

传统与改良式子宫切除术对卵巢功能影响的探讨

黄建娣 (广东省高州市第二人民医院妇产科, 广东 高州 525200)

摘要 目的: 探讨传统与改良式子宫切除术对卵巢功能的影响。方法: 将行子宫切除术的子宫良性病变患者 84 例随机分为观察组 42 例(改良式子宫切除术)和对照组 42 例(传统子宫切除术), 对两组的术后情况进行对比。结果: 两组术后 1 个月、3 个月、6 个月的生殖激素水平相比差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 改良式子宫切除术对卵巢内分泌功能的影响小于传统子宫切除术。

关键词 传统子宫切除术; 改良式子宫切除术; 卵巢功能

目前子宫切除术已经成为治疗子宫良性病变最常见的一种手术方法, 该术式对患者造成的创伤较小, 不过以往的子宫切除术会将子宫圆韧带全部切除, 改变了患者的盆底结构, 并且对卵巢血供的子宫动脉卵巢支也造成了一定的阻碍, 这就导致患者双侧卵巢的血供大大减少^[1]。现将 2011 年 6 月 ~ 2012 年 6 月在我院行改良式子宫切除术的子宫良性病变患者取得的良好疗效报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 本组资料共计 84 例, 均为 2011 年 1 月 ~ 2012 年 1 月在我院行子宫切除术的子宫良性病变患者, 年龄 35 ~ 49 岁, 平均(35.1 ± 3.4) 岁。子宫肌瘤 73 例, 功能性子宫出血 11 例。随机分为观察组 42 例(改良式子宫切除术)和对照组 42 例(传统子宫切除术), 两组在年龄、病种及病情等方面相比差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 手术方法: 观察组: 通过采用硬膜外麻醉, 取患者下腹的正中位置切口进入到其腹腔当中, 利用两把无齿卵圆钳将患者的子宫提取出来, 并且夹持患者双侧的子宫血管, 暂时性将子宫的血循环进行阻断。从患者宫底距两侧宫角部 2 cm 处向下呈“倒三角形”的切除子宫体的中间部分至宫颈内口水平, 并行筋膜内子宫颈切除。宫颈残腔利用 0/1 薇乔线呈“8”字形缝合 2 针, 然后再对两侧子宫的浆肌层切面进行连续对应缝合, 要求缝针过程中不能将浆膜层穿透。切口缝合完成之后, 取出双侧卵圆钳, 恢复患者的正常子宫供血。接着再利用 0/4 薇乔线从患者子宫后壁切口的顶部位置对浆膜层进行连续的缝合。最后在患者的子宫切口上覆盖止血纱布, 完成关腹。对照组: 采用传统子宫切除术。

1.3 术后随访项目: 术后 1 个月、3 个月、6 个月分别复查性激素。术后在检测期限内禁服激素类药物。

1.4 统计学处理: 采用 SPSS 13.0 统计软件。采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组术后 1 个月、3 个月、6 个月的生殖激素水平相比差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组术前及术后 1、3、6 个月生殖激素水平情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FSH(U/L)	LH(U/L)	E2(pmol/L)
观察组	术前	6.79 ± 11.57	7.02 ± 2.15	603.21 ± 18.04
	术后 1 个月	9.62 ± 3.51	10.29 ± 3.11	466.95 ± 17.11
	术后 3 个月	17.23 ± 4.65	19.65 ± 3.46	353.54 ± 42.62
	术后 6 个月	24.55 ± 8.49	29.31 ± 3.79	245.38 ± 46.69
对照组	术前	6.99 ± 21.55	7.63 ± 2.57	607.81 ± 81.82
	术后 1 个月	23.65 ± 9.42	19.43 ± 9.43	432.42 ± 45.72
	术后 3 个月	45.66 ± 11.62	38.32 ± 11.46	279.43 ± 18.55
	术后 6 个月	65.49 ± 12.39	58.95 ± 17.79	132.88 ± 11.23

3 讨论

妇女的子宫不仅是一个靶器官, 同时也是一个内分泌器官, 具有非常复杂的功能, 在分泌生物活性物质的同时, 还可以起到内分泌的作用, 帮助女性维持良好的身心健康。子宫动脉的卵巢支会提供大约 50% ~ 70% 左右的卵巢血供, 在将子宫后卵巢切除之后血供会大大减少, 直接影响到了卵巢的内分泌, 同时降低了雌激素分泌量。通过比较两组患者在手术之前以及手术之后性激素水平之后发现, 实行子宫切除术之后患者的性激素水平出现了明显的下降, 这就减少了雌激素的分泌, 增加了患者体内的肝脏低密度脂蛋白合成。一些学者在经过研究之后发现, 实行了子宫切除术之后, 患者的卵巢衰竭年龄要比正常的绝经年龄早 4 年, 而且 2 年内出现卵巢衰竭的概率达到了 34%, 4 年内出现的概率会上升到 54%, 而且出现重度更年期症状的概率也比正常人群高很多^[2]。而本文研究的改良式子宫切除术将患者的子宫血管进行了很好的保留, 有效的维持了子宫肌性结构, 降低了手术之后性激素水平出现的变化, 平衡了患者体内下丘脑 - 垂体 - 卵巢轴, 所以能够降低患者出现的更年期症状。根据相关报道, 在将改良式子宫切除术跟次全子宫以及全子宫切除术进行比较之后发现, 对年轻患者的卵巢功能起到良好的保护作用, 延缓了患者卵巢功能的衰退, 并且减轻了患者出现的更年期症状, 此外, 在实行子宫切除术之后出现的卵巢功能紊乱现象跟该术式没有任何关系, 跟患者的年龄有着很大的关系, 对于年龄在 41 ~ 45 岁之间的患者, 在切除了子宫之后会提前绝经^[3]。所以, 年龄在 45 岁之下的女性, 更应该选择改良式子宫切除术。

