维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第6期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol.13, No.6

腹腔镜手术与开腹手术治疗子宫肌瘤的比较分析

何 佳，杨学荣，嫣利梅
（遂宁市人民医院妇产科，四川 遂宁 629000）

［摘 要］**目的** 探讨腹腔镜手术对子宫肌瘤的治疗价值。**方法** 120例子宫肌瘤患者随机分为腹腔镜手术组和剖腹手术治疗组，对两组手术时间、术中出血量、手术并发症、术后恢复情况及疾病复发进行比较分析。**结果** 60例腹腔镜手术时间平均128.6 min，术中出血平均92.4 ml，剖腹手术组手术时间平均104.3 min，术中出血平均88.2 ml。腹腔镜和剖腹手术组术后并发症发生率分别为7.7%和15%。腹腔镜组手术时间明显长于剖腹手术组（$P<0.01$）。**结论** 腹腔镜下子宫肌瘤切除术用于治疗子宫肌瘤具有创伤小、并发症发生率低的优点。

［关键词］子宫肌瘤；腹腔镜；手术治疗
［中图分类号］R737.33 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2004)06-0388-02

Comparative study of laparoscopic surgery and laparotomy in treatment of uterine fibroids

HE Jia, YANG Xue-rong, YAN Li-mei
(Department of Gynecology and Obstetrics, People's Hospital of Suining, Suining City 62900, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical value of laparoscopic surgery in treatment of uterine fibroids. **Methods** A total of 120 cases of uterine fibroids were randomly divided into laparoscopic group and laparotomic group. The intraoperative time and blood loss and postoperative complications and recovery in both groups were compared. **Results** The average operative time was 128.6 min in the laparoscopic group and 104.3 min in the laparotomic group, respectively ($P<0.01$). The mean operative blood loss was 92.4 ml and 88. 2 ml, respectively. The occurrence rates of complications in the laparoscopic group and the laparotomic group were 7.7% and 15%, respectively. **Conclusion** Laparoscopic surgery which is minimally invasive and can result in lower occurrence rate of complications can be an option for the treatment of uterine fibroids.

Keywords: uterine fibroids; laparoscopy; surgery

随着微创外科的深入发展，腹腔镜技术在妇产科得到广泛应用[1]。为探讨腹腔镜手术治疗子宫肌瘤的可行性和实用性，作者对近年来接受腹腔镜手术治疗的60例子宫肌瘤患者进行了跟踪随访，并将其临床资料与同期接受剖腹手术治疗的60例子宫肌瘤患者进行比较分析，以供临床参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2000年1月至2004年5月收治的120例子宫肌瘤患者中有60例接受腹腔镜手术治疗（腹腔镜组），60例接受常规剖腹手术治疗（剖腹组）。

1.2 术式选择与手术方法

腹腔镜组：患者取膀胱截石位，阴道置举宫器（无性生活者除外），导尿，在脐孔处作一长约10 mm切口，气腹穿刺，腹内压<15 mmHg，选取直径为10 mm的腹腔镜进腹探查，明确诊断后，另在下腹部左右两侧作第2、3操作孔，必要时可在耻骨联合上作第4操作孔，单极切开肌瘤处的肌层，抓钳钳住肌瘤，剔除肌瘤，双极电凝止血或可吸收肠线双层缝合。

开腹手术组：常规开腹进入腹腔，在肌瘤突出处切开肌层，剔除肌瘤缝合后逐层关腹。术后留置导尿管24 h。

1.3 术后处理

术后常规预防性应用广谱抗生素2~3 d，术后6 h可起床活动。一般术后3~5 d可出院，禁房事2月。

1.4 观察指标及计算方法

观察指标包括手术时间、术中出血量、肛门排气时间、留置导尿管时间、术后住院时间以及手术并发症如术中脏器损伤、尿潴留、感染等。其中腹腔镜组术中出血量的计算方法是用吸引瓶内的液体总量减去冲洗液量，剖腹组出血量为吸引瓶内的出血量加纱布垫的吸血量（每块纱布吸血量按30 ml计算）。尿潴留是指术后第5天试拔导尿管后需重置导尿管者。术后病率则指术后24 h以后连续2次相隔4 h，体温超过38 ℃，但无感染证据者[2]。

1.5 统计方法

采用10.0版SPSS软件统计，结果用 $\bar{x}\pm s$ 表示。

2 结果

2.1 手术情况

手术时间、术中出血量、肛门排气时间、留置尿管时间、术后住院时间等指标见表1。

［作者简介］何 佳（1965-），女，四川省遂宁市人，副主任医师，主要从事妇科肿瘤方面的研究。电话：(0825)292324

［收稿日期］2004-07-06 ［修回日期］2004-09-20

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 腹腔镜手术与开腹手术比较表($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	肛门排气时间(d)	停留尿管时间(h)	术后住院时间(h)
腔镜组	60	128.6±20.7*	92.4±11.8	1.2±0.6△	6.1±3.5△	4.8±3.25△
剖腹组	60	104.3±15.7	88.2±18.8	2.5±0.7	24±3.5	7.4±3.18

注:与剖腹组比较,* $P<0.01$;△ $P<0.05$

2.2 手术并发症

腹腔镜组术中尿潴留3例,继发感染1例,术后并发症率7.7%。剖腹手术组术后尿潴留5例,伤口感染4例,术后并发症率15%。腹腔镜术后并发症率较剖腹手术少见($P<0.05$)。

