

总结妇科腹腔镜手术穿刺及穿刺孔罕见并发症的发生特点及预防治疗

代爱霞

上海市宝山区大场医院妇产科 200444

【摘要】目的 探究妇科腹腔镜手术中穿刺孔罕见并发症的防治措施。**方法** 选取2019年10月-2020年2月240例行单孔腹腔镜手术的妇科患者作为观察对象,对照组(n=120)实施常规手术治疗;观察组(n=120)针对穿刺孔并发症采取针对性的防治措施,比较两组的手术效果。**结果** 观察组中未出现任何穿刺孔并发症、对照组出现7例(5.83%), $\chi^2=7.210$;P=0.007。**结论** 要减少妇科腹腔镜手术的穿刺孔并发症,主要在于科学、有效的预防措施,术中要加强保护穿刺孔,避免穿刺孔污染。

【关键词】 妇科;腹腔镜手术;穿刺孔;并发症;防治措施

【中图分类号】 R713

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2020) 02-046-02

随着腔镜技术的不断发展,腹腔镜手术被广泛用于各科室、多种疾病的临床治疗中,近年来,随着妇科疾病发病率的不断攀升,腹腔镜手术已经成为治疗妇科患者的主要术式^[1]。单孔腹腔镜手术作为腹腔镜手术的衍生术式,是在自然腔道内镜手术的基础上发展起来的,能够有效减轻术后疼痛,隐藏手术瘢痕,提高手术部位的美观性,缩短恢复时间,促进患者的术后康复。与传统的多孔腹腔镜手术相比,单孔腹腔镜手术切口少,可以实现腹壁的无瘢痕效果,更容易被广大女性患者所接受。但与此同时,也有一些危险性较高的并发症^[2]。正因腹腔镜手术穿刺的重要性和风险性,术中采取恰当的措施积极预防穿刺孔并发症是非常重要的,本文围绕这一主题展开探讨。

1 资料与方法

1.1 资料

参与本次研究的240例妇科疾病患者全部选自2019年10月-2020年2月,自愿接受腹腔镜手术治疗,并签署知情同意书。纳入标准:子宫肌瘤、卵巢囊肿、子宫腺肌症、卵巢畸胎瘤、附件良性病变、子宫内膜病变的患者。排除腹腔镜手术史、合并感染性疾病、严重高血压或糖尿病、子宫出血史、精神疾病、心脑血管病史的患者。对照组120例,年龄28-46岁,平均年龄(34.52±1.16)岁。观察组120例,年龄26-47岁,平均年龄(35.18±1.04)岁。两组妇科手术患者的年龄比较,差异不具有统计学意义(P>0.05)。

1.2 方法

两组患者全部行单孔腹腔镜手术治疗,在患者的脐部作一条3cm的纵行切口,逐层切开到达腹腔,置入单孔腹腔镜杯托,建立压力为14mmHg的二氧化碳气腹。然后置入腹腔镜、手术器械(两把)。结合患者的疾病进行切除治疗,将标本放置在专用的标本袋内,再取下患者脐部的单孔杯托,经穿刺口拿出。提拉患者的腹膜,用0号可吸收线连续的、分层缝合腹膜、筋膜,再用4-0可吸收线缝合皮内。

在此基础上,针对穿刺孔并发症给予观察组患者有效的防治措施:①穿刺孔疝的防治:中下腹的外侧是最容易发生穿刺孔疝的部位,特别是采取子宫或者肌瘤粉碎治疗的患者,由于穿刺孔

比较大,所以要格外警惕穿刺孔疝的发生,术中高度重视直径在10mm以上的穿刺孔,认真缝合。如果筋膜孔比较大,应采用间断式或者“8”字式的缝合,推荐圆针缝合。附件手术同样有发生穿刺孔疝的风险,比如硬组织难以取出时,或者取出含有骨骼、牙齿的畸胎瘤时,通常要对皮肤、筋膜切口行扩大处理。此时,如果缝合的不认真,就很容易引起穿刺孔疝。如果长时间手术,或者术中操作需要反复进入穿刺孔,即使穿刺孔的直径<5mm,同样可能出现穿刺孔疝^[3]。②穿刺孔出血的防治:通常发生在拔出穿刺套管之后,应及时采用结扎止血措施,以免出现血肿。如果出血量较大,应考虑是否伤及腹壁血管,采用电凝止血或者缝合止血均可,也可以置入Folly导尿管。③穿刺孔异物的防治:比如组织标本残留、缝线,甚至断针。愈合缓慢、久治不愈是最典型的临床表现。缝合时,在穿刺孔的皮下缝合1针便可,现结排异和皮内缝合有直接关系,四线结很难吸收,一部分患者存在排异反应,所以要尽量避免皮内缝合,直接对皮肤、皮下组织进行缝合,会减少排异反应的发生^[4]。在切除病灶组织后,要第一时间将标本放入专用袋,如果畸胎瘤有牙齿或者骨骼,可以适当的扩大皮肤以及筋膜切口,避免异物刺破取物袋。④穿刺孔脂肪液化的防治:拆除穿刺孔的缝线,打开创面,清理坏死组织,放置高渗盐水纱条进行引流,促进肉芽组织的生长。如果渗液比较多,可以多换几次药物,也可以轻微的搔刮肉芽组织,或者剪掉坏死组织,少量的出血非常有利于肉芽组织的生长。

