

“2009年全国微创妇科新进展论坛（佛山）”
暨“保留（护）器官功能微创妇科专题学术研讨会”

2009年11月20日—24日

论文汇编

主办：《中国微创外科杂志》编辑部
承办：南方医科大学附属南海医院

会议日程安排

第一天 (2009.11.20)

3/2

12:00-24:00	皇都酒店报到并用餐
-------------	-----------

第二天 (2009.11.21)

3/5

开幕式（8:00-8:30）		讲话者	主持人			
		梁志忠院长	傅贤波			
		刘彦	傅贤波			
		专家、嘉宾介绍	黄浩			
		嘉宾、代表合影（住院部大楼前）				
专题讲座（每人限 20 分钟）						
时间	题目		讲课人	主持人		
8:30	妇科腹腔镜手术应用中的医疗风险与防范		刘彦	黄浩、王小婕		
8:50	宫颈癌当今的治疗策略		康山	李斌、王小婕		
9:10	女性生育力的保护与保存		马彩虹	王小婕		
手术演示						
时间	术式		手术者	解说人		
9:30	一室	腹腔镜下保留功能根治术	黄浩	康山、王小婕		
	二室	腹腔镜下次全子宫切除术	刘彦	罗光楠、王小婕		
		大会交流（手术间隙，每人限 10 分钟）				
		《单孔腹腔镜在妇科保留器官功能手术中的应用探讨》上海交通大学附属第一人民医院倪云翔教授				
		《保留子宫血管的子宫切除术》山东济宁市中区妇幼保健院贾振香医师				
		腹腔镜下输卵管吻合术	李斌	马彩虹、王小婕		
		大会交流（手术间隙，每人限 10 分钟）				
		《弥散型子宫腺肌病子宫肌层 U 形切除治疗严重痛经的临床观察》河南郑州华山医院王 斌医师				
		《改良腹腔镜子宫肌瘤剔除术》河北沧州市人民医院妇产科孙金豹主任				
		腹腔镜下巨大子宫肌瘤剜除术	梁志清	孙金豹、王小婕		
		大会交流（手术间隙，每人限 10 分钟）				
		《压力性尿失禁的非手术治疗》广州暨南大学附属第一医院范 瑾医师				
		专题讲座（每人限 20 分钟）				
		时间	题目		讲课人	主持人
		14:30	先天性无阴道综合症		罗光楠	李斌、王小婕
14:50	保留生育功能的根治性宫颈切除术和盆腔淋巴结清扫术——技术与结局		梁志清	史玉林、王小婕		
15:10	腹腔镜下系统性宫旁淋巴结清扫术		史玉林	梁志清、王小婕		
手术演示						
时间	术式		手术者	讲解人		
15:10	一室	腹腔镜下卵巢囊肿剔除术	田乔	刘彦、王小婕		
		腹腔镜下次全子宫切除术	史玉林	刘彦、王小婕		
	二室	腹腔镜下卵巢囊肿剔除术	文仲勇	梁志清、王小婕		
		腹腔镜下子宫肌瘤剜除术	孙金豹	梁志清、王小婕		
晚宴						

第三天 (2009.11.22)

