pathology classification, 2 cases of intramural myoma, 7 cases of subserous myoma and 3 cases of broad ligament myoma. Result All patients succeed in hysteromayoma ectomy, diameter of myoma 1－9 cm, mean 1.8 cm. About 15－30 ml blood losed, 1－3 hours were cost in operation. There was no complication happened, 2－7 days (average 4.3 days) stayed in hospital after operation. **Conclusion** Hysteromyoma ectomy by laparoscope is a safe and feasible operative manner, few complication happened, and it is a retain uterine operation. Improvement of perioperative nursing promotes postoperative recovery.

Keywords: gynecology; laparoscope; hysteromyoma ectomy; perioperative nursing

子宫肌瘤是女性生殖器官最常见的良性肿瘤，发生率为20%～30%[1-2]。治疗子宫肌瘤最常采用的治疗方法是子宫切除术[1]。近年来，随着腹腔镜应用的广泛开展和重视子宫的生理功能以及身体的完整性，探讨腹腔镜下子宫肌瘤剔除术日益增加。作为微创手术科的经典术式，从创伤小、疼痛轻、恢复快等优势深受医生和患者的青睐，我科2002年2月至2005年12月应用腹腔镜技术对22例要求保留子宫的子宫肌瘤患者，进行子宫肌瘤剔除术，同时加强围手术期护理，获得满意效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组22例子宫肌瘤患者，年龄23～46岁，平均36.18岁。其中单发肌瘤16例，多发肌瘤6例；肌瘤中肌壁间肌瘤4例，浆膜下肌瘤16例，阔韧带肌瘤2例。术前所有病例均经妇科检查及B超检查证实为子宫浆膜下肌瘤或肌壁间肌瘤，肌瘤个数＜5个，肌瘤直径＜9 cm，无腹腔镜手术禁忌证。术前行诊断性刮宫排除子宫内膜恶性病变。

1.2 手术方法

采用静脉复合麻醉。按照腹腔镜下子宫肌瘤剔除术4个步骤进行，脐孔穿刺点于4点处作一约1 cm的切口，气腹针穿刺进入腹腔，充入CO_2气体后改头低足高位，气腹压力为16 KPa，10 mm Trocar置入腹腔镜。在双侧髂前上棘内侧约3 cm处各穿刺5 mm Trocar为操作孔。探查盆腔脏器有无粘连及子宫肌瘤的大小及数目。粘膜下肌瘤直接单极电凝肌瘤蒂部，切除肌瘤。壁间肌瘤者助手将举宫器向前向上举起子宫，分离双侧子宫动脉，可见明显的子宫动脉搏动，电凝子宫动脉。切开肌瘤表面隆起最突出的部位，直达肌瘤表面，分离肌瘤，用大抓钳钳住肌瘤并向外牵拉，边旋转边向外牵拉，用电凝切断结缔组织、切除肌瘤，切下的肌瘤用电动子宫旋切器旋切后取出。

1.3 围手术期护理

加强围手术期护理，术前1 d告知患者麻醉法、手术时间，备皮、灌肠、插尿管等。使患者了解手术的更多知识，减轻患者的思想负担和焦虑情绪。并介绍手术成功病例及手术医生的技术，使患者消除不安情绪，保持患者身心处于安全状态，接受手术。术前用0.25%碘伏擦洗阴道后穹隆和阴道前后壁及宫颈3～4次，并且于阴道内置放灭滴灵栓一枚。对阴道出血淋漓不净者给予抗炎止血治疗。术后应密切观察生命体征，测血压、脉搏、呼吸，1次30 min。术后注意观察切口有无渗血及出血情况。

2 结果

22例手术均获成功，剔除肌瘤29个，肌瘤直径1～9 cm，平

［作者简介］袁 军(1960－)，女，四川省眉山市人，主管护师，主要从事妇产科临床护理方面的研究。电话：(0776)2851108

［收稿日期］2006－03－16 ［修回日期］2006－04－20

维普资讯 http://www.cqvip.com

均6.8 cm。术中失血量10~20 ml,平均60 ml,手术时间30~180 min。术后住院时间2~7 d,平均4.3 d。本组无中转开腹,无脏器损伤、术后出血、感染等并发症。患者术后3个月均行B超检查,发现子宫形态规整,肌层回声均质,内膜线居中。围手术期护理效果满意。

3 讨论

此手术通过腹壁的小切口置入腹腔镜和手术器械,改变了开腹暴露腹腔及肉眼直视下操作的传统手术方式,且随着手术技术的日趋成熟,手术的安全性也得到提高。腹腔镜手术以对腹腔干扰轻、安全有效、术后恢复快的优势赢得了患者对手术的依赖和满意。

