

探究腹腔镜辅助下阴式子宫全切术与开腹子宫全切术临床治疗效果

朱秀梅

江苏省兴化市第三人民医院 225700

【摘要】目的 探究腹腔镜辅助下阴式子宫全切术与开腹子宫全切术临床治疗效果。**方法** 选取我院妇科2018年01月~2021年01月期间收治70例子宫良性疾病患者为研究对象,根据其手术方式分组,对照组和实验组各35例。对照组采用开腹子宫全切术进行治疗,实验组采用腹腔镜辅助下阴式子宫全切术进行治疗,比较分析两组患者的术前术后各项指标。**结果** 两组术前SF-36分数差异无统计学意义($P > 0.05$),经不同术式的治疗后,实验组的手术时间、留置导管时间、术后肛门排气时间、术后下地活动时间、术后住院时间比对照组短,其术中出血量、术后镇痛药使用率和术后并发症发生率低于对照组,其术后SF-36评分大于对照组,组间数据上差异均具统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在妇科子宫良性疾病患者治疗中,腹腔镜辅助下阴式子宫全切术效果明显优于开腹子宫全切术,该术式手术操作简单,耗时短,术中损伤和刺激轻微,有利于减少术中出血和术后并发症,促进术后身体恢复,对患者的生活质量具有很多方面的积极影响。

【关键词】 阴式子宫全切术;开腹子宫全切术;术后并发症

【中图分类号】 R713

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2022) 02-001-03

子宫是女性重要的内生殖器官,作为一个空腔器官,子宫内部很容易由于各方面因素发生一些病变,造成子宫肌瘤、子宫腺肌瘤、子宫腺肌症等妇科疾病,危害女性的身体健康^[1]。目前,在很多器质性病变的妇科疾病中,开腹子宫全切术是常用的传统疗法,其虽然具有一定的效果但创伤大,术后恢复时间较长;与之相比,腹腔镜辅助下阴式子宫全切术则能够避免切开腹壁,故在治疗妇科疾病上可以考虑替代开腹子宫全切术^[2-3]。为了进一步了解腹腔镜辅助下阴式子宫全切术的疗效,本文以我院妇科收治的70例子宫良性疾病患者为研究对象,分析不同术式治疗下的身体指标和恢复指标,具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院妇科2018年01月~2021年01月收治的子宫良性疾病患者中抽取70例,均为女性,根据患者接收的治疗术式分为对照组和实验组,每组35例。对照组患者年龄为30~62岁,平均年龄为 (43.78 ± 6.53) 岁;体质量为48~71kg,平均体质量为 (62.84 ± 8.61) kg;根据临床检查,其中有15例为良性子宫肌瘤,有11例为子宫腺肌症,有9例为子宫腺肌瘤。实验组年龄为31~64岁,平均年龄为 (44.15 ± 6.54) 岁;体质量为49~70kg,平均体质量为 (63.22 ± 8.58) kg;根据临床检查,其中有14例为良性子宫肌瘤,有10例为子宫腺肌症,有11例为子宫腺肌瘤。两组患者的年龄、体质量、疾病类型等基本资料相比较,组间差异上无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准与排除标准

1.2.1 纳入标准

①所有患者均符合《赫尔辛基宣言》中的伦理要求;②所有患者经检查,均满足子宫全切术治疗的标准;③术前接受常规检查,无发热、感染等症状;④对本研究知情,且签署知情同意文件。

1.2.2 排除标准

①手术禁忌者;②合并有严重心肺肾功能异常症状;③合并有传染性疾病;④合并有血液系统疾病;⑤精神疾病患者或认知障碍;⑥合并有免疫性疾病;⑦临床资料不完整

患者。

1.3 方法

对照组:采样开腹子宫全切术,患者取平卧位,采用全麻,麻醉生效后进行常规消毒铺巾,于患者脐部和耻骨之间作10cm大小的切口,逐层进入患者腹腔后,对其子宫结构进行探查。采用止血钳夹着子宫两角,将子宫牵引开来,并阻断子宫动脉血流;在子宫角2~3cm处采用7号线缝扎圆韧带,卵巢固有韧带实施双重缝扎,然后将圆韧带和卵巢固有韧带剪断,并将两韧带间的阔韧带前叶剪开。然后剪开子宫膀胱腹膜,将其反折至对侧,露出部分宫颈,再使两边组织分离,露出子宫动脉和静脉。最后,将子宫体两边阔韧带后叶组织剪断,游离宫体,将纱布填入子宫直肠窝,提起子宫之后,将阴道前穹窿切开,提起阴道前壁,并将纱布从切口塞入,以免阴道内积液流出后污染盆腔。向上提起宫颈前唇,沿着阴道穹窿剪开,切除子宫。然后对切口进行止血包扎,对切口进行抗感染处理。

