

保正常组织免受损害;③局部反应轻微、不影响工作;④创面愈合快,痊愈后局部不留瘢痕及硬结。此法能有效防止复发,疗效确切,值得临床推广。

参 考 文 献

[1] 吴志华. 现代性病学[M]. 广州: 广东人民出版社, 1999. 158 - 166.

[2] 古道健, 黄超英. 微波辐射治疗渗出性中耳炎的体会[J]. 微创医学, 2007, 2(4): 334 - 335.

[3] 樊翌明, 吴志华. 微波治疗男性尿道舟状窝尖锐湿疣[J]. 中华皮肤科杂志, 2000, 33(6): 434.

[4] 李卫红, 苏汉东, 邵 奕. “明竹欣”综合疗法治疗复发性尖锐湿疣临床观察[J]. 中国性病艾滋病防治, 2000, 6(1): 39.

(收稿日期: 2008-01-05 修回日期: 2008-03-08)

开腹与腹腔镜子宫肌瘤剔除术的临床观察

刘 梅

(广西钦州市第一人民医院妇产科, 钦州市 535000)

【关键词】 开腹手术; 腹腔镜; 子宫肌瘤剔除

【中图分类号】 R 713 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2008)02-0150-02

子宫肌瘤是妇科最常见的良性肿瘤, 随着妇科腹腔镜技术的开展, 腹腔镜下子宫手术越来越普遍。2003年1月至2005年1月我院共行腹腔镜子宫肌瘤剔除术70例, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2003年1月至2005年1月在我院治疗的子宫肌瘤患者138例, 开腹组68例, 腹腔镜组70例, 两组患者术前常规行宫颈细胞学检查, 月经不正常者行诊断性刮宫排除子宫内膜病变, 平均年龄开腹组(42.5 ± 15.5)岁、腹腔镜组(43.5 ± 13.5)岁, 其中开腹组9例有生育要求, 腹腔镜组13例有生育要求。两组临床资料具有可比性($P > 0.05$), 见表1。

表1 两组子宫肌瘤部位及数目情况

组别	n	浆膜下肌瘤	肌壁间肌瘤	平均肌瘤数目(个)	年龄(岁)
腹腔镜组	70	28	42	3.5	43.5 ± 13.5
开腹组	68	26	42	3.5	42.5 ± 15.5

1.2 手术方法 开腹子宫肌瘤剔除的具体手术步骤按刘新民主编的《妇产科手术学》^[1]。腹腔镜子宫肌瘤剔除术根据肌瘤生长部位采用不同术式: ①带蒂浆膜下肌瘤: 用双极电凝(或

单极电凝)后剪断, 瘤蒂细者, 创面直接电凝止血; 瘤蒂较粗者, 创面用0号可吸收缝线“8”字缝合。②壁间肌瘤及无蒂的浆膜下肌瘤: 于宫体注射垂体后叶素6~12U, 高血压患者改用催产素10U, 用单极电凝钩或超声钩在肌瘤最突出的部位切开, 切口长度略小于肌瘤直径, 深达肌核, 有齿抓钳夹持肌瘤或将肌瘤螺旋锥旋入肌瘤内提起肌瘤, 沿假包膜钝性分离, 边牵拉边分离, 凝切血管, 至底部时将肌瘤按同一方向旋转, 剥出肌瘤, 检查创面, 如有出血则电凝止血, 0号可吸收缝线连续缝合创面, 并间断加固。剔出的肌瘤用电动粉碎器旋切取出。

1.3 统计学方法 采用SPSS 10.0统计软件分析数据, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 两组术式一般情况比较 腹腔镜组70例手术均顺利完成肌瘤剔除, 无一例中转开腹。两组术式在手术时间、术中出血方面比较差异无统计学意义; 但在术后肛门排气时间、术后痛感强度、住院时间方面比较差异有统计学意义, 见表2。

表2 两组术中、术后情况比较

组别	n	手术时间(min)	术中出血(mL)	术后排气时间(h)	术后痛感强度[n(%)]	住院时间(d)
腹腔镜组	70	88.1 ± 30.4	90.3 ± 83.4	19.1 ± 8.7	6(8.6)	5.8 ± 0.4
开腹组	68	85.2 ± 30.3	88.6 ± 82.4	37.6 ± 9.6	48(71)	7.9 ± 0.5
P值		>0.05	>0.05	<0.05	<0.01	<0.05

2.2 术后随访 术后门诊随访1年, 行妇科检查及盆腔B超, 共有13例患者肌瘤复发, 复发率9.4%, 其中开腹组5例(7.4%), 腹腔镜组8例(11.4%), 两组比较差异无显著性($P > 0.05$)。术后随访2年, 开腹组9例中要求生育者有7例妊娠, 总妊娠率达77.8%; 腹腔镜组13例中要求生育者有11例妊娠, 总妊娠率达84.6%, 两组比较差异无统计学意义($P >$

0.05)。

3 讨 论

子宫肌瘤剔除术常用于年轻要求保留生育能力或保留子宫者, 这部分患者如果及时行子宫肌瘤剔除术, 成功妊娠的可能性在55.6%~77.6%^[2]。而腹腔镜子宫肌瘤剔除术的术后