3日

专题讲座（每人限 20 分钟）				
时间	题目		讲课人	主持人
8:00	推行微创观念、发展微创手术		郎景和	刘彦、王小婕
8:20	子宫疾病对生育的影响及其微创治疗		段华	姚书忠、王小婕
8:40	保留子宫血管的子宫切除术研究进展		李光仪	姚书忠、王小婕
9:00	两操作孔行腹腔镜下子宫颈癌根治术		陈捷	罗光楠、王小婕
手术演示				
时间	术式		手术者	讲解人
9:30	一室	TCRP or TCRM	段华	陈捷、王小婕
		大会交流（手术间隙，每人限 10 分钟）		
		《Prolift 网片及其联合尿道中段悬吊治疗 POP 或合并 SUI 近期疗效》广州暨南大学附属第一医院罗新教授		
		《手术治疗卵巢子宫内膜异位症及子宫内膜异位症所致不孕症术中受孕能力的评价》广州暨南大学附属第一医院罗新教授		
		腹腔镜下盆底重建	林武周	黄浩、王小婕
		大会交流（手术间隙，每人限 10 分钟）		
		《腹腔镜下保留盆腔自主神经广泛子宫切除术》南方医科大学附属南海医院妇产科 文仲勇		
		腹腔镜下盆底重建	林武周	黄浩、王小婕
	二室	腹腔镜下保留功能根治术	姚书忠	史玉林、王小婕
专题讲座（每人限 20 分钟）				
时间	题目		讲课人	主持人
14:30	TIPS on laparoscopic Adenomyomectomy		Eric lee	杨尚武、王小婕
14:50	盆底重建术		林武周	罗新、王小婕
手术演示				
15:10	一室	腹腔镜下次全子宫切除术	黄浩	王小婕
		腹腔镜下子宫肌瘤剜除术	黄浩	王小婕
		腹腔镜下卵巢整形术	黄浩	王小婕
	二室	腹腔镜下卵巢囊肿剔除术	田乔	王小婕
		腹腔镜下次全子宫切除术	田乔	王小婕
18:00	闭幕式		张松平书记	
晚宴				