实验组:采用腹腔镜辅助下阴式子宫全切术,患者平躺在手术台上,取膀胱截石位,常规消毒铺巾后进行麻醉,患者均采用全麻,麻醉生效后并建立CO₂人工气腹,在患者脐孔上缘作1cm大小的切口,将腹腔镜设备置入患者腹腔内,并将Trocarr插入患者脐部,在麦氏点和反麦氏点处进行Trocarr穿刺,通过腹腔镜观察患者盆腔结构后,经患者阴道置入举宫器。然后,将1~2U缩宫素+200mL 0.9%氯化钠溶液混合液注入宫颈,采用4号线固定小阴唇,将阴道口暴露出来,同时插入导尿管进行导尿。通过腹腔镜探查后,在腹腔镜的帮助下于操作孔切断患者的子宫圆韧带、阔韧带、卵巢固有韧带和输卵管峡部,然后再经阴道对患者子宫主韧带、动脉、静脉和骶韧带进行处理,游离出子宫之后,从阴道牵拉子宫,并将子宫自阴道取出。最后,检查子宫附件是否有异常现象和残端有无出血,确认良好后采用可吸收线将阴道残端前后壁进行缝合,并再次充气建立气腹,采用0.9%生理盐水冲洗腹腔,进行排气、吸出积液等操作,最后取出套管和腹腔镜头,对各穿刺孔进行缝合和抗感染处理。

1.4 观察指标

统计两组患者病历资料中的手术时间、术中出血量、留

置导管时间、术后肛门排气时间、术后下地活动时间、术后住院时间、住院总费用、术后并发症发生率和生活质量(SF-36评分)相关数据,并加以比较分析。

生活质量评估^[4]:采用健康调查简表(SF-36)对患者生活进行评估,该量表包含社会功能、健康状况以及生理职能等维度,共有36个条目,分数经换算后总分为100分,分数越高表示患者生活质量越好。

1.5 统计学处理

本研究70例患者的临床数据输入SPSS23.0软件进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)描述,用t检验;计数资料以n(%)的形式描述, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 时差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术指标比较

经护理后,实验组患者的疼手术时间、术中呼出血量和留置导管时间均少于对照组,组间有显著差异($P < 0.05$),

具体数据见表1。

表1: 两组手术指标数据对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 /min	术中出血量 /mL	留置导管时间 /d
实验组	35	81.59±9.87	128.74±18.65	2.74±0.64
对照组	35	103.27±14.23	194.63±24.92	3.63±0.82
t		6.381	12.524	5.062
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者术后恢复指标比较

经治疗后,实验组患者的术后肛门排气时间、术后下地活动时间、术后住院时间和住院总费用均比对照组少,组间有显著差异($P < 0.05$),具体数据见表2。

2.3 两组患者术后并发症发生率比较

与对照组相比,实验组患者的术后并发症发生率较低,组间有明显差异($P < 0.05$),具体数据见表3。

表2: 两组术后恢复时间数据对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后肛门排气时间/h	术后下地活动时间/h	术后住院时间/d	住院总费用/元
实验组	35	35.59±6.87	46.74±7.65	8.15±1.54	4586.58±76.44
对照组	35	51.27±8.14	68.63±11.92	10.04±1.69	4967.62±85.36
t		8.709	9.143	4.890	19.674
P		0.000	0.000	0.000	0.000

表3: 两组患者术后并发症发生情况对比[n(%)]

组别	例数	术后感染	术后发热	胃肠道反应	膀胱损伤	总发生率
实验组	35	2(5.71)	3(8.57)	1(2.86)	0(0.00)	6(17.14)
对照组	35	5(14.29)	4(11.43)	4(11.43)	1(2.86)	14(40.00)
χ^2						4.48
P						0.034

2.4 两组患者生活质量比较

两组手术前SF-36分数上无明显差异($P > 0.05$);手术治疗后,实验组SF-36分数大于对照组,组间差异明显($P < 0.05$),详情见表4。

表4: 两组生活质量数据对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SF-36评分(分)		t	P
		手术前	手术后		
实验组	35	48.77±6.18	80.04±4.82	23.604	0.000
对照组	35	47.39±6.25	72.12±5.78	17.186	0.000
t		0.929	6.226		
P		0.178	0.000		

3 讨论

近年来,妇科肿瘤的发病率一直处于较高的水平,一些疾病在治疗中,会需要通过切掉整个子宫组织进行治疗,而在具体术式中,选用不得术式其效果也有所不同^[5]。开腹子宫全切除术是一种传统的手术治疗方式,其通过在腹部中下部作手术切口来切除子宫,作为一种有创操作,为了充分显示患者腹腔结构,需要作较大的切口,并在牵拉两端以暴露子宫组织,不仅创伤较大,而且对患者造成的生理刺激也比较大,不利于术后康复。而腹腔镜辅助下阴式子宫全切除术则是一种微创手术,医师是在腹腔镜的帮助观察患者盆腔结构,然后经过阴道对患者进行手术操作的,该术式创伤较小,且不会留死腔,有利于预后康复。

