

腹腔镜手术在妇科扩大应用的研究

范秀玲 许东训 方志文 宋涛 丁丽萍

山东省潍坊市妇幼保健院(潍坊, 261011)

我院自 1996 年 1 月开展妇科腹腔镜手术以来, 由简单妇科手术, 逐渐做比较复杂的手术以及扩大手术指征, 共施术 558 例, 无严重并发症发生。对于手术指征的扩大我们是在较熟练掌握腹腔镜手术各项技能的基础上, 针对新扩大手术指征可能发生的问题作了课题设计, 全体腹腔镜组人员密切配合, 术前充分讨论手术的可能性及手术中需要注意的问题, 应急处理能力, 开腹准备以及术后的严密观察, 共完成扩大指征手术 68 例。

一、资料与方法

1. 资料来源: 1996 年 1 月 ~ 2000 年 8 月, 共开展电视腹腔镜手术 558 例。种类有急慢性异位妊娠的诊治, 卵巢良性肿瘤剥除及附件切除术, 子宫肌瘤挖除术, 腹腔镜辅助下经阴道全子宫切除术, 子宫内膜异位症手术, 不孕症诊治术。针对腹腔镜手术操作规范中的禁忌证^[1], 如①腹部肿块大于妊娠四个月或中、晚期妊娠者; ②异位妊娠患者有休克且包块 > 5cm, 间质部或阔韧带内妊娠, 粘连重者; ③过度肥胖或过度消瘦者。我们对其扩大了临床应用范围, 共 68 例。

2. 研究对象及方法:

(1) 急性重症异位妊娠 48 例。诊断标准及病例选择: ①生育期妇女年龄 20 ~ 40 岁之间。②有急性腹痛及晕厥, 发病在 24 小时内。③病苦面容, 贫血貌, 脉搏细数, 休克血压, 全腹部压痛, 反跳痛, 移动性浊音(+)。④B 超检查宫腔内无妊娠囊, 宫旁包块, 盆腹腔中等量积液。⑤血和/或尿 HCG(+), 诊断确定后在抢救休克的同时进行必要的实验室检查(血常规, 心电图等), 术中密切观察心电图监护, 气腹控制在 1.73kpa 以下, 根据传统开腹手术腹腔血自体回输的方法^[2], 我们自行设计了腹腔镜手术自体血回收装置, 使腹腔内游离血充分回收, 其余积血块通过 11mm 穿刺套管快速吸净, 并到达出血部位。根据病人有无生育要求及对侧输卵管状况行输卵管

切除术, 开窗取胚胎术, 粘连分离术等。鉴于腹腔镜下回收血可能受二氧化碳的影响, 我们留取该血急查 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 及 CO_2 -CP, 同时抽取静脉血一并查 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 及 CO_2 -CP 对照。

(2) 巨大卵巢囊肿 5 例。病例选择: ①年青妇女, 要求腹腔镜手术迫切; ②查体囊肿符合 4 ~ 6 月妊娠大小、囊感、无腹水征、边界清。③彩超示囊内均有液性暗区、囊壁光滑、无乳头及异常血流, 血 CA-125、CEA、AFP、HCG 均阴性, 首先行下腹囊肿隆起部 16 号腰穿刺针抽液。观察液体为淡黄色或草黄色液体后继续抽液至囊肿缩至脐下二指或更小, 然后进镜探查, 并常规取腹腔液进行细胞学检查, 并行快速冰冻切片, 检查均无恶性征象。5 例行囊肿剥除或切除。用抓钳夹住囊壁的破口, 从 11mm 穿刺套管中取出或放入自制的异物袋中取出。

(3) 中期妊娠合并卵巢囊肿 6 例。病人在妊娠 12 ~ 18 周之间, 2 例发生卵巢囊肿扭转。根据子宫大小选择进镜点及操作孔, 一般在距子宫底 6 ~ 7cm 处。2 例卵巢囊肿蒂扭转病人中 1 例行附件切除, 其余 5 例均行囊肿剥除。

(4) 过度肥胖及过瘦病人 9 例。病人体重 > 90kg 6 例, < 35kg 3 例。对此我们强调要求有经验的医师进行第一穿刺(包括气腹针)。由于术中肥胖病人腹腔空间相对较小、视野小、操作需细致, 尤其电切、电凝及切割等易损伤邻近器官, 而过瘦病人在进行穿刺时注意用力的感觉。

二、结 果

1. 急性重症异位妊娠: 48 例异位妊娠中破裂型 39 例, 流产型 9 例, 包括间质部妊娠破裂 2 例, 卵巢妊娠 3 例。其中 1 例间质部妊娠因开窗清理胚胎组织后, 电凝止血效果差行中转开腹术。病人回输血最少 200ml, 最多 2800ml。3 例出现下腹及外阴部多处皮下瘀血斑, 局部理疗治愈。1 例穿刺孔行二次

缝合后痊愈。腹腔血与气腹前后静脉血电解质及 CO_2 -CP 比较(见附表)。

腹腔血与气腹前后静脉血电解质及 CO_2 -CP 比较($\bar{x} \pm s$)

