

## · 个案报道 ·

## 良性巨大卵巢囊肿微创手术治疗 2 例报告

雷蔓莉 陈卡斌 王丽凤

福建省泉州东南医院 福建 泉州 362000

我院近 2 年,对 2 例巨大卵巢囊肿采用耻上小切口配合腹腔镜探查下进行手术治疗,效果满意,现报告如下。

## 临床资料和方法

## 一、一般资料

例 1,46 岁,以腹部明显增大半年余为主诉入院。腹部扪及如足月妊娠大小之包块,上界剑下三横指,距耻骨联合 36cm,囊性感,B 超探及腹部自耻骨联合上方至剑下和左右侧腹部一巨大液性回声,内有許多分隔,内壁未见明显乳状突起,有少量腹水征。提示巨大卵巢囊腺瘤(右侧)。

例 2,29 岁,系妊娠时 B 超检查提示妊娠合并右卵巢囊肿。顺产后半年,复查 B 超卵巢囊肿明显增大而入院。腹部扪及如孕 8 月左右大小之包块,上界剑脐间,距耻骨联合 30cm,囊性感,无压痛。B 超探及右卵巢囊肿约 30cm×25cm×20cm,内为液性和有少许分隔、壁薄,无乳突状突起。

2 例生命体征平稳,妇检盆腔内被囊性肿物占据,后穹窿饱满,压之腹部有冲击感,子宫正常大小,均偏向左侧,摄胸片、肝脏 B 超、血、尿、大便常规、血 AFP、CEA、CA<sub>125</sub>、肝肾功能均正常。

## 二、手术方法

麻醉均为硬膜外麻醉。先于耻骨联合上 2cm 正中切口 3cm,进腹,直视下探查均有少量腹水、淡黄色,囊壁光滑,呈灰白色。两把皮钳钳夹囊壁,并小荷包缝合,正中穿刺,见浆液性液体流出,迅速插入腹腔镜专用吸引头,荷包打结,以防囊内容物外溢,逐渐吸净多囊内容物,并捅破囊间隔,逐步将整个囊壁提拉至切口外,直视下常规右附件切除,残端浆膜互相缝合数针,使残端光滑以防粘连,缝合切口腹膜,关闭腹腔。再行脐孔正中切口 1.0cm,置入腹腔镜,造气腹,再由耻上小切口放置腹腔镜手术探棒,注意漏气,配合腹腔镜探查盆腔、子宫、附件及其残端和下腹部肠管,再转腹腔镜镜头探查上腹部肠管、

肝脏故均未发现异常及结节性病灶。术毕切口皮肤行皮内缝合,不拆线。

## 结 果

术中病情稳定。出血极少,约 50ml 左右。例 1 囊肿分隔较多,操作稍困难。两例囊内容液分别为 6500ml 和 5100ml,且囊内壁均光滑未见乳突状结构。

术后用抗生素 3 天,体温 36.5℃~37.8℃。术后 6 小时拔除尿管,12 小时下床活动,血压脉搏稳定,术后 5 天出院,病理报告分别为右侧卵巢假粘液性多囊性囊腺瘤及右侧良性浆液性多囊性囊腺瘤。术后半年和 1 年随访,B 超检查无异常发现。复查 CA<sub>125</sub>均正常。

## 讨 论

卵巢肿瘤巨大型并不多见。如其生长迅速应警惕恶性的可能。传统的治疗方法应是开腹手术。而我院根据这 2 例病史,妇科检查并结合 B 超检查的特点和 CA<sub>125</sub>等测定,进行术前充分评估,考虑系良性肿瘤可能性大。2 例术后病理检查证实良性肿瘤。据国外报道超声标准预测良性肿瘤准确率达 96%<sup>[1]</sup>。而国内也阐明应用 B 超检查,结合病史,双合诊,B 超检查及 CA<sub>125</sub>测定,来判定肿瘤的良恶性,腹腔镜手术仅适用于卵巢良性肿瘤<sup>[2]</sup>。

我院采用耻上小切口配合腹腔镜探查完成巨大卵巢囊肿的手术治疗,达到了微创,并彻底切除病灶,发挥了腹腔镜能全方位探查的优势,避免传统开腹手术后而遗留长而丑陋的瘢痕,也避免了脏器的暴露和手套、纱布对内脏组织的损伤。该方法具有创伤小,操作简单,安全性高,不仅腹部切口小美观,且康复快,临床上有很高的应用价值。

## 参 考 文 献

- 1 Herrmann U, Locher G, Goldhirsch A. Sonographic patterns of ovovarian tumors: prediction of malignancy. Obstet Gynecol, 1987, 69: 777.
- 2 邵如庆,张爱容,卢德高. 电视腹腔镜入门. 北京: 北京科学技术出版社, 1999, 158-163.