根据此研究结果,可以发现腹腔镜辅助下阴式子宫全切除术在子宫良性疾病中的效果明显优于开腹子宫全切除术,这是由于腹腔镜辅助下阴式子宫全切除术是借用腹腔镜来观察患者腹腔情况,其能够清晰全面的显示出患者盆腔结构和病变,为

手术操作提供清晰的视野,然后再通过单爪钳、肌瘤剥离器等器械,经阴道切割分离子宫组织,属于微创手术,术中出血和手术创伤较小,对患者的刺激也比较少,降低了并发症风险。而传统的开腹子宫全切除术则是在患者腹部做手术切口充分暴露腹部器官结构后切割分离子宫组织,其手术创口大,术中出血量大,患者还会受手术创伤和充分暴露腹腔内结构的刺激,增加了感染、发热等并发症风险,而且由于手术创伤,患者会感到疼痛,其术后镇痛需求也相应较高,如此一来,患者术后身体康复时间会大大延长,治疗费用也会相应增加。因此,针对一些需要子宫全切除术治疗的妇科疾病,腹腔镜辅助下阴式子宫全切除术的应用效果比开腹子宫全切除术的高。此外,腹腔镜辅助下阴式子宫全切除术虽然操作简单,但其应用过程中仍需要注意一些事项,例如,要正确选择阴道粘膜切口,以免损伤肠管或影响手术操作;切除附件时要排开肠管;无需缝合子宫骶血管及主韧带等,这样充分发挥腹腔镜辅助下阴式子宫全切除术的优势和效果。

综上所述,腹腔镜辅助下阴式子宫全切除术在妇科子宫良性疾病治疗中的效果明显优于开腹子宫全切除术,其在手术中操作损伤小、刺激轻微、操作简单,导致其手术时间短,术中出血量和术后并发症较少,有利于术后恢复,缩短术后住院,减少住院费用,提高患者的生活质量,值得在妇科临床上推广应用。

参考文献:

[1] 苏萍.腹腔镜辅助阴式子宫切除术与传统开腹子宫全切除术的临床效果对比[J].中国妇幼保健,2017,32(18):4564-4566.

(下转第5页)

染。另外,在新生儿沐浴过程中,沐浴室内工作制度不够完善,在沐浴物品使用前未消毒处理,也存在着交叉感染的风险。新生儿的皮肤娇嫩,角质层薄,在局部防御方面,还不具备较强的抵御能力。为此,新生儿的皮肤很容易被擦伤或者划伤,为病菌的侵入创造了机会。此外,新生儿皮肤表面没有足够的溶菌素,加上汗腺的分泌较为旺盛,需要经常为新生儿洗澡,以免代谢产物刺激皮肤,从而引发感染。通过调查发现,新生儿的颈部、耳后、腋下等处均属于易感染部位。此外,医院保洁人员感染防范意识较低,在对医院环境进行打扫时,清洁不到位,容易发生交叉感染。待新生儿离开医院后,部分家属的文化水平偏低,未做好新生儿的皮肤护理,新的衣物未经消毒,尿布用旧衣服来充当,更易滋生细菌,出现新生儿脓疱病。

针对以上在新生儿护理管理中存在的问题,应采取有效的措施来应对。首先,新生儿皮肤清洁是重点工作内容,医护人员应予以高度的重视。对住院的新生儿,每周两次洗澡,对包裹衣物,定时进行消毒处理。对于早产儿,可使用温毛巾进行擦拭,保持新生儿的皮肤清洁,减少污垢,防止细菌滋生。密切关注新生儿的皮肤状况,一旦发现脓疱病感染症状,应立即隔离,并采取相应的治疗措施。其次,加大对保洁工作的监督与管理力度。由保洁公司安排相关工作人员对室内卫生进行清洁,告知保洁员打扫中需要注意的事项,及时指出工作中存在的不足,监督其进行改正。由专门人员对保洁工作的实施情况进行检查并评价。最后,积极开展健康知识教育,向产妇讲解新生儿皮肤护理方法,告知新生儿皮肤护理的重要性,对新衣服进行消毒处理,若没有消毒产品,在清洗后,放在太阳下暴晒6小时以上,以免衣物潮湿,滋生细菌。另外,加强新生儿护理安全管理。在相关监督管理机制下,于新生儿洗澡、抚触室空气等各方面进行检查,针对所发现的问题,

