

• 基层医生园地 •

基层医院妇产科独立开展腹腔镜 子宫切除术 3 年经验体会

福建省福州市晋安区医院妇产科 (福州 350011)

林彩霞

我院是一所位居省会城市的基层医院, 前来就诊的患者中, 外来务工人员占一半左右, 还有部分为本地区的贫困山区农民, 少部分为城镇、区县级居民。患者群体的文化程度和经济水平总体较低。腹腔镜手术近年来发展迅速, 微创手术已经成为目前手术的趋势。本院开展腹腔镜手术起步较晚, 于 2016 年 5 月开始独立开展腹腔镜子宫切除术至今 3 年共 30 例, 同期行经腹全子宫切除术 69 例。为了总结我院开展腹腔镜手术的经验, 供其他基层医院参考, 将近 3 年我科行子宫切除术患者诊疗情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 收集 2016 年 5 月至 2019 年 6 月于我院确诊为良性妇科疾病并行子宫切除的 99 例患者资料, 按照手术方式分为两组。观察组 30 例, 行腹腔镜手术, 平均年龄 (49.2±4.5) 岁; 小学文化 28 例, 初中毕业 2 例; 子宫肌瘤 22 例, 子宫腺肌症 3 例, 异常子宫出血伴贫血 3 例, 子宫内膜不典型增生 2 例; 子宫小于 3 个月 18 例, 子宫大于 3 个月 12 例; 合并 II 型糖尿病 1 例, 合并高血压 1 例。对照组 69 例, 行经腹子宫切除术, 平均年龄 (50.1±3.5) 岁; 小学文化 46 人, 初中毕业 20 人, 高中以上文化 3 人; 子宫肌瘤 51 例, 子宫腺肌症 5 例, 异常子宫出血伴贫血 6 例, 子宫内膜不典型增生 7 例; 其中子宫小于 3 个月 55 例, 子宫大于 3 个月 14 例; 合并 II 型糖尿病 2 例, 合并高血压 3 例。所有患者在手术前都予以常规的子宫内膜诊刮术和病理检查、宫颈刮片细胞检查等排除子宫内膜或宫颈恶性病变。两组患者年龄、子宫大小等差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法: 采取术前沟通, 根据患者意愿, 选择不同手术方式。观察组于入院后到手术前至少要进行 3 次沟通, 入院后的第 1 次简单沟通, 告知患者初步诊断, 了解患者的手术意愿, 并告知需要进行的术前检查项目以及预计手术的时间。第 2 次的沟通是在术前检查基本完善后, 评估手术的适应证和禁忌证, 确定手术方式。如果术前检查超过 5 天, 或者需要特殊项目的检查, 需另外沟通。第 3 次沟通是在术前

1 天, 各项检查未发现手术禁忌证, 阴道准备和肠道准备完善的基础上, 由主刀医生与患者及家属进行详细沟通, 包括: 1) 患者的所有检查报告的解读, 明确术前诊断, 内外科合并症等。2) 结合病例的特点, 告知患者, 疾病有几种治疗方案。比如: 子宫肌瘤患者, 有随访观察、药物性保守治疗以及手术治疗 3 种治疗方案。其中, 单发的子宫肌瘤可以行子宫肌瘤剜除术, 保留子宫; 但是告知患者术后有肌瘤复发的风险。如果患者多发性子宫肌瘤, 年龄大, 已经完成生育的, 疑有子宫内膜病变的风险, 或者反复异常子宫出血经过规范的保守治疗无效, 没有生育要求者, 经过夫妻双方同意, 可以考虑行子宫次全切除手术, 或者子宫切除术; 但子宫次全切除手术术后有宫颈残端癌的风险, 术后需定期复查。子宫次全切除和子宫切除术术后患者绝经绝育的问题在术前沟通的书面记录上均明确指出, 并征求夫妻双方同意方可决定。3) 要求手术治疗的, 确定有手术指征, 无手术禁忌证者, 进行手术方式的沟通, 告知患者及家属, 可以有传统的开腹手术及微创的腹腔镜手术两种选择, 并将两种手术方式的优缺点告知患者及家属, 开腹手术下床活动和伤口恢复的时间稍长, 有术后伤口感染率较高的风险, 腹腔镜手术的伤口相对就小得多, 术后恢复时间短, 住院时间一般也较短; 但是需要经过专门训练的手术医生操作。两种手术方式的住院费没有明显的差别, 尤其是在笔者所在的基层医院, 没有使用一次性的手术器械和耗材, 住院费扣除医保部分, 自费费用一般仅需 4 000~5 000 元。4) 将围手术期可能出现的各种风险告知患者及家属, 如麻醉意外, 术中出血, 术中周围脏器损伤, 包括输尿管膀胱误切损伤、电器械热损伤以及术后伤口感染和阴道残端愈合不良等, 患者及家属表示理解同意后, 须在术前沟通文件和术前谈话单上亲笔写下选择的手术方式。所有患者均进行气管内插管全身麻醉, 观察组选用德国 STORZ 电视腹腔镜系统, 行腹腔镜下全子宫切除术; 对照组采用经腹全子宫切除术。术后 1~3 个月, 患者均随访复查。观察指标: 术中出血量、腹部伤口感染率、住院时间、住院费用。