目录

专题讲座

妇科腹腔镜手术应用中的医疗风险与防范
刘彦 刘海防 3

盆底重建术
林武周 8

TIPS ON LAPAROSCOPIC ADENOMYOMECTOMY
Eric Lee 李达才 14

女性生育力的保护与保存
马彩虹 15

输卵管复通
李斌 17

子宫疾病对生育的影响及其微创治疗
段华 19

保留生育功能的根治性宫颈切除术和盆腔淋巴结清扫术技术与结局
梁志清 24

盆腔神经解剖及其在妇科疾病治疗中的意义
姚书忠 卢姗 32

保留子宫血管的子宫切除术的研究进展
李光仪 吴菲 36

腹腔镜下两操作孔行广泛子宫切除加盆腔淋巴结清扫术
陈捷 42

宫颈癌当今的微创治疗策略
康山 45

先天性无阴道综合症
罗光楠 54

腹腔镜下系统性宫旁淋巴结清扫术
史玉林 62

Prolift网片及其联合尿道中段悬吊治疗POP或合并SUI近期疗效
罗新 王晓玉 沈媛 蒋学风 李瑞满 帅翰林 马雪枫 谢静燕 李玉娟 63

腹腔镜下保留功能的子宫恶性肿瘤根治术
黄浩 65

大会交流

腹腔镜下系统保留盆腔自主神经的广泛性子宫切除术（附10例报道）
文仲勇 黄诗敏 黄浩 田乔 王小婕 胡碧洪 张秀清 69

腹腔镜下子宫次全切除并盆底重建术治疗子宫脱垂的临床研究
胡碧洪 文仲勇 黄诗敏 黄浩 74

子宫切除术中盆底重建的研究进展
张秀清 文仲勇 黄诗敏 黄浩 78

宫腹腔镜联合诊治子宫内膜癌36例临床分析	
李末娟 黄浩 张秀清	83
保留子宫血管的子宫切除术	
贾振香	89
改良腹腔镜子宫肌瘤剔除术	
孙金豹	94
超声消融治疗子宫肌瘤的初步评价	
杨武威 盖绿华 李 静 夏文秀 祝宝让 张 彦 等	97
腹腔镜下子宫肌瘤剔除术26例临床分析	
杨洪波 钮慧远	104
弥漫型子宫腺肌病子宫肌层U形切除治疗严重痛经的临床观察	
王斌 谢俊敏 樊小凡 张亚琴 杨凤杰	106
经脐单孔腹腔镜妇科附件切除术首例报道	
倪云翔 邬素芳 丰有吉 刘青建	109
腹腔镜手术治疗妇科急症的应用体会（附241例病例分析）	
蒋小平	111
腹腔镜早期诊断治疗输卵管间质部妊娠的临床价值	
黄燕明 杜欣 龚丽艳	115
压力性尿失禁的非手术治疗	
范 瑾 罗 新	118
新型阴道网片在女性盆腔器官脱垂手术中的应用	
王晓玉 罗新 帅翰林 马雪枫 谢静燕 李玉娟	124
妊娠、顺产和选择性剖宫产对盆底结构功能影响的影像学研究	
高 原 罗 新 李瑞满 蒋学风 王晓玉	125
产后早期盆底肌康复防治盆底功能损伤的近期效果观察	
郑 颖 罗新	127
生物反馈仪治疗并检测孕晚期、产褥期及产后半年内盆底功能的变化	
郑 颖 罗新	128
产后盆底肌低频电诊断及电刺激联合生物反馈康复的近期疗效	
李瑞满 罗新 蒋学风 裴兆辉	129
模拟分娩损伤、绝经大鼠影响盆底功能和结构的动物实验研究	
陆 洋 罗新 谢静燕 姚润斯 沈媛 王晓玉 李瑞满 蒋学风	130
足月妊娠妇女阴道壁胶原纤维含量与产后盆底肌力的变化关系	
郑 颖 罗新	131
血清血清松弛素水平对孕产妇盆底功能变化的影响	
郑 颖 罗新	132
盆底组织和血浆中神经肽Y的表达及其与盆底松弛的关系	
张黎敏 罗新 王晓玉 蒋学风 李瑞满 帅翰林	133
人脐带间充质干细胞移植治疗女性压力性尿失禁的实验研究	
姚润斯 罗新	134
17β-雌二醇对骨髓间充质干细胞增殖及成肌分化作用的研究	
陈翠平 罗新 谢静燕 姚润斯 王晓玉 李瑞满 蒋学风	135



“2009年全国微创妇科新进展论坛（佛山）”
暨“保留（护）器官功能微创妇科专题学术研讨会”

妇科腹腔镜手术应用中的医疗风险与防范

刘彦 刘海防

(第二军医大学附属长征医院妇产科, 上海, 200003)

【摘要】目的 妇科腹腔镜手术由于其自身特征、患者的个体化差异及医患双方对该类手术认同能力的差别, 会给医疗活动带来潜在的风险。如果腹腔镜手术医师与患者沟通充分, 用严格的质量管理和不断提高的技术, 来切实改善手术质量, 就可以尽量降低医疗风险发生率。

【关键词】 妇科腹腔镜手术; 医疗风险; 手术质量; 防范

【Abstract】 Objective Because of its intrinsic characteristics, the gynecological laparoscopic surgeries may bring about the potential risks to medical treatments, which can also resulted in the different states among individuals and the different recognition on such surgeries between the surgeons and the patients. If the laparoscopists have sufficient communications with the patients, and improve the quality of the laparoscopic surgeries by means of the strict supervision and the unceasingly improved skills and techniques, the incidence rate of the potential risks may be lowered as possible.

【Key words】 Gynecological laparoscopic surgery; Medical risks; Operation quality; Prevention

医疗风险是指使患方或医方遭受伤害的可能性, 妇科腹腔镜手术应用中的医疗风险是指腹腔镜手术中使医患双方受到治疗目的以外的损伤。与传统手术相比, 妇科腹腔镜手术具有微创性, 同时也蕴含着某些非微创因素, 是一把“双刃剑”, 有其特殊性。如: 由于缺少循证医学证据, 某些疾病的手术效果还存在不确定性; 由于各地区、医院和医生之间技术水平的差异, 这项新技术的发展还存在不平衡性; 基于各地区经济社会发展水平的差异而产生的医疗费用的不一致性等等。加之医患双方的习惯性思维和对这项技术本身认识的局限性, 使得对于未被医患认知的新理论、不可预见的医疗意外的接受程度不同于传统手术。因此在传统妇科诊疗方法原有的风险基础上, 只要进行此类手术, 它的潜在风险会暴露无疑, 医疗风险更是无处不在。关注应用中的医疗风险和防范, 对妇科腹腔镜手术在临床的普及和发展有重要意义。集二十年腹腔镜手术的实践和经验, 再谈其在临床应用中的风险与防范。