1.3 观察评定标准

比较两组患者的穿刺孔并发症发生率。

1.4 统计学方法

本研究应用SPSS19.0统计学软件进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验,计数资料以率(%)表示,组间比较进行 χ^2 检验,P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者穿刺孔并发症发生率比较:观察组中未见任何穿刺孔并发症患者;对照组中,穿刺孔疝1例、穿刺孔出血2例、穿刺孔异物2例、穿刺孔脂肪液化2例,总发生率5.83%,如表1所示。

表1: 两组患者穿刺孔并发症发生率比较(n, %)

组别	n	穿刺孔疝	穿刺孔出血	穿刺孔异物	穿刺孔脂肪液化	发生率
观察组	120	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.00%
对照组	120	1 (0.82)	2 (1.67)	2 (1.67)	2 (1.67)	5.83%
χ^2						7.210
P						0.007

3 讨论

近年来,腹腔镜器械和技术不断完善,单孔腹腔镜手术在妇科疾病的治疗中已经获得极为广泛的应用。但与此同时,穿刺孔并发症也逐渐引起了临床的重视,比如穿刺孔出血、感染等并

症,会给患者的身心造成很大痛苦,增加住院时间和治疗费用。穿刺是腹腔镜手术的基础操作,看似简单却也存在风险性,所以,术中应针对患者可能出现的穿刺孔并发症采取相应的预防措施,

(下转第48页)

较有保证^[4]。本研究中,全膝置换组患者非常满意、满意人数占86.7%。这些数据充分说明全膝关节置换术作为经典术式可有效的治疗终末期单间室膝关节炎患者,疗效是满意的。

早期的单髁膝关节置换术由于术式、暴露程度、创伤与全膝置换类似,加上假体本身尚未完善,使得单髁置换术在长期疗效中较全膝置换术差,且返修率更高^[3]。而后,随着第三代Oxford假体应用于临床、术式的改进(内侧髁骨旁入路小切口单髁置换术的出现)、适应症越来越精准的把握等等改进下,单髁置换术的手术疗效有了较大的进步,逐渐取得可以与全膝关节置换术媲美的疗效。本研究中单髁置换组与全膝置换组在手术时间、术中失血量、术后引流量、住院时间方面进行对比,单髁置换组较全膝置换组更具优势,说明该术式的创伤更小,恢复更快。本研究

中单髁置换组与全膝置换中在患者KSS评分、髌膝踝角、股股角、患者满意度等数据上差别无统计学意义;活动度、术后1年遗忘评分方面单髁置换组表现更优。这说明两种术式在治疗效果上看并无明显差别。在患者活动度、术后1年遗忘评分这2项数据,单髁置换组高于全膝置换组的原因可能与单髁置换术保留前后交叉韧带,对膝关节的稳定性保护更好,本体感觉更好,更接近于正常膝等方面有关。也有学者认为单髁置换相较全膝置换手术效果更优是研究中对患者的选择存在偏倚,以及随访时间不够长造成。这仍需要大数据、长期观察研究,待进一步结论。

总之,对于单间室严重病变的膝关节炎患者而言,单髁置换术与全膝置换术均可取得满意的早中期疗效。单髁置换术创伤更小,恢复更快,并发症发生率更低。

表3: 随访情况一览

	末次随访 KSS (临床)	末次随访 KSS (功能)	末次随访 活动度	末次随访 髌膝踝角	末次随访 胫骨角	FJS
UKA	90.2±4.1	83.2±4.3	132.5±3.6	177.9±1.9	176.5±2.2	70.4±7.8
TKA	89.8±4.4	82.4±4.6	124.5±3.5	177.3±2.2	175.9±2.4	62.8±8.0
t 值	0.373	0.734	8.988	1.168	1.180	3.865
P	0.711	0.466	0.000	0.247	0.242	0.000

参考文献

[1] 朱正元. 全膝关节置换术对膝关节骨性关节炎患者功能恢复的影响及疗效分析[J]. 中国医学创新, 2019, 16(28):36-39.
[2] 陈百成, 张静. 骨关节炎[M]. 北京: 人民卫生出版社,

2004:18-20.