	K^+ (mmol/L)	Na^+ (mmol/L)	Cl^- (mmol/L)	CO_2 -CP (mmol/L)
气腹前静脉血	4.09 ± 0.60	130.20 ± 8.10	101.79 ± 8.50	21.34 ± 1.70
气腹后静脉血	4.11 ± 0.58	130.24 ± 7.99	101.81 ± 8.50	21.43 ± 1.80
腹腔血	4.53 ± 1.07	129.89 ± 8.94	101.20 ± 8.69	21.59 ± 1.27
T 值	1.64	0.12	0.21	0.28
P 值	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

2. 巨大卵巢囊肿:5 例巨大卵巢囊肿中 2 例为卵巢冠囊肿,3 例为卵巢良性囊腺瘤(病理证实),无并发症发生。

3. 中期妊娠合并卵巢囊肿:6 例中期妊娠合并卵巢囊肿病人中 2 例畸胎瘤,3 例卵巢良性囊腺瘤,1 例卵巢冠囊肿,均为病理证实。术后行一般保胎药物治疗 5 天,无流产,早产,死胎发生,均足月顺产。

4. 过度肥胖或过瘦病人:多囊卵巢综合征 5 例(术中 4 例行卵巢多点打孔术,1 例行楔形切除)。卵巢先天发育不良 2 例,卵巢畸胎瘤 2 例。术中,术后无并发症发生。

三、讨 论

手术腹腔镜在妇科的应用已有比较成熟的经验和良好的前景,许多禁忌证正逐渐转化为相对禁忌症及适应证。对于国内专家新制定的腹腔镜手术规程是用来规范医务工作者行为的。因为手术腹腔镜的历史远不及传统开腹手术久远,许多问题是无法预料的。所以我们应采取科学谨慎态度,循序渐进的扩大临床应用范围。我们手术指征的扩大是在有精湛的传统开腹手术经验及熟练的腹腔镜手术技巧的基础上,对每个病人精心选择,严密监护,腹腔镜

组人员技术熟练,密切配合,仔细操作,从而达到腹腔镜手术所具有的优点。

急性异位妊娠休克病人国内张爱容^[3]及陈仙黔^[4]报道,异位妊娠内出血休克病人均得以在腹腔镜下顺利完成。对于发病 24 小时内,镜下为流动新鲜血液,妊娠小于 12 周,我们通过腹腔镜自体血回收并进行 6 层纱布过滤后回输给病人,不仅能快速抢救病人,又可节省血液。如可疑溶血行腹腔血离心检查,镜下细胞破坏率 $\geq 30\%$ 以及恶性肿瘤如绒癌等引起的出血应禁止回输。关于穿刺导致囊液外漏是否会影响预后的问题,一般认为用细针小心穿刺,术中彻底冲洗盆腔,即使是畸胎瘤内容物也不致有副作用。如穿出血以后发现有癌细胞,在 3 周内行剖腹手术,不会影响预后^[5]。

根据 Brian J. Eichenberg^[6]及 George Graham^[7]等报道,腹腔镜手术整个孕期均可进行,其流产,早产及死胎等不良结局较开腹手术为低。但最好选择中期妊娠。

参 考 文 献

- 1 中华妇产科杂志编辑委员会. 妇科内镜操作规范, 中华妇产科杂志. 1997, 32: 267.
- 2 苏应宽, 刘新民主编. 妇产科手术学. 北京: 人民卫生出版社, 1973: 195.
- 3 张爱容, 王巧娜, 张莹静, 等. 妇科腹腔镜手术 878 例经验总结. 中华妇产科杂志. 1997, 32: 278.
- 4 陈仙黔, 电视腹腔镜宫外孕手术体会. 腹腔镜外科杂志. 1999, 4: 36.
- 5 连利娟主编, 林巧稚妇科肿瘤学. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 109.
- 6 Brim J, Eichenberg, et al. Laparoscopic. Chole cystectomy in the Third Trimester of Pregnancy. Obstet gynecol Surv 1997, 52: 332.
- 7 George Graham, et al. Laparoscopic chole cystectomy during pregnancy: A case series and Review of the Literature. Obstet Gynecol Surv 1998, 53 (9): 566.

会 议 简 讯

中华医学会深圳分会腔镜外科学会及北京大学深圳医院 腔镜外科医师培训中心在深圳成立

国内第一家隶属于中华医学会的腔镜外科专业学会于 2001 年 4 月 22 日在深圳正式成立, 学会主任由北京大学深圳医院(原深圳市中心医院)腔镜外科中心主任周汉新教授担任。国内著名的外科专家夏穗生、杜如昱等 10 多位教授以及香港著名腔镜外科专家钟尚志、李家桦、郭宝贤、陈志伟等教授亲临会场祝贺, 并发表了热情洋溢的讲话。北京大学深圳医院腔镜外科培训中心亦在同日成立, 并举行了首期培训班开学典礼。首次培训班学员达 218 人, 深圳市腔镜外科学会及按国际标准建设的腔镜外科培训中心的成立, 将带动深圳市及周边地区的腔镜外科事业健康、稳定、有序的发展, 对加强深港腔镜外科界的技术交流以及促进我国的腔镜外科事业的快速发展, 将起着促进作用。