1 妇科腹腔镜手术潜在的医疗风险

1.1 腹腔镜手术本身的潜在医疗风险

众所周知, 腹腔镜手术中建立的CO₂气腹对人体呼吸、循环系统可产生一定的副作用。CO₂高度的可溶性和腹腔、血液之间CO₂的压力梯度可导致CO₂吸收迅速增加, 从而引起高碳酸血症和酸中毒。另外, 腹腔内压力增高也可导致内脏血管收缩, 下腔静脉、肾静脉和肝静脉回流减少; 腹膜扩张可能会诱发血管迷走神经反射, 出现心律失常和心跳骤停。除了上述生理功能的影响, CO₂气腹会造成腹膜超微结构的变化, 可能促使恶性肿瘤细胞的穿刺口种植转移形成。有研究表明, 当今临床上广泛应用电子脉冲式气腹机形成的气腹, 会在手术过程中导致患者腹腔内压力的剧烈波动, 可能由于腹内压的不稳定造成CO₂气腹对机体的更大影响; 加之CO₂气腹自身的特性, 都决定了在施行腹腔镜手术时, 医生和患者要面对上述不利因素带来的潜在风险。

腹腔镜手术存在的潜在风险还在于：该技术的普及和设备的应用在各地区间存在发展不平衡现象。相对于传统手术，腹腔镜手术很大程度上依赖设备的优劣。“工欲善其事，必先利其器”，作为现代科学技术发展的产物，妇科腹腔镜手术的点滴进步都与现代工业技术的发展密不可分，但同样也受到当今科学技术水平的制约。手术所需的光源系统、摄像系统、气腹机、手术用各种能源系统、各种常规及特殊手术器械等的工作状态，都决定了一台腹腔镜手术能否顺利开展。由此可见手术中设备、器械等工具在医疗活动中的重要性。

除了与传统手术不同的CO₂气腹以外，腹腔镜手术以电凝外科技术的广泛应用为特征，组织切割、分离、止血等都有赖于电凝操作。电凝技术应用不当，极易带来医疗风险：轻者在手术过程中增加“烟雾”，妨碍手术视野和操作；重者对器官保护不当，甚至直接损失盆腹腔器官。尤其是卵巢良性肿瘤（囊肿）剥除术后的止血操作，如果过度电凝卵巢创面，极易损伤卵巢功能，并带来不可逆性后果。有一例行腹腔镜下双侧卵巢良性畸胎瘤剥除的27岁患者，手术后即绝经，为手术者和所在医院带来医疗风险与纠纷，教训深刻。

1.2 腹腔镜手术医生及其团队成熟与否导致的潜在医疗风险

医疗活动的主体是手术医生及其手术团队，包括手术助手、麻醉师、护士和技师等。他们在实施腹腔镜手术中居主导地位。临床上常见某些医生由于不能正确认识自身技术水平和条件，施行超出自己能力所及的高难度手术；甚至有人明明知道自己无法完成手术，还在盲目“求高”“求难”，必然导致医疗风险增加，甚至医疗事故发生。由助手等组成的团队如果对内镜手术的理解不深刻，在配合手术过程中哪怕点滴失误都会增加对患者的创伤，甚至发生严重并发症。有研究表明，多数并发症发生在更换手术助手、更换新的手术器械及能源装置时。

一个成熟的腹腔镜手术医生除了具备娴熟的手术技巧，还要掌握整套设备、器械、能源发生装置的原理和合理的使用方法，应当能够排查器械设备的故障并进行简单维修。总之，如果医生在技术上不熟练，无法达到一个手术过程中某些动作和技巧所要求的熟练程度，或者仅仅是位“手术匠”而对手术所需设备、器械的性能不熟悉，都可能给手术带来风险。

临床上还经常见到医生对手术指证的随意选择，导致采用错误的手术方式或者盲目施行内镜手术的现象。如某些子宫肌瘤患者，无症状，且肌瘤体积小，适宜随访，而非腹腔镜下进行肌瘤挖除术；对IIb期以上的宫颈癌患者，不应盲目实施腹腔镜下的广泛子宫切除和盆腔淋巴结清扫术。

