

· 文献综述 ·

腹腔镜子宫切除术式的评价

李宗林 周甘雨

(广西民族医院妇产科, 南宁 530001)

中图分类号 R713.4⁺2

文献标识 A

文章编号 1009-6604(2006)09-0717-02

1989 年 Reich^[1]施行首例腹腔镜辅助阴式子宫切除术(laparoscopic assisted vaginal hysterectomy, LAVH)。1991 年 Semm^[2]完成腹腔镜下筋膜内子宫切除术(classic intrafascial Semm hysterectomy, CISH)。经过 10 多年的发展,腹腔镜子宫切除已具有多种术式,技术趋于成熟,但选用何种术式更能达到预期效果有待进一步探讨,现就相关问题综述如下。

1 腹腔镜子宫切除术的术式和分类

目前腹腔镜子宫切除的定义、手术分类和手术方法尚未统一。常用的分类多采用刘彦分类^[3]根据宫颈的去留分为 2 类 4 种术式。A 类(完全切除宫颈组织)①腹腔镜下全子宫切除术(total laparoscopic hysterectomy, TLH);②LAVH。B 类(全部或部分保留宫颈组织)①腹腔镜下子宫次全切除术(laparoscopic subtotal hysterectomy, LSH);②CISH。其中 LAVH 按镜下离断宫旁组织的多少分为:I 型,双侧骨盆漏斗韧带或固有韧带、输卵管、圆韧带切断;II 型,离断双侧子宫动、静脉;III 型,部分主韧带切断或分离切断宫骶韧带;IV 型,离断全部宫骶韧带及主韧带。

2 腹腔镜子宫切除术适应证及禁忌证

适应证:良性子宫病变及部分早期恶性病变,综合文献^[4-5]包括以下几个方面①子宫肌瘤;②子宫内膜异位症(子宫腺肌症);③异常子宫出血;④子宫内膜腺瘤型增生过长,子宫内膜癌 Ia、Ib 期;⑤阴式子宫切除的反指征(如盆腔粘连、多次腹部手术史、耻骨弓狭窄、阴道狭窄或因为下肢畸形无法置膀胱截石位等)有子宫切除指征者。禁忌证①全身性疾病;②子宫过大不利于镜下操作者;③晚期妇科恶性肿瘤;④严重盆腔粘连致盆腔解剖结构不清。

3 腹腔镜子宫切除术式选择及评价

3.1 LSH

LSH 切除病变的子宫体,保留正常的宫颈组织。该术式分离双侧附件后,即可套扎子宫下段的血管,出血少,方法简单,只要有腹腔镜手术的操作技巧,配有子宫体粉碎器,便能开展此项手术。该术式优点①操作简单,手术时间短,对膀胱、输尿管损伤小,在 4 种术式中并发症最少^[4]。②保留宫颈及完整阴道,对性生活影响小,对保持女性内分泌功能有重要的作用^[6]。缺点①宫颈残端癌的发生。文献报道发生率为 1%~2%,而此种残端癌给手术治疗和放射治疗带来极大困难^[7]。②子宫体癌的漏诊。因宫体通过粉碎器而取

出,如是子宫内膜癌,可能会使癌细胞遗留在盆、腹腔或促进其扩散^[8]。术前必要时可分段诊刮排除,术中发现可疑之处,应立即冰冻切片确诊。李光仪等^[9]建议,年轻患者,子宫颈光滑,排除恶性后,可采用 LSH,如子宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)I~II 级,要求保留宫颈的可采用 LEEP 刀行子宫颈锥切后施行 LSH。但在临床实践中,尚存在切除子宫防止残留宫颈癌发生的传统观念,不少医师和病人从生理上不易接受,使 LSH 在临床上很少开展^[10]。

3.2 CISH

CISH 经特殊器械(子宫内窥镜切除器)旋切子宫颈管组织而完成,该术式优点①既切除病变子宫体及容易发生癌变的子宫颈管内膜及鳞柱状上皮交界区,预防残端癌的发生。②使阴道和盆腔结构得以完整保存,并能预防子宫切除术后阴道顶脱垂。③手术时间短,出血少。李光仪等^[9,11]报道对 1 163 例子宫肌瘤分 CISH、LAVH、TLH 3 种术式,对比分析表明,手术时间、出血量 CISH 组明显少于 LAVH 组与 TLH 组($P < 0.01$)。术后排气时间 CISH 组明显早于 LAVH 组与 TLH 组($P < 0.001$)。以上几项指标分析 CISH 明显优于 LAVH 和 TLH,与张建萍^[12]和华克勤^[13]等报道相似。缺点①并发症发生率高。李光仪等^[9]报道发生率为 4.1%,其中术中并发症主要是套扎圈滑脱、膀胱、子宫动脉损伤;术后并发症主要是阴道出血、宫颈潴留囊肿等。②恶性肿瘤的漏诊同 LSH 术。总之,子宫颈有轻、中度病变而又年轻的患者,排除恶性后,CISH 为一种理想的术式。