[3] 鲍哲明, 付志厚, 孙海宁, 于秀淳. 单髁膝关节置换术后中长期并发症分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2018, 26(21):2007-2010.

(上接第45页)

2.4 心率、血压、不良反应

与对照组对比, 观察组不良反应发生率明显更低, $P<0.05$ 。

(如表4)

表3: 比较两组患者的麻醉起效时间和清醒时间

组别	麻醉起效时间 (min)	清醒时间 (min)
观察组 (n=30)	6.32±2.63	1.81±1.18
对照组 (n=30)	9.28±2.12	3.12±1.23
P 值	<0.05	<0.05

表4: 比较两组患者的不良反应

组别	头晕	嗜睡	呼吸抑制	下肢感觉运动障碍	恶心呕吐
观察组 (n=30)	1	1	0	0	2
对照组 (n=30)	8	5	5	5	10
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论与结论

直肠癌根治术是直肠癌患者治疗的主要术式, 有效的麻醉是保证手术顺利进行的基础, 传统多选择单一全身麻醉方法, 不良反应多^[3-4]。本研究显示, 观察组麻醉前和麻醉后的HR、MAR无明显变化, 与T0对比, 观察组麻醉后20分钟、25分钟、30分钟的HR和MAP没有显著的变化, 各个时点的比较差异无统计学意义, $P>0.05$; 而对照组麻醉前和麻醉后的HR、MAR变化明显, 与T0对比, 对照组麻醉后20分钟、25分钟、30分钟的HR明显升高, MAP明显降低, $P<0.05$ 。与对照组对比, 观察组2-4分和5-6分麻醉镇静效果良好率明显更高, $P<0.05$ 。与对照组对比, 观察组麻醉起效时间、清醒时间明显更短, $P<0.05$ 。与对照组对比, 观察组不

良反应发生率明显更低, $P<0.05$ 。相关研究人员对比直肠癌根治术患者的全身麻醉联合硬膜外麻醉与全麻, 发现, 喉罩拔出前, 两组Richmond躁动-镇静评分差异无统计学意义; 喉罩拔出1、5min, 联合组Richmond躁动-镇静评分显著低于全麻组, 联合组苏醒时间显著短于全麻组; 麻醉后5min, 联合组PaCO₂显著低于全麻组, PaO₂/FiO₂显著高于全麻组, 联合组并发症发生率显著低于全麻组。将全身麻醉联合硬膜外麻醉应用于直肠癌根治术中, 患者应激反应小, 苏醒时间短, 并发症少^[5-6]。与本研究结果相符合。

综上所述, 对直肠癌根治术患者实施硬膜外麻醉与全身麻醉联合应用的麻醉效果明显优于单独全身麻醉。

参考文献

[1] 张媛. 全身麻醉联合硬膜外麻醉在直肠癌根治术中的麻醉疗效观察[J]. 中国实用医药, 2019, 14(36):8-10.
[2] 孔宪寿. 硬膜外麻醉复合全身麻醉在直肠癌根治术中的应用效果[J]. 中国肛肠病杂志, 2019, 39(12):47-49.
[3] 颜旭龙. 对进行腹腔镜直肠癌根治术的患者实施全身麻醉复合硬膜外麻醉的效果探究[J]. 当代医药论坛, 2019, 17(20):47-48.
[4] 沈顺强, 王建芳. 硬膜外联合全身麻醉对腹腔镜直肠癌根治术患者术中血流动力学及应激反应影响的研究[J]. 浙江创伤外科, 2018, 23(01):193-195.
[5] 苟俊明. 对接受直肠癌根治术的患者进行硬膜外麻醉复合全身麻醉的效果探讨[J]. 当代医药论坛, 2018, 16(24):87-88.
[6] 马龙, 侯俊德, 王志刚, 赵璐, 陈娟, 陈永学. 硬膜外麻醉联合全麻复合右美托咪定对腹腔镜结直肠癌根治术患者免疫功能及应激反应的影响[J]. 广西医科大学学报, 2018, 35(08):1076-1079.

(上接第46页)

以保证手术的安全性、有效性。

参考文献

[1] 刘静, 田娟, 赵青, 等. 耳穴埋豆结合音乐疗法在妇科腹腔镜手术中的应用——评《妇科腹腔镜手术并发症防治》[J]. 电子显微学报, 2019, 38(6): 后插7.
[2] 马迎春. 单孔腹腔镜技术在妇科手术中的应用: 优势、并发

症与难点探讨[J]. 山东大学学报(医学版), 2019, 57(12):31-36.

[3] 王菊梅, 杨红. 术中保温护理措施对妇科腹腔镜手术患者低体温及并发症的预防效果[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(22):101-103, 112.

[4] 刘舟芸. 基于溯源分析的体位改良管理在妇科腹腔镜患者手术体位并发症预防中的应用分析[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(1):153-156.