应及时进行处理,全面落实新生儿感染防控工作。另外,在沐浴室内环境管理中,需保持室内温度、湿度适宜,每日通风次数应不低于2次,控制每次通风时间为3分钟。采用循环风紫外线空气消毒的方式,每日完成室内2次消毒,每次控制时间为1小时。在为新生儿沐浴时,相关工作人员应保持手部卫生,严格按照规定更换专用衣服。在沐浴期间,需禁止其他工作人员进入,消除一切院内感染的风险。针对在院发现的新生儿脓疱病感染病例,在为新生儿进行治疗过程中,应做好消毒隔离工作,由主治医师对患儿的病情进行分析。为确保临床抗生素药物的使用安全,需要提前进行药敏试验以及微生物学培养,在明确病原菌的情况下,对药物治疗方案进行科学、合理的规划,确保其具有较高的使用价值,帮助患儿早日恢复健康。

综上所述,脓疱病感染症状的出现,对新生儿的身体健康有着较大的危害性,为此,医院应加大对产科医护人员的监督与管理力度,重视新生儿护理管理中的每一个细节,对医院环境进行改善,做好新生儿的皮肤护理,将新生儿脓疱病的发生概率降到最低。

参考文献:

- [1] 黄淑飞, 邓兆琼, 劳顺珍, 谢健宜, 林伟萍, 胡桂香. 早期多维度护理对预防新生儿脓疱疮发生率的效果观察[J]. 天津护理, 2017, 02:133-134.
- [2] 颜群芳, 董晓斐. 中西医结合治疗新生儿脓疱疮临床疗效的Meta分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2017, 11:1248-1252.
- [3] 叶乐荣, 陈芳芳, 江宝玉, 舒智源. 黄连素药浴联合洁悠神喷洒治疗新生儿脓疱疮疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2018, 28:4040-4041.
- [4] 李艳玲, 张佳夫. 复方多黏菌素B软膏治疗脓疱疮的临床效果分析[J]. 吉林医药学院学报, 2019, 03:189-190.

(上接第2页)

[2] 刘灵霞, 陈琼, 何莎. 腹腔镜辅助阴式全子宫切除术治疗巨大子宫肌瘤的效果观察[J]. 中国性科学, 2019, 28(1):84-86.

[3] 吉颖莉, 乔艳妮, 田玉玉, 等. 腹腔镜辅助下阴式全子宫切除术治疗巨大子宫肌瘤128例分析[J]. 中国性科学,

2018, 027(004):97-99.

[4] 孟麟, 王丽英, 石彩萍. 腹腔镜辅助阴式全子宫切除术治疗巨大子宫肌瘤患者的效果分析[J]. 中外医疗, 2019, 38(1):84-86.

[5] 梁亚玲. 阴式子宫全切术优于开腹子宫全切术48例分析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(2):89-89.

(上接第3页)

治疗后2周内,两组子宫内膜异位症伴不孕患者的不良反应发生情况对比如表2所示。

表2: 子宫内膜异位症伴不孕患者的不良反应发生情况

患者组别	患者例数	切口感染 (n/%)	发热 (n/%)
对照组	35	5 (14.29)	6 (17.14)
观察组	35	0 (0)	1 (2.86)
χ^2	-	3.16	4.05
P	-	< 0.05	< 0.05

由表2可知,观察组子宫内膜异位症伴不孕患者的切口感染发生率(0)、发热发生率(2.86%)显著低于对照组子宫内膜异位症伴不孕患者的切口感染发生率(14.29%)、发热发生率(17.14%),两组患者之间的差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 子宫内膜异位症伴不孕患者术后5个月妊娠状况对比

治疗5个月后,对70例子宫内膜异位症伴不孕患者进行电话随访调查,统计结果如下:观察组患者的妊娠率为

40.87%;对照组患者的妊娠率为23.15%,两组患者之间的差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

临床研究认为,子宫内膜异位症的病因主要包含内分泌功能失调、免疫防御功能缺陷等。对于伴有不孕症状的子宫内膜异位症患者,其治疗工作不仅需要缓解患者机体的各类临床症状,还需要解决患者的不孕问题^[2]。上述研究表明,腹腔镜手术治疗可降低患者的出血量,缩短手术之间,抑制各类不良反应的发生,并有效提高患者的妊娠率。医院可于子宫内膜异位症伴不孕患者的治疗中推广腹腔镜治疗模式。

参考文献:

- [1] 秦海霞, 陈友国, 沈宗姬, 等. 腹腔镜手术联合GnRH-a类药物治疗子宫内膜异位症伴不孕的疗效观察[J]. 医学信息(手术学分册), 2021, 20(10):867-869.
- [2] 王敬华, 祁建青, 任琼珍. 子宫内膜异位症伴不孕患者经腹腔镜手术和开腹手术治疗的临床疗效比较[J]. 中国妇幼保健, 2019, 30(09):1353-1355.