一名熟练的妇科腹腔镜手术医师除了掌握本专业知识外，还要对非本专业范围的疾病能够在腹腔镜下识别，但不要随意处置。作者曾经在一起医疗事故鉴定中发现，一位妇科医生在腹腔镜手术时造成小肠破裂，自行在腹腔镜下修补肠瘘并发症，但未成功。鉴定认为，该医生修补肠瘘已经超越了其执业许可范围，应当及时请外科医生会诊并协助修补手术。诸如此类进行超越个人能力的手术造成不良后果的现象并不罕见，尤其是在一些基层医院中，应当引起手术医生的注意。

手术者应当具有深切的爱伤观念，充分考虑患者年龄、社会环境、其个人和家庭因素等与手术结果的关系，重视对手术中靶器官和周围器官的功能保护：进行卵巢囊肿剥除手术时要注意保护剩余卵巢功能；进行广泛子宫切除和盆腔淋巴结清扫术式时要注意保护盆腔神经。反之，手术质量都要受到影响，进而可能会带来潜在医疗风险。

1.3 患者自身状况而致的潜在医疗风险

手术的对象与核心是患者。患者的自身健康程度不佳或存在合并症的情况下，可能增加手术的风险。如：合并高血压、糖尿病、心梗或脑梗、慢性阻塞性肺疾患等基础病变的患者，对CO₂气腹形成膨腹压力的耐受程度大大削弱，手术风险增加。罹患某相同的合并症，不同患者之间的个体差异也会使机体对气腹的耐受程度有所变化。即使是某些能够熟练实施腹腔镜手术的医生，也常常忽视微创手术中的非微创因素给患者带来的风险，而误认为微创手术适用于所有有内科合并症的患者。

因此术前必须对每一名患者进行详细的病史采集、体格检查、相关化验，评估其手术风险和对内镜手术的耐受能力。

此外，某些针对传统开腹手术的各项术前准备、术后管理等围手术期处理方法，对手术患者的影响程度往往较大，会给腹腔镜手术带来潜在风险。如：多数手术术前无需灌肠，否则会在手术中造成肠管胀气，妨碍手术视野，影响操作；而不灌肠的患者术后恢复排气时间均缩短，有利于机体康复。应当重视诸如此类与传统手术不尽相同的围手术期处理方法可能给手术带来的风险，并加以防范。

1.4 医患双方对妇科内镜技术认同不一带来的潜在风险

腹腔镜手术在我国发展不平衡，表现在多个方面：某些医院将妇科腹腔镜技术做为趋利手段，在没有很好的管理培训制度下，仅看到其“微创”带来的利益，在没有提供优质的设备情况下，盲目开展而增加了风险；另外，即便在同一医院同一科室的不同医生中，对腹腔镜技术的接受程度不一致从而增加风险。就科室内医生而言，对腹腔镜手术认识上的“各自为政”，各位医生掌握的腹腔镜手术技巧和使用设备熟悉程度不同，以及她/他们的临床实践经验的积累厚薄有别，也会在制订患者的治疗方案时、在与患者沟通时的方式和谈话态度上有差异，由此可能存在的医生间的无序竞争势必客观上会造成对某些疾病诊治水平的差异，使对某些疾病的诊治水平下降而导致医疗风险增加。扩大了上述（一）和（二）中提到的由内镜技术本身和施行手术的医生（团队）带来的风险性。加之目前医疗信息在医患中传播的不对等性和健康知识在患者中普及的不平衡性，更加重了上述风险因素的复杂性，会在医生工作的小环境中形成一种恶性循环。如果一旦发生医疗不安全事件，医生和患者对腹腔镜技术的指责往往多于传统的治疗方法。就此而言，不良的医患沟通加大医疗风险系数。

2 妇科内镜技术防范风险预案和对策

与防范其他所有医疗风险一样，对于妇科腹腔镜技术潜在的风险防范也应该是一种有效的、可操作的质量管理模式。针对上述妇科腹腔镜手术各种潜在的医疗风险及其原因，我们认为防范风险的核心在于提高手术质量，这是一个永恒的主题。围绕提高妇科腹腔镜手术的质量，我们必须从管理体制、医疗规章制度、医护人员基础培训等源头寻找缺陷并加以改进，充分医患沟通、正确选择适应证、提高医生妇科腹腔镜手术操作水平及加强设备器械管理，是腹腔镜手术医疗风险防范成功的重要保证。

