

等<sup>[1]</sup>、袁中群等<sup>[2]</sup>报道的阳性率要低。这种检出率高低的差异可能与感染状况、地区差异、经济文化、卫生条件、人群构成、以及生活方式等因素有关。另外 TORCH-IgM 检测的方法不同,即使方法一样使用的试剂盒不同也会使检出率存在差异。因此对初筛阳性的育龄妇女应再次复查,同时进行 TORCH-PCR 的检测以进一步确诊。

本研究中,CMV 和 RV IgG 阳性率较高,分别为 91.2% 及 74.5%,说明人群对 CMV 和 RV 普遍易感。人体初次感染 CMV 可潜伏体内,以非复制方式存在宿主体内,当免疫力下降时,易造成复发感染。育龄妇女的原发和复发感染均可引起胎儿和新生儿感染,育龄妇女感染仅表现为轻微的感冒且无明确的易感因素。因此,育龄妇女应尽早进行 CMV 的检测,以便尽早采取治疗措施。得过风疹将终身免疫,因此 RV-IgG 阴性者应视为易感对象<sup>[3]</sup>。妊娠期风疹感染,如累及胎儿可致先天性风疹综合征(CRS),表现为先心病、青光眼、白内障、耳聋、智力低下、小头畸形、黄疸等,因此,妊娠期间育龄妇女应尽量少到人多的公众场合,以减少风疹病毒感染的机会。

弓形虫病是人畜共患病,可致胎儿严重宫内感染、流产、死胎、畸形等。人感染途径为直接接触患弓形虫病的猫、狗以及食用污染的未煮熟的肉类、蛋类等为传染源。本研究中,弓形虫 IgM 感染率为 0.27%,IgG 感染率为 4.3%。比崔君兆<sup>[4]</sup>的调查结果 66.6% 明显低了很多。一方面与地区、文化卫生、民族、饮食习惯、与猫狗等接触多少有较大关系。同时,随着对 TORCH 重视程度的提高,育龄妇女尽量不食用未煮熟的肉类、蛋类及不与猫狗等接触,可明显降低弓形虫感染的机会。妊娠期间育龄妇女感染 HSV 可导致胎儿受累,80%~90% 经产道传染,及早进行 TORCH 检查,确诊育龄妇女疱疹病毒感染,可进行剖宫产手术,减少新生儿感染的机会。

## 改良腹腔镜筋膜内子宫切除术临床研究

廖化梅(重庆市荣昌县人民医院 402460)

**【摘要】 目的** 探讨改良腹腔镜筋膜内子宫切除术(MCISH)的手术分析,探讨该术式的优点及临床应用价值。**方法** 本院 70 例因各种良性妇科疾病而需行子宫全切术的患者中 35 例采用腹腔镜筋膜内子宫切除术,35 例采用经腹筋膜内子宫切除术。**结果** 腹腔镜筋膜内子宫切除术平均手术时间 138 min(75~180 min),平均出血量 66 mL(30~310 mL);腹腔镜筋膜内子宫切除术和经腹筋膜内子宫切除术相比手术创伤小、术中失血量小、术后并发症发生率低( $P<0.05$ ),两组患者平均住院日差异无统计学意义。**结论** 改良腹腔镜下筋膜内子宫切除术是安全可行的,值得推广应用。

**【关键词】** 腹腔镜; 筋膜内子宫切除术; 妇科病

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.23.046

中图分类号:R713.42

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)23-2641-02

子宫切除术是妇科临床最常见的手术之一。传统的开腹手术其腹壁切口长、损伤大、出血多、恢复慢、并发症较多。如何选择安全性高、创伤小、恢复快的术式是医患共同关心的问题。在提倡微创手术的今天及人们生活质量的提高和人均寿命的延长,要求保留宫颈不影响术后性生活及腹部切口微创化以满足对美的需求心理的患者越来越多。随着腹腔镜器械的不断改进和手术技术的提高,腹腔镜子宫切除术已成为子宫切除的新手术方式。腹腔镜筋膜内子宫切除术(classic intrafascial supracervical hysterectomy, CISH)能够保持盆底支持组织及阴道的完整性,防止宫颈移行上皮残端癌的发生。具有微创,恢复快,对性生活影响小等优点,受到广大妇科医师及患者

