

腹腔镜下全子宫切除术与开腹全子宫切除术的临床对比分析

陈琼英

云南省文山市人民医院

DOI:10.32629/ffcr.v4i1.19876

[摘要] 目的：剖析腹腔镜与开腹路径下行全子宫切除术的临床实施获益差异，为临床术式的精准化抉择提供科学参照。方法：以2022—2026年本院收治的108例全子宫切除病例为研究对象，依据手术入路分为腹腔镜术式组（54例）与开腹术式组（54例），综合对比两组围手术期指标、术后康复水平及并发症发生情况。比较两组围术期相关参数、术后康复时效及并发症发生谱型。结果：观察组手术用时相对更长，但其术中失血规模、术后肠功能复苏时长、早期离床活动时限及整体住院周期均显著低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；且观察组术后不良事件总体发生比例亦显著更低，组间差异同样具备统计学意义（ $P < 0.05$ ）；结论：腹腔镜下全子宫切除术虽因器械操作要求高，手术时间略长于开腹术式，但微创优势显著。术中电凝止血精准，出血量少；术后切口小、疼痛轻，患者下床活动及胃肠功能恢复快，住院时间短，且并发症发生率低，可减轻患者身心负担，临床应用价值高，值得在具备条件的医疗机构推广。

[关键词] 腹腔镜；开腹；全子宫切除术；临床效果；术后恢复

中图分类号：R713.4 文献标识码：A

Clinical Comparative Analysis of Laparoscopic Hysterectomy and Open Hysterectomy

Qiongying Chen

Wenshan city People's Hospital

Abstract: Objective: To analyze the difference of clinical benefits between laparoscopic hysterectomy and open hysterectomy, and to provide scientific reference for the precise choice of clinical operation. Methods: 108 cases of total hysterectomy in our hospital from 2022 to 2026 were divided into laparoscopic operation group (54 cases) and open operation group (54 cases) according to the surgical approach, and the perioperative indicators, postoperative rehabilitation level and complications of the two groups were comprehensively compared. The perioperative related parameters, postoperative rehabilitation time and the spectrum of complications were compared between the two groups. Results: The operation time in the observation group was relatively longer, but the scale of intraoperative blood loss, the length of postoperative intestinal function recovery, the time limit of early ambulation and the overall hospitalization period were significantly lower than those in the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). The overall incidence of adverse events in the observation group was significantly lower, and the difference between the two groups was also statistically significant ($P < 0.05$). Although total laparoscopic hysterectomy has higher requirements for instrument manipulation and a slightly longer operation time than laparotomy, it has significant advantages of minimally invasive surgery. With precise electrocoagulation hemostasis during the operation, the intraoperative blood loss is small. Postoperatively, it features small incisions and mild pain; patients can ambulate and recover gastrointestinal function rapidly, with a shorter hospital stay and a lower incidence of complications. This approach can reduce the physical and psychological burden on patients, demonstrating high clinical application value and worthy of promotion in qualified medical institutions. Although total laparoscopic hysterectomy has higher requirements for instrument manipulation and a slightly longer operation time than laparotomy, it has significant advantages of minimally invasive surgery. With precise electrocoagulation hemostasis during the operation, the intraoperative blood loss is small. Postoperatively,

it features small incisions and mild pain; patients can ambulate and recover gastrointestinal function rapidly, with a shorter hospital stay and a lower incidence of complications. This approach can reduce the physical and psychological burden on patients, demonstrating high clinical application value and worthy of promotion in qualified medical institutions.