1.3 统计学分析: 计量资料的比较采用 t 检验, 计数资料的比较用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组平均住院时间短于对照组、腹部伤口感染率低于对照组, 两组差异有统计学意义 ($P<0.05$); 两组平均术中出血量、平均住院费用、自付住院费用比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$, 表 1)。

表 1 两种手术相关指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	平均术中出血量/ mL	平均住院时间/ d	平均住院费/ 元	自付住院费用/ 元	腹部伤口感染 [例 (%)]
腹腔镜手术组	30	280.00±235.8	7.1±1.1	13 948.8±2 237.8	5 304.6±1 344.2	0
经腹手术组	69	292.32±229.0	11.0±4.2	13 190.9±3 141.6	5 327.0±1 537.1	13 (18.84)
t/χ^2 值		0.244	7.197	1.195	0.069	6.507
P 值		0.808	<0.001	0.235	0.945	0.011

典型病例 1, 患者 49 岁。因阴道不规则出血伴头晕半年入院要求手术。入院前 1 个月在我院门诊行子宫内膜诊刮术病理报告提示子宫内膜复杂性增生。患者长期居住在福州的北峰日溪山区, 丧偶 10 多年, 家庭经济困难; 但有农村医保, 因为大儿子在上海打工, 很少回家。唯一的家属是她的小儿子, 年仅 16 岁已经辍学, 陪同前来住院。经过术前检查后, 笔者与患者进行了细致的术前沟通, 并绘图讲解, 患者虽然文化程度仅小学二年级, 但沟通后依从性高, 直接就选择了腹腔镜子宫切除手术。这是我们独立开展的第 2 例腹腔镜子宫切除手术, 手术过程, 顺利, 术后 4 天患者就出院了, 仅自费 3 000 元。术后随访, 恢复良好。

典型病例 2, 患者 49 岁, 因腰酸半年, 体检发现子宫肌瘤 2 天, 入院要求手术。经过细致的沟通, 患者单发 1 个直径 9 cm 的肌瘤, 可以考虑子宫肌瘤剜除术; 但是患者及家属担心复发的风险, 表示无生育要求, 坚决要求行腹腔镜下全子宫切除术。这是本院开展的第 5 例腹腔镜下全子宫切除术, 术中过程顺利, 术毕冲洗手术创面时见膀胱剥离面有一处小血管活动性渗血, 即以双极电凝止血。但是患者于术后 14 天出现大量阴道排液, 经过膀胱镜检查, 考虑膀胱阴道瘘, 转外科持续导尿处理, 3 个月后进行尿瘘修补术后痊愈。该病例患者术后并发症考虑为术中电器械热损伤导致, 也是我院独立开展腹腔镜下全子宫切除术以来唯一发生并发症的患者; 但是患者在整个过程中对院方的各种检查和治疗都非常配合。该病例给我们的经验教训是: 膀胱部位的止血, 应慎用双极电凝。