2.1 围手术期与患者的充分沟通

良好的医患交流沟通对于患者的心理、身体状况评估和治疗预后非常重要。医患沟通的基础有以下几点：爱伤情感、耐心的倾听、扎实的专业知识以及和谐的医患关系。且医生对患者的所有相关信息都要谨慎对待，要想使医患沟通充分有效，必须是患者感觉到她对于自身问题能够充分知情并参与到针对自己治疗方案的讨论中。由于妇科疾病具有私密性和高度的个体化特征，在问诊过程如要取得患者诚实回答，需要医生特别的敏锐性。腹腔镜技术的“高科技性”也常使得患者“云里雾里”，如果患者在术前对该技术疑虑丛生或缺乏了解常常会造成患者对医疗过程的不满、增加焦虑和沮丧情绪，治疗过程的困难会增加，治疗失败的几率增加，患者对治疗效果反应匮乏。因此手术前要向患者充分并客观地说明手术的指证、手术大致过程和解释手术知情同意书中的各项内容。告知患者腹腔镜手术并不是一项“神秘技术”，是可以由医生掌控的，这样才能取得患者和家属的信任。我们强调医患之间对于具体手术治疗方式的沟通，不应只在临近手术前进行，应该在患者因需要腹腔镜手术治疗的第一次门诊就诊时就开始。达到良好的医患沟通的标志是患者懂得了医疗过程中的风险要医患共同承担。

尽管经过了仔细的术前准备和预案的设定,但某些并发症仍然有一定的发生率。手术难度越大,并发症发生率相对升高。并发症一旦发生,在保证患者生命安全的前提下,尽可能在手术过程中加以弥补,同时向患者家属详细交代病情,严禁隐瞒,要保证患者和家属的知情同意权。若某些并发症无法在同次手术中补救,需要施行二次手术,也要向患者家属讲明原因,取得理解。

2.2 加强妇科内镜技术的培训,夯实基础,不断学习

对腹腔镜手术医师的选拔,必须实行严格的准入制度、督导制度和规范化的培训制度。重视基础训练,严格按照手术分级培训的原则进行学习实践,方可培养出能全面掌握腹腔镜下各种技术操作,并具有独立进行手术能力的合格妇科内镜医生。术前充分评估个人能力与欲施行手术在技术层面上所要求达到的水平的关系,在确保手术中技术上不失误的前提下,严格选择手术适应证。规范化培训不仅涉及专业理论知识,还包括了人文科学知识在内的素质培养,严禁进行出于某些个人目的的强加于患者的腹腔镜手术。强调手术医师对手术并发症的前瞻性和预见性,要具有主动防范医疗风险意识和责任。要建立针对手术中发生各种意外情况的处理预案,如:第一穿刺造成腹膜后大血管损伤时,要立即中转开腹,迅速止血;患者一旦在手术中出现生命体征的剧烈变化,应当立即停止手术操作,停止 CO₂ 气腹作用,恢复到非气腹状态,待患者生命体征平稳后再考虑是否继续手术;手术过程中突发设备和器械故障时,要及时更换备用器械或采取相应措施来保证手术顺利进行。

手术者应当提高个人对于保护器官功能的认识,力求“祛疾病、保功能”。这同时也是对于其手术技术水平和技巧提出的要求。手术者要能够在术中根据不同的情况,施展不同的技巧,保证手术既能顺利完成,又不会过度治疗进而导致靶器官或周围器官的损伤。以卵巢良性肿瘤(囊肿)剥除手术为例,创面出血不多可以电凝止血;如果出血多,要电凝止血同时用冷生理盐水局部降温,尽量避免对卵巢功能的热损伤;还可以在创面局部喷涂止血药物、放置止血材料以及应用缝合的方法止血。总之,要避免前面讲到的一例行腹腔镜下双侧卵巢良性畸胎瘤剥除的 27 岁患者,手术后即绝经这种悲剧的发生。