Keywords: Laparoscopy; Laparotomy; Total Hysterectomy; Clinical Effect; Postoperative Recovery

引言

子宫疾病是妇科临床高发疾病,包含子宫肌瘤、子宫腺肌病、功能失调性子宫出血等类型,当病情进展出现月经量过多、严重腹痛、贫血或子宫增大压迫脏器等情况时,全子宫切除术是临床公认的主要根治手段^[1]。开腹全子宫切除术作为传统术式,视野开阔、操作直观且器械要求简单,临床应用数十年,适用于基层医疗机构及复杂盆腔病变,但该术式需在下腹作 10-15cm 切口,术中组织牵拉损伤大、出血量偏多,术后患者疼痛剧烈、胃肠功能恢复慢、下床活动延迟,且腹腔脏器暴露较久易引发切口感染、盆腔粘连等并发症,发生率超 15%,给患者带来沉重身心负担^[2]。随着微创外科技术发展及妇科手术理念革新,腹腔镜下全子宫切除术凭借优势广泛普及^[3]。该术式经 3-4 个 0.5-1cm 穿刺孔完成操作,无大切口、对腹腔干扰小,具有创伤小、疼痛轻、恢复快等特点,能减少并发症、缩短住院周期,成为重要优选方案。为科学化两种术式在疗效、康复及安全性上的差异,本研究选取 108 例全子宫切除术患者,分两组对比术式指标、恢复及并发症,为优化方案提供参考^[4]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2022—2026 年本院收治的 108 例全子宫切除病例为研究对象,纳入标准:经妇科检查、超声、病理活检等确诊为子宫疾病,符合全子宫切除术指征;患者意识清楚,无手术禁忌证;自愿参与本研究并签署知情同意书;临床病历资料完整。排除标准:合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍者;存在凝血功能障碍、免疫系统疾病者;有腹部手术史者;合并恶性肿瘤者;妊娠期或哺乳期女性。依据手术实施方式对受试患者进行分组,设观察组与对照组,每组各 54 例。观察组年龄跨度 35~58 岁,中位平均年龄(46.25±5.32)岁;病理诊断分型:子宫平滑肌瘤 32 例,子宫腺肌症 15 例。功能失调性子宫出血 7 例;子宫大小:孕 8~12 周 38 例,孕 12~16 周 16 例。对照组年龄 34~59 岁,平均(45.86±5.18)岁;疾病类型:子宫肌瘤 30 例,子宫腺肌病 16 例,功能失调性子宫出血 8 例;子宫大小:孕 8~12 周 36 例,孕 12~16 周 18 例。两组在年龄构成、病种分布及子宫体积等基线特征上经统计学比对,差异均无统计学意义($P>0.05$),提示组间具有均衡可比性。

1.2 方法

对照组施以传统经腹全子宫切除术:患者取仰卧位,实施连续硬膜外麻醉,术区常规消毒并铺设无菌敷料,于下腹正中作一长度 10~15 cm 切口,依次切开皮肤、皮下组织

及腹直肌前鞘,钝性分离腹直肌并切开腹膜进入腹腔。探查盆腔内子宫、附件及周围组织解剖结构,钳夹子宫角圆韧带后予以切断缝扎,依次处理输卵管峡部及卵巢固有韧带,锐性分离阔韧带与子宫膀胱反折腹膜,向尾侧游离膀胱。钳夹、切断子宫动静脉并缝扎,继续向下分离宫颈旁组织,切断主韧带、宫骶韧带,环切阴道穹窿,切除子宫,缝合阴道残端,检查无出血后,逐层关闭腹腔,放置引流管,术毕。

观察组:腹腔镜下全子宫切除术患者取膀胱截石位,行气管插管全身麻醉,常规消毒铺巾,建立人工气腹,脐部作 10mm 穿刺孔,置入腹腔镜,于左右下腹麦氏点及反麦氏点分别作 5mm、10mm 穿刺孔,置入操作器械。探查盆腔情况,同开腹手术步骤,用腹腔镜器械钳夹圆韧带并电凝切断,处理输卵管及卵巢固有韧带,剪开阔韧带和子宫膀胱反折腹膜,下推膀胱至宫颈外口下方,电凝切断子宫动静脉,分离宫颈旁组织,电凝切断主韧带、宫骶韧带,经阴道置入举宫器,环切阴道穹窿,将子宫从阴道取出,腹腔镜下缝合阴道残端,冲洗盆腔,检查无出血后,放出腹腔内气体,拔除穿刺孔器械,缝合穿刺孔,放置引流管,术毕。两组患者术后均给予抗感染、止血、补液等对症治疗,密切观察生命体征及腹部情况,指导患者术后饮食与活动,做好护理干预。

