婦科手術採用 Pfannenstiel 切開的初步報告

鳳鳳鳴 譯自

Far East Medical Journal
Vol. 2 No. 6 June 1966

原著：E. Yenson Chu (Caritus Medical Centre, Kowlon, Hong Kong)

前言：29個採用 Pfannenstiel 切開的病例，曾簡要地討論過，作者的技術也被描述過，優點和缺點也曾比較過。事實提示我們：除了少數病例外，下橫腹達到(Low transverse abdominal approach) 由於併發病率少，對骨盆外科而言，實在是一個理想的方式。

Pfannenstiel 切開，在婦科手術方面，我們曾就各方面加以討論，這種橫腹達到式，除少數例外，可廣用於骨盆手術 (Pelvic surgery)。

良好的手術切開與傷口，必須滿足下列條件：

(1)充分的暴露 (Adequate exposure)。

(2)最少的術後傷口併發症。

(3)癒合堅強 (Strong union)。

(4)防止疝氣形成 (Hernia formation)。

(5)滿意的美容效果 (Cosmetic effect)。

骨盆外科醫師努力於研究各種下腹部切開型式的唯一機會和選擇。普通常用的是最可能接近手術野 (Operative field) 及需時最短時間的正中暴露法 (Mid-line exposure)，但它的缺點是疝氣形成及組織斷裂 (Tissure disruption)；爲了克服這種併發症，有些醫師採用旁正中到達 (Paramedian approach)，但就美容方面，則不見得佳良。第三個方法稱 Pfannenstiel 或 Bikini (比基尼) 切開，最初的方法是橫切皮膚和腹直肌鞘 (Rectus sheath)，再分離腹直肌而直切腹膜的下腹切開 (Low abdominal incision)；各種變化曾被採用過。

(1)橫切皮膚，直切腹直肌鞘及腹膜。

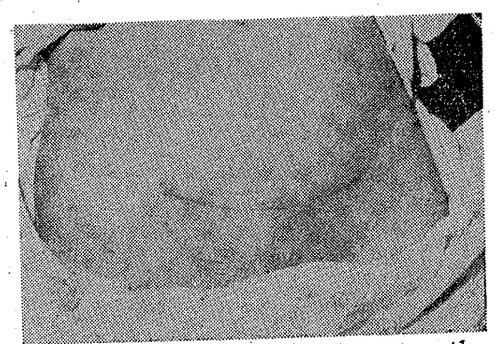
(2)橫切皮膚及腹直肌鞘及肌肉。

(3)橫切皮膚及腹直肌鞘，自恥骨接合點切開腹直肌，橫切或直切腹膜。

(4)彎曲地橫切 (Curved transverse)，再將兩端向上擴大。

作者的方法

歷經外科試驗，在這些型式中，作者較喜歡離恥骨聯合上 1～1½ 吋處沿身體自然的皮紋彎曲地橫切皮膚，皮下脂肪則用尖銳和擦式剝離 (Sharp & swab dissection) 使之抽離腹直肌鞘。所有破



Pfannenstiel incison. Seventeenth post-operative day.

裂和出血的血管均予夾住、剪斷、結紮；腹直肌鞘及腹膜則以直向打開，傷口可向雙方擴大，最大的暴露相當於下臍正中切開 (Sub-umbilical mid-line incision)。

縫線的質料（腹膜及腹直肌鞘）與正中切開一樣，即腸線 (Cat gut)。但皮膚及皮下組織則用 No. 00平腸線 (Plain cat gut) 連續地縫合，而僅在一端打結，如此便可減少打結的數目可減少腸線反應 (Cat gut reaction)。因爲血液供應良好，故癒合甚佳，且因採取橫切開故癒合邊緣並無張力 (Tension) 存在。傷口像一條毛髮線 (Hair-line) 地癒合。因爲腸絲層層以直角排列，故組織對腸線反應甚少。作者一直未發現有疝氣形成者，當我們想到深部傷口是直而淺表瘢痕 (Scar) 是橫的，便可瞭然此理；這豈不是形成一束較身體自然抗力的組織嗎？

作者採用 Pfannenstiel 切開作腹部手術已超過100病例，並未有再縫 (resuture) 者；除了極少數滲出 (Discharge) 及膿瘍 (Abscess) 形成外，未曾遇到其他併發症。最近在 Caritas Medical Center 完成了29例，加以觀察併發症：有三人主訴下腹感覺低下 (Hypo-aesthesia)，3人有漿液或漿血性滲出 (Serous or serous-sanquinous discharge)，另一個形成膿瘍，但經抽吸后，吸收癒合均佳。