妊娠率与开腹手术相似,妊娠率可达70%以上^[3],本组结果显示腹腔镜组优于开腹组。子宫肌瘤剔除术传统上均经开腹完成,但开腹手术有腹壁切口长、手术剥离创面大、术野暴露、对肠道干扰多、术后盆腔粘连机会多、术后恢复时间长等不利因素,瘢痕体质或爱美的患者不易接受。而腹腔镜手术对患者损伤小,对腹腔干扰少,术后恢复快,痛苦轻,住院时间短。本组结果显示两种术式在手术时间、术中出血及术后肌瘤复发率方面比较差异无显著性;而术后肛门排气时间、术后痛感强度、住院时间腹腔镜组优于开腹组。腹腔镜下子宫肌瘤剔除术能保留子宫,维持正常月经和生育功能,是一种保留器官的理想术式^[4,5],易被广大患者接受。

腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的主要问题是创面出血和切口缝合,术中止血及关闭子宫切口和残腔是保证手术成功的关键^[6]。笔者的处理体会是剥离前宫体注射垂体后叶素6~12U,同时台下滴注催产素20U,使肌层持续收缩。切口选择在肌瘤最突出的部位,可到达肌瘤表面,此处肌层最薄,切开后出血会较少,以切口的长度略小于肌瘤的直径为佳。分离瘤体时找到正确层次,用肌瘤钳提瘤体,沿瘤体处边凝、边剥、边切割,可有效减少术中出血;台下催产素滴注维持,使肌层迅速收缩和持续性收缩,可达到止血的目的。子宫肌瘤镜下缝合较困难,须有熟练的手术基本功,它是完成腹腔镜下子宫肌瘤剔除的关键,但也有一定的技巧。我们的做法是肌瘤位于子宫后壁者采用横切口,若位于前壁则采用纵切口,这样较

利于缝合操作。如果切口较小,可用“8”字缝合;切口较大则用连续扣锁缝合,缝合时必须对子宫切口全层缝合不留死腔,如果肌瘤剔除穿透子宫进入宫腔,必须分层缝合,首先缝合靠近子宫内层肌层,再缝合表面肌层。

腹腔镜子宫肌瘤剔除术作为微创手术之一日益受到重视,但不意味能完全代替开腹手术。对于那些肌瘤有恶变倾向、肌瘤过多及部位特殊者以开腹手术为宜。

参 考 文 献

- [1] 刘新民. 妇产科手术学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社, 2003. 207-212.
- [2] 连利娟主编. 林巧稚妇科肿瘤学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社, 2001. 317-319.
- [3] 朗景和,冷金花. 妇科腹腔镜的现状展望[J]. 实用妇产科杂志, 2002, 18(1):68.
- [4] 付秀虹,齐瑞玲,李荣香,等. 腹腔镜下子宫肌瘤切除术120例临床观察[J]. 腹腔镜外科杂志, 2004, 9(2):96-97.
- [5] 潘志坚. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术60例临床分析[J]. 微创医学, 2007, 2(2):157-158.
- [6] 蓝明永,黄丽珍,李宗林,等. 腹腔镜下与腹式子宫肌瘤剔除术的对比分析[J]. 广西医学, 2005, 27(12):1962-1963.

(收稿日期:2008-01-03 修回日期:2008-03-05)

腰椎间盘突出镜治疗腰椎间盘突出症187例报告

陆禹严 黄德征 李 春

(广西玉林市第一人民医院骨科,玉林市 537000)

【关键词】 后路腰椎间盘镜;腰椎间盘突出症;髓核摘除术

【中图分类号】 R 681.53 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2008)02-0151-02

椎间盘镜手术系统是目前世界上脊柱外科微创技术发展方向,其优越性已为众多国内外骨科医师所肯定,也逐渐为广大患者接受。随着操作的熟练,经验的积累,器械的改进,临床疗效逐渐提高。我院在2003年3月至2006年10月应用后路椎间盘镜(MED)治疗腰椎间盘突出症187例,疗效满意,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者187例,其中男116例,女71例,年龄18~64岁,平均43岁,病史最短2个月,最长5年,平均1年3个月。术前均行X片和CT或MRI扫描确诊,其中L_{3,4}突出6例,L_{4,5}突出102例,L₅~S₁突出79例。以上患者均有下肢放射性疼痛,其中96例伴有麻木,下肢放射痛伴伸肌力降低132例,伴跟腱反射减弱48例。

1.2 手术方法 局部浸润麻醉或硬膜外麻醉,俯卧于弓形脊

柱外科手术架上,消毒铺巾后用注射针头根据体表骨性标志刺于病变棘突间隙或棘突部位,C臂透视定位,棘突旁2.0cm切开皮肤1.5cm,插入导针,针尖固定于病变节段上位椎板下缘骨质,逐个放入扩张管及工作通道,固定臂固定工作通道,髓核钳清理椎板外软组织,显露出病变椎板间隙,用弯刮匙推开黄韧带在椎板下缘附着点,枪式咬骨钳咬除部分椎板下缘,切除黄韧带,显露硬脊膜并探查神经根及突出之椎间盘,将神经根牵开,切取椎间盘髓核。对合并神经根管狭窄者,可沿神经去向扩大神经根管,探查神经根减压情况。反复冲洗,彻底止血后,拔出工作导管,放置胶片引流,缝合皮肤。

2 结 果

本组病例手术时间20~80min,平均40min,术中出血30~150mL,平均60mL,平均住院10d,伤口均I期愈合。术后随访4个月至3年,平均1.4年。按照Nakai疗效评定标