3.3 LAVH

LAVH 是早期腹腔镜下子宫切除常见术式。由于腹腔镜下操作部分少,实质上是阴式子宫切除的一种变异,只要有阴式子宫切除的基础,便能开展此项术式。LAVH 从易到难分为 4 型术式,如熟练掌握第 IV 型术式,便具备施行 TLH 的技巧了。该术式优点①扩大了阴式子宫切除的适应证,增加了安全性。阴式手术由于不能直视盆腔,如有肠粘连等情况,有造成损伤的可能,而且处理附件也有一定的难度^[14]。经腹腔镜松解盆腔粘连,处理圆韧带、骨盆漏斗韧带,为阴道手术创造了条件,减轻了阴道子宫切除的难度,使阴式子宫切除成功率提高到 94%^[15]。②并发症少。李光仪等^[9]报道并发症发生率 1.19%,Boike 等^[16]报道发生率为 12%(6/50)和 15%(22/141),这可能与该术式开展初期术者操作技能、经验及设备是否完善有关。③完整取出子宫,避免了残端癌及早期癌的漏诊。缺点①子宫应小于孕 12

周大小 ;②不能保留子宫颈 ,故术后约 1/3 患者感到性生活不满意^[9]。我们认为腹腔镜手术和阴式手术均为微创手术 ,对于子宫体积小于 12 孕周 ,尤其是无明显盆腔粘连的子宫 ,阴式子宫切除完全可达到临床效果时 ,不必行 LAVH ,但对有明显盆腔粘连者或合并附件肿块需同时处理时 ,行 LAVH 优点显而易见。

3.4 TLH

TLH 是指在腹腔镜下完全游离子宫并在镜下缝合阴道壁 ,即切除子宫全过程均在腹腔镜下完成。是各种腹腔镜子宫切除术中难度最大 ,操作技巧最高的一种术式。优点 :①是腹腔镜子宫切除术的标志 ,如能熟练掌握 TLH 术式 ,将为开展腹腔镜下广泛全子宫切除打下基础。②子宫完整取出 ,避免早期癌漏诊。缺点 :①技术难度高 ,并发症多。在减少手术并发症及术后病率 ,缩短患者术后住院时间、恢复时间等方面 ,TLH 并未显示出比 LAVH 更多的优势。Long 等^[17]对 60 例 LAVH 与 40 例 TLH 比较 ,两组平均费用、住院时间及术后严重并发症无显著性差异 ($P > 0.05$) ,但 LAVH 手术时间较 TLH 短 ,出血较 TLH 少。②子宫大于孕 3 个月时不宜适用。临床上 LAVH 比 TLH 更实用 ,因此 ,LAVH 可以取代 TLH。

4 腹腔镜子宫切除术并发症

近年文献^[10,18]显示 ,腹腔镜手术并发症总发生率为 0.22% ~ 1.54%。美国 1 674 例腹腔镜子宫切除术资料显示 ,最初的 1989 ~ 1995 年(手术初期)并发症发生率为 5.6% ,1996 ~ 1999 年(手术近期)降至 1.3%^[19]。冷金花等^[20]分析 1994 ~ 1999 年腹腔镜手术 1 769 例 ,并发症 34 例 (1.9%) ,其中 LAVH 296 例 ,并发症 20 例 ,发生率 6.8% ,明显高于附件手术。Morrison 等^[21]报道 437 例 CISH ,术后并发症 19 例 ,发生率为 4.3%。子宫手术常见并发症 :泌尿系损伤、肠管损伤、出血和感染等。以上说明 ,术中及术后并发症在腹腔镜子宫切除术开展初期发生率较高 ,随着腹腔镜技术推广应用 ,器械设备改善 ,术者技能提高及经验积累 ,发生率明显下降。其发生频率取决于术前危险因素、手术指征的掌握和术者手术技能及经验^[22]。