“控制人口数量,提高人口素质”是我国的一项基本国策。计划生育、优生优育是关系到人口素质提高、民族兴旺的大事。我国人口基数大,每年的出生人口众多,如果不降低出生缺陷率,每年出生缺陷儿的数目必定很大。低智力、畸形儿给家庭和社会带来沉重的经济和精神负担,同时也给患儿带来肉体上和精神上的痛苦。中止低智力、畸形儿的出生对提高中华民族整体素质有着重大的意义。目前大多数医院做 TORCH 筛查时,仅做各种病毒血清 IgM 抗体检查,阴性者认为目前无感染,整个孕期没再复查。有的医院虽做成套的优生优育血清学检查,但认为有抗体即有免疫力,再无感染危险。认识上未达成共识。可见,在孕前、孕早期进行 TORCH-IgM、IgG 检测的同时,还要加强这方面业务知识的培训。

### 参考文献

- [1] 倪安平,郝英英,朱晓春,等.孕产妇四种病原体感染血清筛查的研究[J].中华检验医学杂志,2003,3(26):142-143.
- [2] 袁中群,杜凤泽,李玲霜,等.沂南地区正常育龄妇女 TORCH 感染血清学筛查分析[J].中国优生与遗传杂志,2004,5(12):120.
- [3] 屈新中,王新阳,仲英琦,等.西安地区孕妇 TORCH 感染的血清学检测[J].西安医科大学学报,1997,18(1):101-102.
- [4] 崔君兆.1983~1986 年中国人畜弓形虫病调查研究进展[J].中华流行病学杂志,1987,8(6):374-376.

(收稿日期:2010-07-04)

的欢迎。

### 1 资料与方法

**1.1 研究对象** 本院 2007 年 2 月至 2009 年 2 月对 70 例因各种妇科良性疾病而需行子宫切除保留宫颈的患者,年龄 35~48 岁,平均年龄 43 岁,均已婚已育,子宫大小均为孕 3 个月内,均排除内外科合并症,手术指征包括子宫肌瘤、子宫腺肌病、难治性功能性子官出血,全部病例均经宫颈细胞学检查,子宫不规则出血行子宫内膜诊刮,排除宫颈癌及宫体癌。将患者随机分成两组,观察组:改良腹腔镜筋膜内子宫切除术(MCISH);对照组:经腹筋膜内子宫切除术。两组年龄、子宫大小(如孕周)、病例等资料差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见

表 1。

1.2 术前准备 常规阴道冲洗 3 d,清洗脐部、备皮、术前禁食并灌肠。

1.3 手术方法

1.3.1 麻醉方法 全部采用气管插管静脉复合麻醉。

1.3.2 手术设备 由腹腔镜、高清晰度摄像监测系统、二氧化碳气腹机、调频电凝装置、冲洗吸引装置组成的常规腹腔镜手术设备及抓钳、剥离钳、持钳、剪刀、切割缝合器等手术器械。

1.3.3 手术方法 术前排空膀胱,患者取膀胱截石位,经阴道于子宫内放置举宫器,头低 30°,气腹针在脐孔部穿刺注入 CO<sub>2</sub> 气体,建立气腹,气腹形成后进行四点穿刺,用 10 mm 套管针(Trocar)穿刺置入腹腔镜,于两侧下腹部各置入第 2、第 3 套管针,分别为 5 mm 及 10 mm,放置操作器械,在标准 CISH 基础上作适当的改良,使手术更为简便、安全。(1)韧带和血管处理;圆韧带、输卵管和卵巢固有韧带(或骨盆漏斗韧带)经双极电凝后剪断;(2)在传统的腹腔镜子宫切除,剪开阔韧带前后叶后,在子宫峡部的阔韧带前后叶之间分离出子宫动脉,左右两侧各上钛夹一个阻断子宫动脉;(3)用子宫粉碎器旋切宫体后,经宫颈放置校下棒旋切宫颈黏膜,宫颈外口用 2/0 号可吸收线连续扣锁缝合,宫颈残端用双极电凝止血,2/0 号可吸收线连续缝合膀胱反折腹膜。

1.4 观察指标 包括平均手术时间、平均手术出血量、胃肠功能恢复时间(排气时间)、平均术后住院天数、术后病率及术后疼痛等。

表 1 观察组和对照组一般资料比较[n(%)]

组别	年龄(岁)	孕周(周)	子宫肌瘤	子宫腺肌病	功血
观察组	40.3±5.2	9.5±3.9	20(80.0)	4(16.0)	1(4.0)
对照组	39.8±5.6	9.2±4.2	16(80.0)	3(15.0)	1(5.0)

注:两组比较,P>0.05。

2 结 果

2.1 观察组病例全部在腹腔镜下完成,手术过程顺利,无 1 例中转开腹,无 1 例手术并发症发生。术后随访 2~8 个月。

2.2 两组手术操作时间比较(见表 2)。差异无统计学意义(P>0.05);在术中出血、胃肠功能恢复时间(肛门排气时间)及术后住院天数等方面差异有统计学意义(P<0.05)。