3 讨论

腹腔镜子宫切除术的创面小、住院时间短、恢复速度快, 腹部切口感染的几率小等优点, 获得了患者的普遍认可, 临床应用价值大^[1]。本组 30 例腹腔镜全子宫切除术中, 第 5 例因电器械热损伤, 术后 14 天发生了膀胱阴道瘘, 经 3 个月后修补痊愈。笔者认为这是腹腔镜手术学习曲线中的现象。经过加强学习电器械使用后, 至今未再发生任何并发症。目前我们的微创子宫切除术成功率 96.67%; 并发症发

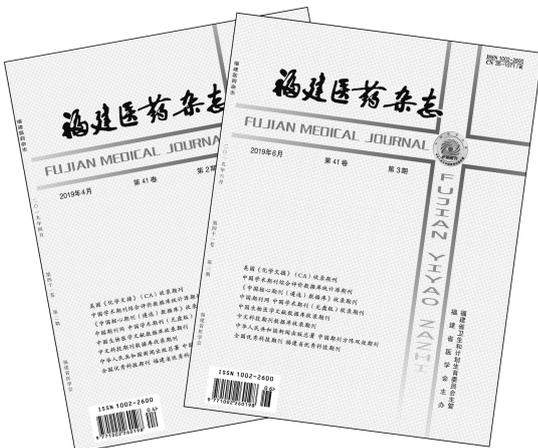
生率 3.33%, 并未高于其他基层医药报道的 7.26%^[2]。

尽管观察组患者的总体文化程度不高, 经济条件也相对较差; 但是经过详细的沟通, 包括病情, 患者所有术前检查的详细解读, 对该疾病的几种治疗方案、几种术式的利弊, 术中术后可能出现的各种风险以及住院费用范围的说明。笔者的体会是, 经过术前的详细沟通, 患者对腹腔镜微创的手术方式接受度较高。因为患者总体文化素质较低, 对手术了解甚少, 我们给每一位患者采用了画图的方式, 让患者直观地了解手术方法和手术范围, 更有信心配合治疗。腹腔镜手术开展至今, 我们团队始终坚持对每一位患者进行详细的术前沟通, 这可以提高患者的依从性; 但是因为基层医院人员流动性大, 所以每一位患者的术前沟通均由笔者亲自进行。

腹腔镜的应用范围越来越广; 但是我们微创手术占总的妇科腹部手术的比率低于 40%, 占比偏低, 可能与以下方面有关: 了解微创手术信息的较高文化程度的高素质人群, 一般不会选择到基层医院行择期手术, 到基层医院就诊的患者文化程度相对偏低, 很多人误以为微创手术费高, 担心无法承受; 另外, 基层医院能独立开展腹腔镜的医生有限, 需要多培养。本区人口 89 万, 相信基层医院有广阔的患者来源; 但是要建立稳定的手术团队, 加强门诊宣传, 严格挑选病例^[3], 尽量避免并发症的发生, 基层医院的妇科微创手术应该会有更大的发展空间, 让更多的基层普通患者享受到更好的医疗服务。

参考文献

- [1] 王刚, 刘荣. 腹腔镜手术对机体应激反应的影响 [J]. 军医进修学院学报, 2006 (4): 310-312.
- [2] 伊丽努尔·伊力亚斯, 刘清华. 基层医院妇科腹腔镜手术并发症 55 例临床分析 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2010, 11 (4): 278-280.
- [3] 秦炜, 陆丹, 林芳, 等. 基层医院 900 例妇科腹腔镜手术指征临床分析 [J]. 中国医学工程, 2016, 24 (2): 55-56.