5 结语

腹腔镜子宫切除术改变了医生的思维观念、技术路线和操作技巧 ,具有开腹手术与阴道手术共有的优点 ,既有开腹手术清晰的视野 ,又可避免阴道手术不能了解盆腔情况所带来的弊端。但腹腔镜子宫切除术既不能替代开腹手术 ,也不能替代阴道手术 ,而只是一种使大部分需子宫切除患者避免开腹的微创手术 ,是妇科微创手术的重要发展方向 ,其局限性是盆腔有严重粘连者 ,手术时间长 ,且会增加手术损伤 ,其价值和安全性取决于严格手术适应证和提高技术操作水平。

参考文献

1 Reich H. Laparoscopic hysterectomy. J Gynecol Surg , 1989 , 5 : 213 ~ 216.

2 Semm K. Hysterectomy via laparotomy or pelviscopy : a new CASH method without colpotomy. Geburtshife Frauenheikd , 1991 , 51 : 996 ~ 1003.

3 刘彦,主编.实用妇科腹腔镜手术学.北京:科学技术文献出版社,1999. 149 ~ 168.

4 喇端端,华祖德.腹腔镜子宫切除术的应用前景.实用妇产科杂志,2000,16(2):66 ~ 67.

5 姚书忠.腹腔镜子宫切除术.实用妇产科杂志,2002,18(2):72 ~ 74.

6 唐良召,卞度宏.全子宫切除术与次全子宫切除术的应用.实用妇产科杂志,2000,16(2):62 ~ 63.

7 左常婷,刘新民.子宫肌瘤手术治疗进展.实用妇产科杂志,2000,16(4):183 ~ 184.

8 Hutchins FL Jr,Reinoehl EM. Retained myoma after laparoscopic supracervical hysterectomy with morcellation. J Am Assoc Gynecol Laparosc ,1998,5(3):293 ~ 295.

9 李光仪,尚慧玲,陈露诗.腹腔镜下不同子宫切除术 2272 例临床分析.中华妇产科杂志,2005,40(3):170 ~ 171.

10 谭家驹,主编.微创外科手术与麻醉.北京:科学技术文献出版社,2003. 157 ~ 162.

11 李光仪,陈露诗,黄浩,等.腹腔镜下子宫切除术治疗子宫肌瘤 1 163 例临床研究.中国实用妇科与产科杂志,2002,18(3):184 ~ 186.

12 张建萍,卢丹,姜淑清,等.腹腔镜手术在妇科的临床应用价值.实用妇产科杂志,2001,17(2):100 ~ 102.

13 华克勤,张惜阴,刘惜时,等.腹腔镜子宫切除术式的研究.现代妇产科进展,2002,11(5):355 ~ 356.

14 郎景和,冷金花.妇科腹腔镜的现状和展望.实用妇产科杂志,2002,18(2):68 ~ 70.

15 袁碧波,陈亚萍.借助腹腔镜阴式子宫切除与经腹子宫切除术的随机性、前瞻性、多中心研究.国外医学·妇产科分册,1999,26(6):367 ~ 369.

16 Boike GM, Elfstrand EP, Delpriore G, et al. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a university hospital : report of 82 cases and comparison with abdominal and vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol , 1993 , 168 : 1690 ~ 1697.

17 Long CY, Fang JH, Chen WC, et al. Comparison of total laparoscopic hysterectomy and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. Gynecol Obstet , 2002 , 53 (4) : 214 ~ 219.

18 刘彦.妇科内窥镜手术常见的并发症及其预防.中华妇产科杂志,2005,40(7):493 ~ 495.

19 刘彦.腹腔镜妇科手术并发症的特点及防治.中国实用妇科与产科杂志,2003,19(11):664 ~ 666.

20 冷金花,郎景和,黄荣丽,等.腹腔镜并发症 34 例分析.中华妇产科杂志,2001,36(3):147 ~ 148.

21 Morrison JE Jr, Jacobs VR. 437 classic intrafascial supracervical hysterectomies in 8 years. J Am Assoc Gynecol Laparosc , 2001 , 8 (4) : 558 ~ 561.

22 华克勤,刘惜时,林金芳,等.妇科腹腔镜手术并发症原因及其防治的探讨.中国微创外科杂志,2002,2(3):165 ~ 166.

(收稿日期 2005 - 11 - 01)

(修回日期 2006 - 02 - 22)