2.3 术后病理检查结果

术后病理学检查均证实为子宫肌瘤。

3 讨论

近年来随着腹腔镜技术的发展,腹腔镜开始用于子宫肌瘤切除术。腹腔镜下子宫肌瘤切除术的术中出血及手术时间主要与子宫肌瘤的位置及大小有关。与肌壁间子宫肌瘤相比,浆膜下子宫肌瘤位置较表浅,故手术时间短,术中出血少。与开腹相比,腹腔镜下浆膜下子宫肌瘤切除后,瘤腔一般较表浅,双极电凝止血效果好,故出血少,且手术时间也相应缩短。肌壁间近粘膜肌瘤因切口深、止血困难、多层缝合不易,而且可能造成伤口血肿,影响愈合,故为腹腔镜手术的相对禁忌证。对于肌壁间近粘膜的肌瘤,开腹手术则优于腹腔镜手术,既解决了缝合困难的问题,又减少了术中出血,缩短了手术时间[3-4]。如肌瘤直径≥6 cm或肌瘤≥3个,则切口相对较大或较多,电凝止血困难,需要多层缝合,对于这种患者,开腹手术可避免因切口大造成的出血多和手术时间长的问题。肌瘤直径≥6 cm或肌瘤数目≥3个为腹腔镜手术的相对禁忌证[5]。与开腹手术比较,腹腔镜手术具有切口小、损伤少、术后痛苦小、恢复快和术后感染机会少的优点。患者术后6 h即可下床活动,只需3 d左右即可出院,大大缩短了住院时间。由于腹腔镜建立气腹,呈头低臀高位,对肠道的干扰少,故术后即可给予半流质。由于气腹和患者体位的改变,腹腔镜手术对患者呼吸和循环的影响较开腹手术更明显,对麻醉要求更高,持续硬膜外阻滞麻醉显效慢,术中患者常有恶心、呕吐、反流等不适反应;而全麻的优点是显效快,术中患者的呼吸和循环的维持更易被控制。总之,只要术者有熟练的技术,腹腔镜手术是安全而有效的。目前,腹腔镜手术还有着开腹手术没有的并发症如气腹、穿刺引起的问题,如何预防手术并发症的发生是提高手术质量和手术成功的关键[6-7]。

[参考文献]

[1] 罗宇芳,廖伟春,李舒刚,等. 腹腔镜治疗异位妊娠62例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2004,13(4):246-247.
[2] 程忠平,帅桂珍,胡丽萍,等. 腹腔镜筋膜内子宫切除术和剖腹子宫次全切除术临床对照研究[J]. 中国微创外科杂志, 2003, 3(2):111-113.
[3] Skret A, Obrzut B, Kluz T, et al. Laparoscopic-vaginal radical hysterectomy in surgical treatment of cervical cancer[J]. Ginekol Pol, 2003,74(5): 377-383.
[4] Renaud MC, Plante M, Roy M. Combined laparoscopic and vaginal adical surgery in cervical cancer[J]. Gynecol Oncol, 2000, 79(1):59-63.
[5] Rodriguez M, Guimares O, Rose PG. Radical abdominal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine conservation and subsequent pregnancy in the treatment of early invasive cervical cancer[J]. Am J Obstet Gynecol, 2001,185(2): 370-374.
[6] Malzoni M, Spina V, Perniola G, et al. Laparoscopic surgery in treatment of stage IIb cervical cancer after neoadjuvant chemotherapy. A case report and review of the literature[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2003,24(5): 393-397.
[7] Pomel C, Atallah D, Le Bouedec G, et al. Laparoscopic radical hysterectomy for invasive cervical cancer: 8-year experience of a pilot study[J]. Gynecol Oncol, 2003, 91(3): 534-539.

(编辑:蒋登金)

(上接387页)

停止,此后改用常规保守治疗。12 d后患者出院,出院时意识清楚,左侧肌力为Ⅳ级。

2 讨论

静脉滴注溶栓剂是脑梗塞患者常规治疗方法,特别是在治疗时间窗内使用溶栓疗法更为大家公认,但对于大面积梗塞(梗塞灶 >3 cm^2)患者的疗效各家报道不一,其争论焦点在于梗塞血管再通后即可挽救正常脑细胞,又可使受损的脑细胞出现再灌流损害。对于小梗塞灶微循环的侧支开放及组织液中氧弥散的作用均可使梗塞灶内的细胞获得部分的氧供应,所以再灌流损害并不明显。而大梗塞灶内多由主干动脉或两支以上的小动脉栓塞所致,其中央梗塞区常发生脑缺血,侧支循环对它的供氧也无法进行,再灌流可加重这些细胞的损害程度,临床上常出现意识障碍加重、偏瘫、感觉障碍等局部症状加重,但出现癫痫这类细胞刺激性损害的现象并不多见。我们推测再灌流后局部过氧化物的增多及有害氨基酸的生成,及钙离子的刺激使成活细胞异常放电是癫痫发作的原因之一;基底节区众多上行纤维癫痫样放电投射到大脑皮层时是癫痫发作的原因之二。癫痫发作时呼吸暂停,肌肉耗氧增加,体温升高等因素均可加重脑细胞的损害。而呼吸暂停造成的损害最为严重,所以除了解痉、细胞营养剂等常规药物治疗外,气管插管、正压给氧、对癫痫持续状态的治疗尤为关键。

(编辑:左艳芳)