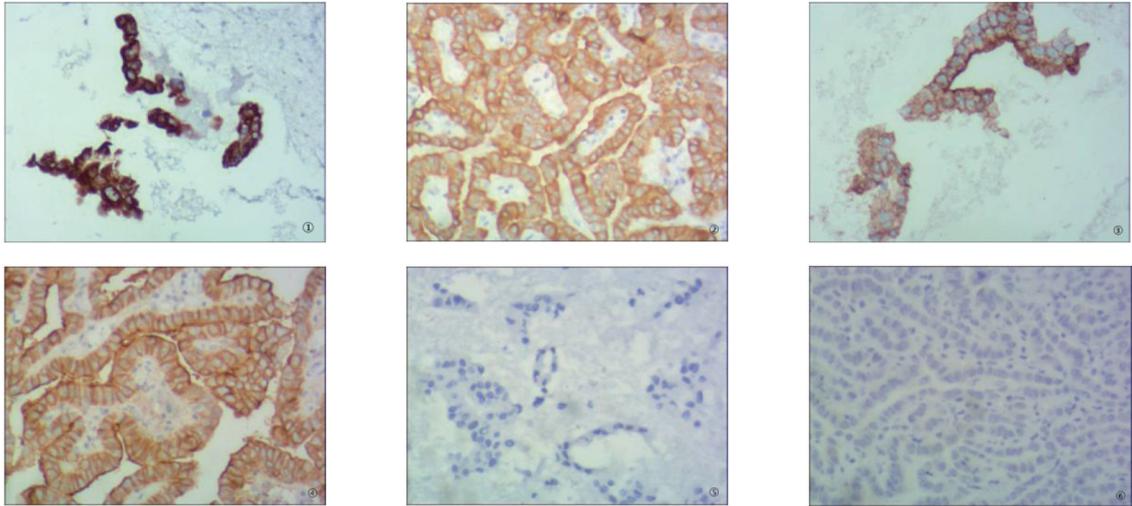
欢迎订阅

《福建医药杂志》

邮发代号: 34-6

免疫细胞化学技术和免疫组织化学技术在 甲状腺乳头状癌中的比较研究

(正文见第 26 页)



注：① CK19 免疫细胞化学染色阳性表达 (EnVision 法 ×200)；② CK19 免疫组织化学染色阳性表达 (EnVision 法 ×200)；③ MC 免疫细胞化学染色阳性表达 (EnVision 法 ×200)；④ MC 免疫组织化学染色阳性表达 (EnVision 法 ×200)；⑤ TPO 免疫细胞化学染色阴性表达 (EnVision 法 ×200)；⑥ TPO 免疫组织化学染色阴性表达 (EnVision 法 ×200)。

图 1 ICC 和 IHC 检测 CK19、MC 和 TPO 的表达情况

幽门螺旋杆菌感染与胃癌 Ki-67 表达、Her-2 基因状态 及临床病理特征的关系

(正文见第 49 页)

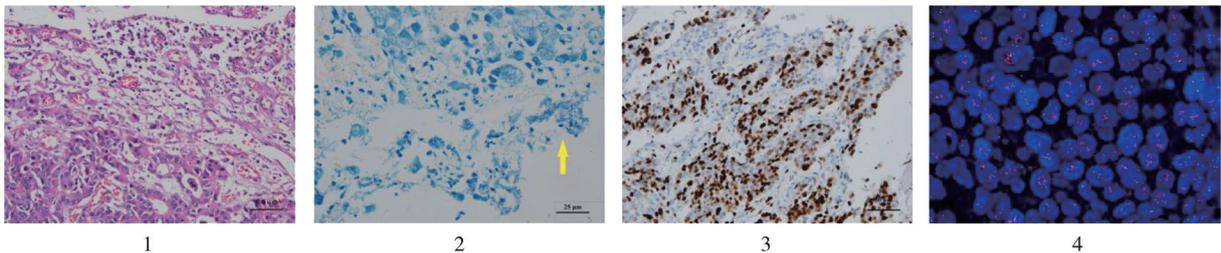


图 1 胃低分化管状腺癌 (HE ×200) 图 2 簇状分布于胃癌腺体黏膜表面的蓝色弯曲状、球状 Hp 菌体 (箭头所指) (硼酸亚甲蓝染色法 ×400) 图 3 Ki67 强阳性表达 (免疫组化 Elivision 法 ×200) 图 4 红色荧光信号呈小簇状, Her-2/CEP17 > 2.2, Her-2 基因扩增 (FISH ×1000)

两种体外培养体系对人骨髓间充质干细胞原代培养、增殖和成骨分化的影响比较

(正文见第 136 页)