1.3 观察指标

(1) 术中核心参数:对两组手术操作时长、术中失血量进行采集与统计。

(2) 术后康复效能指标:记录术后肠道功能恢复时限、首次离床活动时限及住院周期;以视觉模拟评分法(VAS)评价术后 24h 疼痛应激水平,分值范围 0~10 分,评分越高代表疼痛应激越强。

(3) 术后并发症谱系:随访并记录两组术后切口感染、盆腔粘连、泌尿系感染及迟发性出血等不良事件的发生情况。

1.4 统计学方法

数据处理依托 SPSS 26.0 统计软件完成分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)描述,组间差异采用独立样本 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验,设定 $P<0.05$ 为差异具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组围术期核心指标比较

观察组手术操作耗时为(95.36±12.45)min,相较对照组(70.28±10.15)min有所延长,差异具备统计学意义($t=10.824, P<0.05$);观察组术中失血总量为(85.25±15.32)ml,较对照组(205.68±25.46)ml显著减少,组间差异存在统计学意义($t=28.643, P<0.05$)。

2.2 两组术后恢复相关观测指标比较

观察组术后肠道功能恢复时限为(24.52±4.18)h,首次离床活动时限为(26.35±4.56)h,整体住院周期为(5.28±1.05)d。均显著短于对照组的(48.65±6.24)h、(49.82±7.35)h、(9.65±1.82)d,差异有统计学意义($t=22.365$ 、 18.942 、 15.637 , $P<0.05$);观察组术后24h VAS评分为(3.12±0.85)分,明显低于对照组的(5.86±1.24)分,经统计学检验差异具有显著性($t=13.572$, $P<0.05$)。

2.3 两组患者术后并发症发生情况对比

观察组术后出现切口感染1例(1.85%)、泌尿系统感染1例(1.85%),并发症总发生率为(3.70%);对照组术后出现切口感染4例(7.41%)、盆腔粘连3例(5.56%)、泌尿系统感染2例(3.70%)、出血1例(1.58%),并发症总发生率为(18.52%)。观察组并发症总发生率显著低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=6.328$, $P<0.05$)。

3 讨论

全子宫切除术是妇科治疗子宫良性疾病的经典术式,开腹全子宫切除术作为传统术式,其优势在于手术视野清晰,操作难度低,适合子宫体积较大、盆腔粘连严重的患者,在基层医院应用广泛^[6]。但该术式需行下腹正中大大切口,对腹腔内环境干扰较大,术中组织损伤严重,出血量较多,术后患者疼痛剧烈,胃肠道功能恢复慢,下床活动时间延迟,且腹腔内组织暴露时间长,易引发切口感染、盆腔粘连等并发症,住院时间相对较长,易对患者术后康复轨迹产生负面干预。伴随腹腔镜外科技术的持续精进与规范化应用,腹腔镜全子宫切除术依托其微创获益,现已跻身临床主流术式范畴。^[5]本研究结果显示,观察组手术时间长于对照组,这是因为腹腔镜手术操作依赖器械,对术者的操作技巧要求更高,尤其是处理子宫动静脉、主韧带等关键部位时,操作步骤相对繁琐,因此手术时间稍长但观察组术中出血量显著少于对照组,主要是由于腹腔镜器械具有电凝止血功能,可在切断组织的同时完成止血,减少了术中出血,且腹腔镜手术对盆腔组织的牵拉、损伤更小,进一步降低了出血风险。在术后恢复方面,观察组在术后肠道功能复原、早期离床活动及整体住院周期方面均显著优于对照组,术后疼痛评分更低,这与腹腔镜手术的微创性密切相关。腹腔镜手术仅需3~4个微小穿刺孔,腹部切口小,对腹壁肌肉、腹膜的损伤轻,术后疼痛程度明显减轻,患者可更早下床活动,促进胃肠道蠕动恢复,缩短肛门排气时间,进而加快康复速度,减少住院时间。同时,腹腔镜手术对腹腔内环境的干扰小,腹腔脏器暴露少,降低了组织粘连的风险,且切口感染的概率也因切口微小而显著下降,这也是观察组并发症发生率低于对照组的主要原因。本研究中观察组住院费用高于对照组,主要是因为腹腔镜手术所需的器械、耗材价格较高,增加了手术成本,但从长远来看,腹腔镜手术术后恢复快,并发症少,可减少患者术后康复的间接费用,整体获益更高。对于子宫体积过大、