Willocks 及 Gebbie (1963) 曾發表意見，謂採用 Pfannenstiel 切開，傷口完全裂開 (Complete wound dehiscence) 是不可能的，他們只有一病例因血腫滲出 (Discharge of a hematoma) 而再縫。在他們的症例中，傳染發生率，採 Pfannenstiel 群者比用正中切開 (Mid-line incision) 少兩三倍。

美容益處 (Cosmetic advantage)

現在的趨向，特別是海灘泳裝，迫使我們在手術臺上採取這種方法。無可置疑，在美容上Pfannenstiel 瘢痕 (Scar) 較縱瘢痕 (Longitudinal scars) 好；如果小心和正確地施用，瘢痕簡直無法察覺到。瘢痕腫形成 (Keloid formation) 也很少，若有可因人體採直立姿勢時被身體自然皮皺 (Skin fold) 遮住。作者使用的方法，拆除縫線或夾子 (Surture or clips)，給病人更舒服。

Gillman 及 Penn (1956) 曾敍述。"皮膚切傷癒合之第一個徵候是表皮 (Epidermis) 而非在結締組織內 (Connective tissue)。再生的表皮先橋架於傷口上，被橫切的肌肉和脂肪則較表膚 (Dermis) 早纖維化 (Fibrotic change) 皮膚內結締組織之再生則緊跟著表皮覆蓋於傷口之後"。他們曾生動地描述，表皮 (Epidermis) 如何以對癒合反效果及留下瘢痕地沿著縫線深深地侵入皮膚 (Dermis)。他們倡用新的無縫合膠帶 (New sutureless adhesive plastic tape) 來閉合傷口。顯然，皮膚縫合，會留下不雅觀的瘢痕 (Scar formation)，有縱的大瘢痕 (Keloid) 和小的橫瘢痕 (Keloid)。作者喜用皮膚夾 (Skin clips)。但在 Pfannenstiel 切開的病例，既不需夾子也無需縫線，可不留下無需的瘢痕 (Scar)，除了下列少數例外橫切開可廣用於帝王切開 (Caesarean section) 及腹部婦科手術：

(1)有先前縱瘢痕存在者 (Longitudinal scar)。

(2)當要爭取時速時：如活胎兒臍帶脫垂，嚴重胎兒假死 (Distress)，活動性產前出血，子宮破裂，已破裂子宮死孕伴有活動性內出血或其他腹部急症而病人陷於休克狀態時。Pfannenstiel 切開的短處是需要10到15分鐘的額外手術時間，因此，在根除手術 (Radical operation) 如：Wertheim 子宮切除 (Hysterectomy) 或骨盆摘出 (Pelvic exenteration) 要愼重地應用縱達到 (Longitudinal approach)。

(3)巨大腫瘤需要暴露過臍以上者。根據實際經驗，我們必需記住一個好的原則：如恥骨臍間 (Pubo-umbical) 距離太短，要避免使用 Pfannenstiel 切開。

肥胖患者，並不增加外科醫師的困難；相反地這些病人若採用本法，可減低其併發症。重覆的 Pfannenstiel 切開是簡單易行的。最近曾做兩個重覆切開的病例：一個是施行兩次破裂非管子宮外孕，第二個病例是做過肌瘤切除 (Myomectomy) 再做子宮切除 (Hysterectomy)。但我們必須記住一旦 Pfannenstiel 切開，就要常用之 (Once a pfannenstiel always a pfannenstiel)，以免形成不雅觀的 "T字形瘢痕 (T scar)"。

Operation	NOV-DEC 1964	JAN-DEC 1965
Caesarean section	3	10
Hysterectomy	6	36
Wertheim hysterectomy		1
Laparotomy		2
Salpingostomy		2
Ovariotomy and Salpingo-oophorectomy		4
Myomectomy		2
Total	9	57

Incision	NOV-DEC 1964	JAN-DEC 1965
Pfannenstiel	6	23
Mid-line	3	34
Total	9	57

Wound Complications	NOV-DEC 1964		JAN-DEC 1965	
	Pfannenstiel	Mid-line	Pfannenstiel	Mid-line
Resuture	0	0	0	0
Infection (pus)	0	0	1	3
Minor serous or serosanquinous discharge	1	0	2	1
Haematoma	0	0	0	0