2.3 严格管理内镜相关手术器械与设备,并且保证设备、器械的良好工作状态

一个合格的腹腔镜手术医师要熟悉所用器械和设备的性能,作为医生的“武器”,手术器械和设备的良好工作状态是手术能否顺利完成的保证。要有专人管理,清洗消毒,登记各个设备的使用状况,及时排查器械设备的工作隐患并修理。即使是电源插座之类的设备,都应被列入定期检查和维修项目中。要选择性能优良,对机体内环境影响小的气腹机设备;选择质地优良、绝缘性能佳的电凝器械;选择功率稳定、安全性高的各种能源发生装置等。从设备和器械层面上注意保护靶器官及周围器官的功能及完整性,避免手术并发症发生。

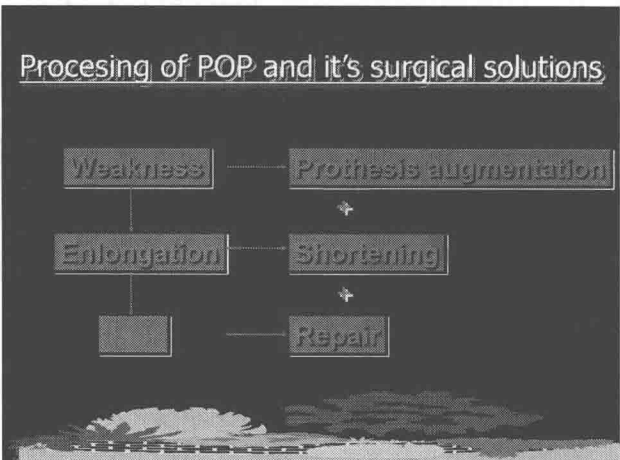
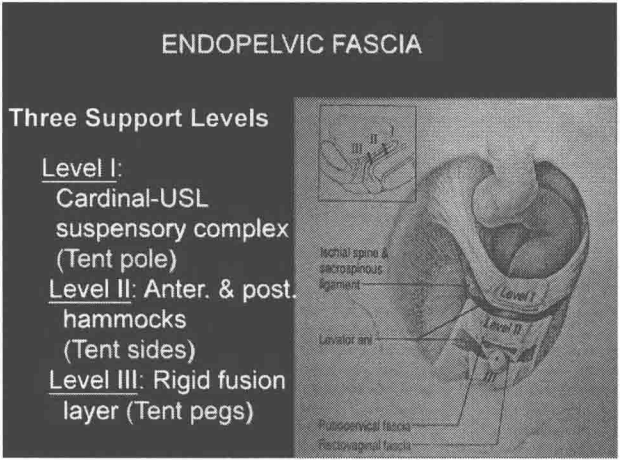
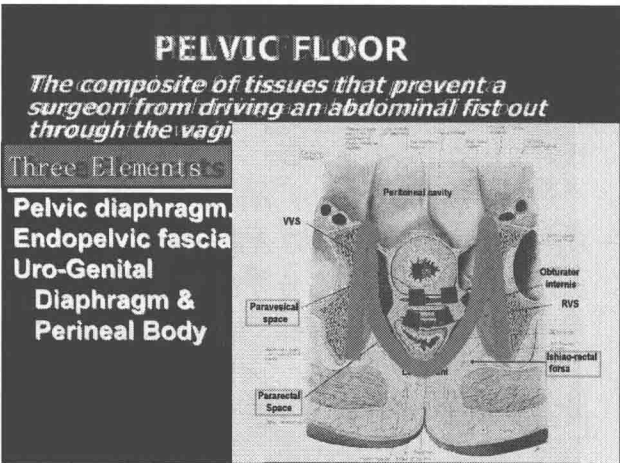
杜绝一次性手术器械的重复使用现象,否则极易引起交叉感染,造成严重后果。针对腹腔镜手术器械易损耗的特点,我们的经验是在同一消毒盒里准备两把相同的常用手术器械,如分离钳、剪刀等;也可以对每一把器械单独进行环氧乙烷消毒。在手术过程中一旦某器械损坏,可以立即更换而不影响手术进行。