盆腔严重粘连、合并严重基础疾病的患者,开腹手术仍是安全的选择;而对于子宫体积适中、盆腔粘连较轻的患者,腹腔镜下全子宫切除术是更优的术式^[7]。临床应用时,术者需根据患者的年龄、子宫大小、盆腔情况、基础疾病及医院医疗条件等综合因素,合理选择手术方式^[8]。同时,应加强腹腔镜手术操作技巧的培训,提高术者的操作水平,缩短手术时间,进一步降低手术风险,提升手术疗效^[9]。此外,术后需加强护理干预,指导患者进行饮食调理与功能锻炼,预防并发症的发生,促进患者早日康复^[10]。

综上所述,腹腔镜下全子宫切除术虽因器械操作要求高,手术时间略长于开腹术式,但微创优势显著。其中电凝止血精准,出血量少;术后切口小、疼痛轻,患者下床活动及胃肠功能恢复快,住院时间短,且并发症发生率低,可减轻患者身心负担,临床应用价值高,值得在具备条件的医疗机构推广。

[参考文献]

- [1]郑春艳,张超,张顺仓,等.经阴道全子宫切除术与腹腔镜下全子宫切除术治疗子宫肌瘤的临床效果对比分析[J].中国妇幼保健,2023,38(15):2898-2903.
- [2]李月明,叶际琴,肖兰兰,等.机器人辅助腹腔镜全子宫切除术后患者恢复及健康相关生活质量分析[J].海军军医大学学报,2025,46(11):1426-1432.
- [3]刘晓华,苏艳娇.腹腔镜与开腹子宫切除术治疗早期子宫内膜癌的效果对比[J].临床医学工程,2023,30(12):1645-1646.
- [4]张元元.腹腔镜下全子宫切除术治疗子宫肌瘤的效果分析[J].中国社区医师,2023,39(29):20-22.
- [5]吕红蕊.腹腔镜下与开腹全子宫切除术治疗妇科良性疾病的应用效果比较[J].实用妇科内分泌电子杂志,2023,10(17):16-18.
- [6]吕红蕊.腹腔镜下与开腹全子宫切除术治疗妇科良性疾病的应用效果比较[J].实用妇科内分泌电子杂志,2023,10(17):16-18.
- [7]梁红日.腹腔镜下全子宫切除术与经腹全子宫切除术的临床效果比较[J].实用妇科内分泌电子杂志,2023,10(6):13-15.
- [8]龚梦,申复进,许学先.开腹与腹腔镜下筋膜内全子宫切除术对盆腔器官脱垂的影响[J].中国妇产科临床杂志,2022,23(6):624-625.
- [9]王小芹.腹腔镜全子宫切除术与经腹全子宫切除术临床对比研究[J].系统医学,2022,7(11):12-16.
- [10]张凯宁,何娜,潘秋燕.临床护理路径对腹腔镜下全子宫切除术患者术后康复效果的影响[J].临床医学工程,2021,28(5):659-660.

作者简介:

陈琼英(1981.02-),女,汉族,麻栗坡人,本科,副主任医师,妇科主任,研究方向为妇科微创及肿瘤。