子宫肌瘤是育龄妇女最常见的良性肿瘤,是否采用手术治疗,取决于患者症状、子宫肌瘤的生长速度及患者的生育状态[1-2]。腹腔镜下肌瘤剔除的手术指征:浆膜下肌瘤以及中等大小的单发肌壁间肌瘤(单发或多发子宫浆膜下肌瘤,肌瘤最大直径≤10 cm,带蒂肌瘤最为适宜;单发或多发子宫肌壁间肌瘤,肌瘤直径最小≥4 cm,最大≤10 cm;多发肌瘤者肌瘤数量≤10个),术前已经除外肌瘤恶变之可能[3]。由于腹腔镜子宫肌瘤剔除术不能象开腹手术一样可以触摸子宫发现较小的肌瘤,术前应常规B超检查,了解肌瘤的部位、大小和数目,术中腹腔镜下B超寻找3 cm以下壁间肌瘤,可以避免较小肌瘤的遗漏。子宫肌瘤剔除术成功的关键在于:①使用精巧和无创伤的器械,除子宫肌瘤以外,不触及盆腔的任何器官;②每个肌瘤都必须单独剔除;③分离肌瘤应在邻近肌层间的界面进行,避免损伤肌瘤周围血管;④)防止子宫肌层迟发性坏死,少使用电凝;⑤镜下缝合止血及关闭子宫切口和残腔,恢复子宫及盆腔的正常解剖形态。

加强围手术期护理,术前手术患者在治疗过程中均有不同程度的心理紧张、恐惧,对手术治疗效果持怀疑态度等[4]。因此,心理护理应贯穿整个治疗护理过程中,术前可以通过与患者语言交流,了解患者的需要,针对患者的不同需求及层次进行相应的健康教育,宣讲腹腔镜手术理论知识。手术前1 d和手术当日麻醉清醒时,及时传递信息,满足患者的需求。术后加强对脐孔皮肤的清洁处理,该部位皮肤娇嫩,不易清洗,特别利于细菌的孳生,常规的皮肤准备方法已不能满足腹腔镜手术的要求。用润肤油、肥皂水、双氧水、碘伏清洁局部,尽量减轻棉签对脐孔皮肤的刺激,预防术后切口感染。由于腹腔镜手术是在CO_2气腹下完成,CO_2可经腹膜弥散入血造成血中CO_2浓度增高,术后常规给氧4~6 h,维持血氧饱和度。同时密切观察生命体征变化,以早期发现有无腹腔内出血和术后感染。保持腹部伤口的干燥,观察腹腔镜手术部位有无渗血、渗液。不能忽略对腹部伤口的观察。腹壁伤口切口小,皮内缝合1针左右,各种腹腔液如冲洗液、宫外孕腹腔残留液等易从伤口渗出,影响伤口愈合。因此,如敷料浸湿应及时更换,并注意腹腔液的色量与术后出血相鉴别。腹腔镜手术为微创手术,在不引起胃肠损伤的情况下,对胃肠功能的影响很少。术后6 h患者即可进半流质饮食,而不需要在排气后再进食。

术中注意不能伤重要脏器,由于输尿管、膀胱与子宫、附件的解剖关系密切,术中有误伤膀胱和输尿管的可能。膀胱和输尿管损伤是腹腔镜辅助阴式子宫切除术的主要并发症[5]。对复杂手术患者术后应注意观察有无泌尿系统损伤症状。肠道损伤一类是手术时抓钳等直接钳夹或牵拉而引起的损伤,可以有穿孔、出血等;另一类是因电凝手术烫伤,可引起肠道坏死、穿孔等,导致严重后果。故术后如果出现逐渐加重的肠胀气或腹膜炎表现,应警惕肠道并发症的可能。出血是腹腔镜术后另一种较严重的并发症。术后出血的原因多为术中意外损伤或电凝血管不严引起。轻者为穿刺孔出血,重者可发生内出血休克。

术后加强护理防止并发症的发生,术后24 h内密切观察穿刺孔的渗血情况和生命体征的变化,以便及早发现并及时处理腹腔内出血[6]。如血压下降,心率加快,伤口敷料渗血增多色泽鲜红,应考虑有术后出血的可能。腹腔镜术后常见的--种并发症是腹胀及肩背部酸痛,可能是由于术中CO_2气体残留积聚膈下刺激膈神经反射所致,可持续数小时或数天。护理要点是手术后腹壁轻轻加压,将CO_2气体排出。肩痛发生时,患者可取膝胸卧位,让CO_2气体上升向盆腔聚集,以减少对膈肌的刺激。有时由于腹内压力增高,气体从气针处分散于皮下或致气腹时直接灌入皮,出现皮下气肿,压之有捻发音,可给予被动运动,增加血液循环。一般情况下CO_2能慢慢被吸收、消失,无需特殊处理。随着腹腔镜技术的发展,设备和器械的不断改进,腹腔镜手术适应证也在不断扩大。护士应加强新技术知识的学习,总结经验教训,提高自己的技术知识水平,更好地服务于患者,促进患者早日恢复健康。

[参考文献]

[1] 黄 浩,王 刚,刘 霓,等. 电视腹腔镜下子宫肌瘤剔除术107例临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2002,18(5):305-306.
[2] 冯凤芝,冷金花,郎景和. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的临床进展[J]. 中华妇产科杂志,2004,39(1):65-67.
[3] 何 佳,杨学荣,嫣利梅. 腹腔镜手术与开腹手术治疗子宫肌瘤的比较分析[J]. 局解手术学杂志,2004,13(6):388-389.
[4] 黄连欣. 妇科腹腔镜手术患者的疗效观察及护理[J]. 华夏医学,2001,15(3):399-340.
[5] 蔡伟萍,黄叶莉. 妇科腹腔镜临床应用及护理进展[J]. 海军总医院学报,2005,18(2):95-98.
[6] 谢丽吉,王建英. 妇科腹腔镜手术的术前后护理体会[J]. 黑龙江护理杂志,1999,5(1):83.

(编辑:郭光金)