2.4 严格掌握腹腔镜手术适应证,术前充分评估患者的状态,排除手术禁忌证

手术适应证的选择是否正确,直接决定了腹腔镜手术能否顺利进行。因为手术的“微创性”而扩大手术适应证属于过度医疗行为,应该坚决杜绝出于利益驱动、技术练习或炫耀的目的而放宽手术指证进行的腹腔镜手术;要诚实认识自身医疗技术的欠缺和考虑患者医疗知识的局限性,正确选择手术适应证;更要慎重对待目前因腹腔镜技术本身发展的限制,而尚未能达到治疗目的的某些疾病的手术。否则会加大医疗风险,造成严重后果。手术者应该在充分评价自身技术水平和所需器械、

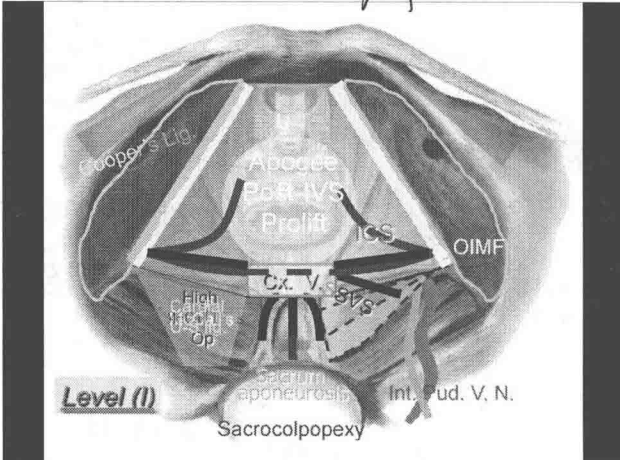
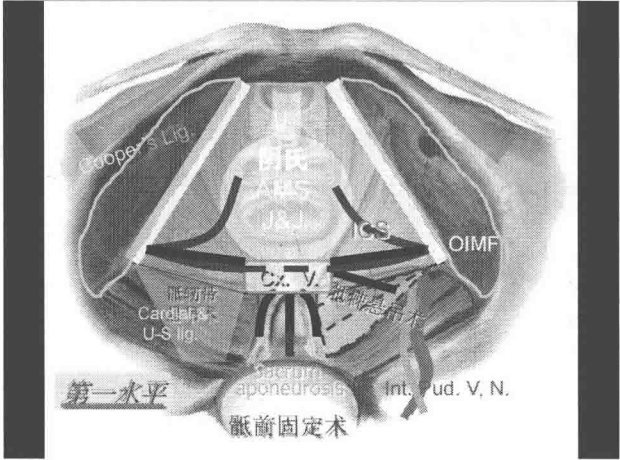
设备完整性的基础上，对患者制定个体化的手术方案。对于某些合并内外科疾患的患者，应完善各项常规检查，还要针对不同的合并症进行某些特殊检查。特殊体质及合并症的患者术前一定在相关科室会诊基础上，共同讨论手术方式。重视与麻醉医师的沟通，从术前用药到术中监护和术后管理，多听取麻醉医师意见。尤其是腹腔镜手术的 CO₂ 气腹对机体呼吸、循环系统和全身血流动力学等的影响是关注的重点。对于耐受能力降低的患者，要尽可能缩短手术时间，简化手术过程，把 CO₂ 气腹对机体的影响降至最低。

总之，手术质量是妇科内镜技术相关讨论中永恒的话题，是我们防范妇科腹腔镜手术各类风险的关键所在。手术医师综合素质提高、规范的医疗行为、强有力的外部保障和全员参与意识对降低医疗风险和提高医疗质量有着举足轻重的意义。为了进一步提高医疗质量，达到在医疗活动中安全、实用、平等、和谐的目标，妇科内镜医师任重而道远。



uterus sacro ligment USL

子宫
韧带
修补
子宫
韧带
修补



- ① SSVs 附建韧带 Lig Suspension
- ② Ant-repair + Mesh. (平铺) 4.5cm 左右
膀胱与子宫
- ③ 前后同多 Mesh - 针.

让 Mesh 与组织
在盆底正常位置生长及块!