总而言之,改良式的子宫切除术能够较好的保留患者血管,次全子宫切除术相对于传统的子宫切除术来说,要对患者卵巢功能的影响小很多,采用该术式不仅不会提高手术的操作难度,而且还能减少手术中以及手术完成之后出现并发症的概率。在完成手术之后,患者的盆腔里会残留跟始基子宫相类似的残留子宫,而且手术之后盆腔结构出现的变化较小,不会影响到患者手术之后的性生活。该术式不仅操作较为简单,比较容易掌握,而且安全性高,术后并发症发病率小,是一种非常好的术式选择。

4 参考文献

- [1] 王秀艳,殷秀梅,刘秀梅,等. 三角形子宫切除与经腹次全子宫切除术后卵巢功能比较 [J]. 中国妇幼保健,2008,23(15):2186.
- [2] 范引侠,彭慧霞,吴静. 改良式子宫全切术后生殖内分泌功能变化研究 [J]. 中国医师杂志,2003,5(8):1048.
- [3] 刘高焰,杨扬,王以群,等. 改良保留子宫动脉上行支子宫切除术的临床应用 [J]. 医学信息:中旬刊,2010,5(10):2667.

收稿日期:2012-09-06 编校:李晓飞/徐强

电视胸腔镜治疗自发性血胸、血气胸临床疗效分析

王从和 (陕西省安康市人民医院胸外科,陕西 安康 725000)

摘要 目的:探讨电视胸腔镜对自发性血胸、血气胸的治疗效果。方法:58例自发性血胸(SH)、血气胸(SHP)患者随机分为观察组与对照组每组29例,观察组给予电视胸腔镜治疗,对照组给予传统开胸手术治疗,对比两组患者治疗效果、手术情况以及术后并发症等。结果:两组患者均顺利完成手术,且随访至今无一例患者出现严重术后并发症或后遗症,未见复发病例;观察组术中出血量(313.4 ± 29.8) ml、手术时间(82.1 ± 16.7) min、术后胸腔引流量(167.7 ± 23.7) ml、胸腔引流时间(2.7 ± 0.9) d、住院时间(8.3 ± 1.8) d等分别显著低于对照组的(721.5 ± 32.3) ml、(109.7 ± 18.4) min、(276.3 ± 25.4) ml、(5.2 ± 1.1) d、(13.7 ± 2.1) d,结果均具有统计学差异(P 均 <0.01)。结论:电视胸腔镜治疗自发性SH、SHP,疗效可靠,同时具有创伤小、出血少、术后恢复快、住院时间短等优点,值得临床广泛应用。

关键词 电视胸腔镜;自发性;血胸;血气胸

自发性血胸(Spontaneous Hemothorax,SH)及自发性血气胸(Spontaneous Hemopneumothorax,SHP)均为高危性胸外科急症,但在临床较为少见。该病多因胸腔内粘连索带撕裂导致,好发于体力较低的年轻男性^[1]。若出血速度较快、出血量较大可导致失血性休克甚至危及生命。关于本病的治疗,多主张抗休克加手术治疗^[2]。近年来随着微创技术在临床应用中取得的满意效果,电视胸腔镜在胸心外科疾病中也得到了较为广泛的应用^[3]。笔者采用电视胸腔镜治疗自发性血胸、血气胸患者29例,取得了较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取我院胸心外科于2005年4月-2011年3月期间收治的SH、SHP患者58例,男42例,女16例,年龄24~34岁,平均(29.4 ± 4.3)岁。其中无体力型患者35例,SHP患者45例,SH患者13例,首次发病52例,第2次发病6例,21例有剧烈运动、屏气、剧烈咳嗽等诱因,37例无明显诱因发病;所有患者均表现为不同程度胸闷、胸痛、心悸、气促等,9例出现休克;行X线胸片检查显示液胸或液气胸,其中位于左胸者32例,右胸者26例;肺受压面积 $\geq 60\%$ 者33例, $<60\%$ 者25例;出血量 ≥ 1000 ml者8例;自发病到手术时间间隔3~70 h。上述所有患者随机分为观察组与对照组,每组29例,两组患者在性别、年龄、临床表现等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具可比性。

1.2 方法:所有患者入院后均给予补充血容量、抗生素防治感染治疗。

1.2.1 对照组:给予传统开胸手术治疗,均采用标准的后外侧切口入路进行。术后给予胸膜固定后置胸腔闭式引流。

1.2.2 观察组:给予电视胸腔镜手术治疗。于患侧腋中线第7、8肋间行1.5 cm左右小切口,经小切口置入胸腔镜进行胸腔探查,于第4、5肋间腋前线与腋中线之间做小切口,约3~4 cm,或于第5、6肋间腋后线做约1.5 cm小切口进行手术操作。胸腔镜进入后将积血或血块清除,之后行胸腔探查。用钛夹夹闭或用电灼灼伤胸顶血管蒂以防止损伤出血,并以胸腔镜切割缝合器将肺大疱及其他病变肺组织。最后使用纱布对壁层胸膜进行摩擦,留置高渗糖水并加滑石粉行壁层脏层胸膜粘连术,术毕置胸腔闭式引流。

1.3 疗效观察:术中严密监测两组患者生命体征,观察两组患者术中出血量、手术时间、术后胸腔引流量、胸腔引流时间、住院时间等,同时观察术后并发症及肝肾功能,并在两组之间进行对比分析。

1.4 统计学分析:使用SPSS 13.0统计软件,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两样本均数比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果:两组患者均顺利完成手术,且获得了满意的