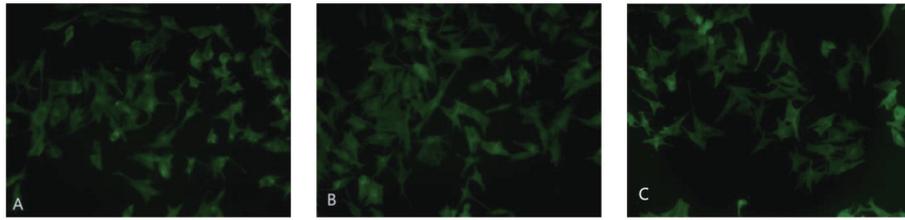


图 3 3 组中 hBMSCs 的细胞骨架 (×200)

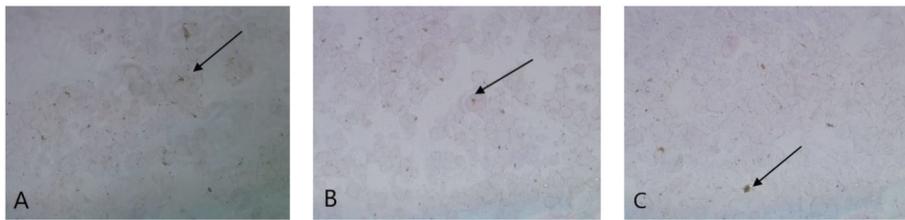
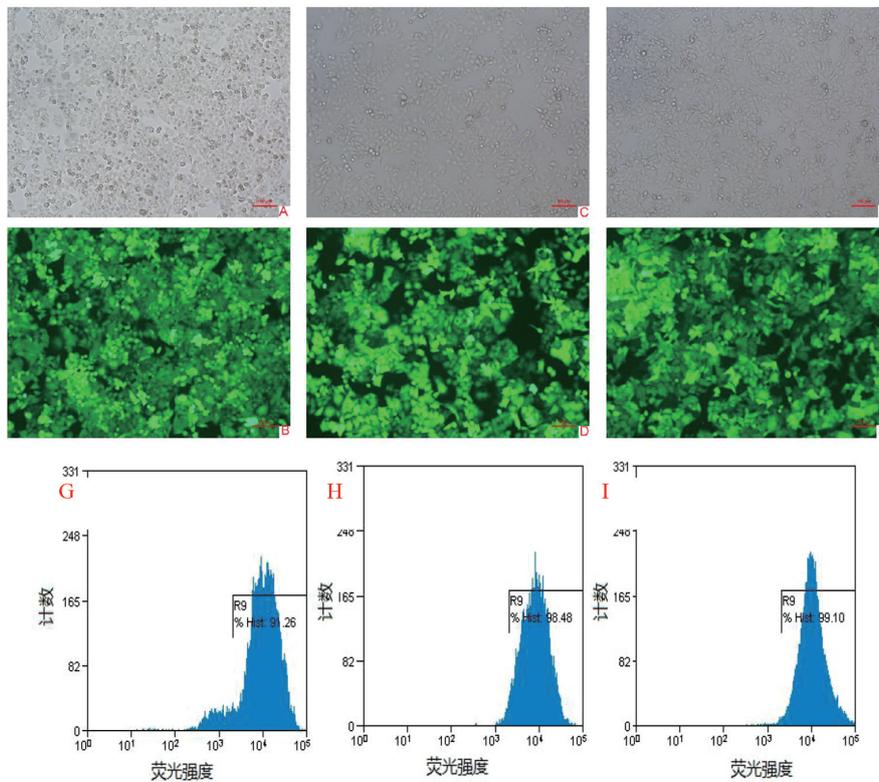


图 4 3 组中矿化结节茜素红染色 (×100)

MiR-194 过表达和抑制表达对肝癌细胞株 Hep-3b 中侧群细胞增殖的影响

(正文见第 141 页)



注: A、B、G 为 miR-194 过表达 Hep-3b 组; C、D、H 为 miR-194 抑制表达 Hep-3b 组; E、F、I 为 Hep-3b GFP 空载组; G、H、I 为流式检测 GFP 荧光强度。

图 1 荧光显微镜观察各感染组细胞 (×100) 及流式细胞仪检测感染效率