2.3 术后疼痛(0~1 级)疼痛分级按庄心良主编的现代麻醉学 IV 级分法,观察组 18 例(72.0%),对照组 2 例(10.0%),两组比较差异有统计学意义(P<0.01)

2.4 术后病率观察组术后体温达到或超过 38℃有 3 例(占 12.0%),对照组 5 例(占 25%),两组相比差异有统计学意义(P<0.01)。

2.5 术后随访 3 个月时见阴道形态无改变,检查宫颈残端,发现其后形成的假宫颈,外口较原来的稍大,质地稍松软,宫颈移行上皮层消失,原有宫颈炎表现消失,阴道穹窿仍存在。

表 2 两组患者术中及术后临床指标比较

临床指标	观察组	对照组	P
平均手术时间(min)	110.5±4.2	92.2±2.4	>0.05
术中平均出血量(mL)	50.8±17.5	121.0±17.5	<0.05
术后肛门排气(h)	27.5±2.1	45.4±2.5	<0.05
术后住院天数(d)	4.2±0.5	6.8±0.2	<0.05

3 讨 论

3.1 1991 年德国基尔大学妇幼医院 Semm 教授提出切除宫颈核心,包括颈管内膜大部分肌层及宫颈外口移行带的次全子宫切除术,由于该技术对颈管内膜层的大部分以柱形切除,仅留下宫颈外周筋膜及部分宫颈肌肉组织<sup>[1]</sup>,故也称标准鞘膜内 Semm 子宫切除术。该技术的优点在于保留了支持阴道上端的解剖结构,又切除了容易发生病变的宫颈移行上皮组织,既可使盆底的支持力量受损程度减到最小,又有效地减少宫颈残端癌的发生。

3.2 采用改良的 CISH 术,即在腹腔镜下分离宫旁组织后于两侧子宫峡部的韧带内分离出双侧子宫动脉 1 cm,上钛夹阻断双侧子宫动脉,无需内套扎圈,减少了残留宫颈长度及出血量,在 CISH 手术中选择超声刀和双极电凝,对无血管区或细小血管的组织,采用超声刀切割,超声刀对组织热损伤小,术后粘连少,伤口愈合快,没有电能手术意外的损伤,是一种安全性能高的能源<sup>[2]</sup>;对粗大血管,如输卵管系膜血管,子宫动脉、静脉用超声刀加双极电凝,止血效果更好。术中需注意,子宫动脉的电凝及钛夹阻断,可减少宫颈旋切时的出血;膀胱下推至宫颈外口,以免宫颈旋切过程中,因旋切器直径过大,损伤膀胱,同时也为盆腔腹膜化创造良好的条件;正确选择直径合适的宫颈旋切器,既要防止旋切过多损伤膀胱和直肠,又要预防旋切过少未把宫颈移行上皮完全切尽;宫颈筋膜用可吸收线缝合,以起到一个良好的止血效果。

3.3 CISH 在预防宫颈残端癌中的价值 目前认为,筋膜内子宫切除术后宫颈残端癌的发生率仍极低,安全性高,本组 35 例患者,术后病理检查发现切除了子宫颈管内组织,说明子宫颈管内膜切除较完全。随访发现原有的子宫颈外口处慢性炎症痊愈,无 1 例发生子宫颈上皮组织不典型增生。说明 MCISH 在预防宫颈癌的发生方面与开腹筋膜内子宫切除术相当。同时切除宫颈管内组织后,用双极电凝器加热宫颈管内创面可将切除不全的子宫颈管内组织破坏,因创面小更具有优势。

3.4 改良 CISH 既取腹腔镜手术创伤小、出血少、恢复快的优点,又取普通筋膜内全宫切除术之优点,可以达到防止宫颈残端癌,保持盆底、阴道完整性和部分宫颈的目的,手术感染机会少,腹部疤痕小,明显提高了患者术后的生存质量。经过技术改良后的腹腔镜筋膜内子宫切除术,简化了手术过程,术中出血明显减少,是子宫切除术的一种较理想术式。通过手术器械的不断改进和操作技术的不断提高,该术式的手术操作时间会越来越短,值得临床推广应用<sup>[3]</sup>。

参考文献

[1] 关铮. 微创妇产科[M]. 北京:人民军医出版社,2005:2422.

[2] Yuem PM, Mak TW, Yin SF, et al. Metabolic and inflammatory reponse after laparoscopic and abdominal hysterectomy[J]. Am J Obstet Gynecol, 1998, 179(1):1-5.

[3] 姚书忠. 腹腔镜子宫切除术[J]. 实用妇产科杂志, 2002, 18(2):7273.

(收稿日期:2010-07-08)