

• 专题论坛 •

腹腔镜全子宫切除术的应用

姚书忠

(中山大学附属第一医院妇产科, 广州 510080)

中图分类号: R713.4*2

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2007)04-0293-02

由于女性生殖道的结构特点,有多种方法可用将病变的子宫切除。传统的手术方法是经腹或经阴道将子宫切除。腹腔镜下全子宫切除术指经过腹腔镜将子宫周围的韧带、血管、阴道壁切断,将子宫切除后自阴道取出,然后经腹腔镜下再次缝合阴道断端。腹腔镜子宫切除术除子宫全切除术外,还有几种不同的术式,包括腹腔镜辅助阴式子宫切除术(laparoscopic assisted vaginal hysterectomy, LAVH)、腹腔镜次全子宫切除术、腹腔镜下筋膜内子宫切除术。

1 腹腔镜下全子宫切除术的特点

腹腔镜子宫切除术开始于 1989 年。随着各种手术器械的发展,这一术式广泛开展起来。与开腹全子宫切除相比,腹腔镜全子宫切除术因具有微创手术的特点而有明显的优势,包括住院时间短、术后疼痛轻、恢复正常生活和工作快、腹部切口小等。腹腔镜切口小这一特点对肥胖患者更有利,在术时视野清晰,避免腹部大切口所引起愈合不良的问题。

尽管 LAVH 因为在腹腔镜下的操作相对较少而容易进行,但是对一些困难病例,如子宫内膜异位症及盆腔粘连等疾病使子宫不易拉下,则 LAVH 的阴道手术部分非常困难。对此类患者,腹腔镜全子宫切除术因为完全在腹腔镜下进行而相对容易。

与腹式全子宫切除和阴式全子宫切除相比,腹腔镜手术的视野更加清晰,对于合并子宫内膜异位症和盆腔粘连的患者,腹腔镜子宫切除术既避免阴式手术的困难,也避免开腹手术的创伤,扩大微创手术的范围,显得更有优势。

在进行腹腔镜全子宫切除的同时,还可进行其他疾病的腹腔镜手术治疗,如子宫内膜异位症病灶切除、卵巢肿瘤切除、阴道断端悬吊、腹腔镜下盆底缺陷修补、膀胱颈耻骨梳韧带悬吊等,同时也可进行腹腔镜下淋巴结清扫术治疗子宫内膜癌及子宫颈癌。

2 腹腔镜、阴式、开腹全子宫切除术式的选择原则

腹腔镜、阴式及开腹全子宫切除术,前两者均具有微创的特点,比开腹全子宫切除术恢复快,术后恢

复情况腹腔镜手术与阴式手术之间没有差别。尽管如此,腹腔镜全子宫切除仍具有阴式子宫切除无法比拟的优势,主要是对盆腔情况可清楚了解,术野清晰,可同时处理并存于盆腔的病变。对于复杂病例,选择腹腔镜手术要比阴式手术安全得多。因此,对简单全子宫切除,阴式手术或腹腔镜手术均可作为首选术式;合并盆腔粘连、子宫内膜异位症等病变而须切除子宫时,腹腔镜全子宫切除则应作为首选术式。然而,腹腔镜及阴式子宫切除这 2 种术式仍有其局限性,即不能完成巨大子宫或盆腔严重粘连者的子宫切除,对这类患者,应术前已有充分估计选择开腹手术,或术中遇到困难而中转开腹。

3 腹腔镜全子宫切除术的适应证

腹腔镜全子宫切除术既可用于子宫的良性病变,如子宫肌瘤、子宫腺肌症、功能失调性子宫出血等需要切除子宫者,也可用于早期子宫恶性肿瘤,如子宫颈原位癌、子宫颈上皮或子宫内膜不典型增生等适合全子宫切除的患者。

4 腹腔镜全子宫切除术的方法

施行腹腔镜全子宫切除术使用不同能源作为手术工具,代替传统的切割及缝合方法来切断组织并止血,最后将子宫完整切除并取出。目前,常用的能源工具有单极电凝、双极电凝、超声刀、PK 刀(英国佳乐公司)、结扎速(美国威利公司)、VIO 妇科工作站(德国 ERBE 公司)。这些能源工具各有其特点,只有熟悉其特点,才能很好地使用。无论使用何种能源工具将子宫切除,均须经过以下步骤。

4.1 附件的处理

如果患者需要保留附件,则将卵巢固有韧带、输卵管、圆韧带切断;如果不需要保留卵巢,则将骨盆漏斗韧带及圆韧带切断。骨盆漏斗韧带内含卵巢血管,可用电凝闭合血管止血后剪断,也可先将卵巢系膜处腹膜打开,将骨盆漏斗韧带结扎后剪断。在处理宫角部组织时,要特别注意位于其中的子宫动脉到卵巢及输卵管的分支及其伴行静脉。静脉位于腹膜下,如不注意,容易撕破而引起出血。一旦出血则止血比较麻烦。因此,在切断这些结构时,可离宫

角远些,这样比较容易将血管凝固、闭合并止血。

4.2 阔韧带处理

分离阔韧带时可将前后叶腹膜一起切断而不必分开,切口下缘到膀胱腹膜反折水平即可,注意勿伤及子宫血管。输尿管也不必分离出来,一般不会损伤。阔韧带切口要离开宫壁,以避免触及沿宫侧壁上行的子宫动脉上行支。如果肌瘤位于阔韧带内,则需要将阔韧带前后叶腹膜打开,贴着肌瘤表面将腹膜推开,游离出肌瘤,这样输尿管就会被推到盆壁侧而不致损伤。

4.3 膀胱腹膜反折

没有剖宫产史的患者,膀胱腹膜反折处解剖没有改变,直接将腹膜剪开并将膀胱推下即可。膀胱与宫颈之间的间隙非常清楚,易于推下。使用穹隆杯将整个穹隆撑起,使推下膀胱非常容易。一般来说,宫颈两侧不必推得太开,以免引起出血。如果有剖宫产手术史,往往在膀胱腹膜反折处形成瘢痕,分离时要注意勿损伤膀胱。

4.4 子宫血管的处理

子宫血管的处理是全子宫切除的难点。如果子宫血管处理不妥当引起出血,则影响手术甚至导致并发症的发生。子宫血管的处理要点是将子宫血管解剖清楚,然后贴近子宫侧将其阻断。常用的方法为电凝闭合血管后剪断;也可使用缝合方法将子宫血管结扎,或者使用血管夹将其阻断;也可在子宫动脉由髂内动脉分出处结扎切断,但此方法多用于广泛子宫切除时。

4.5 宫骶韧带及主韧带切断

宫骶韧带及主韧带内虽没有大的血管,但仅用剪刀切断也易出血,使用超声刀将韧带切断将达到既切割组织又良好止血的效果。值得注意的是,不要将切口向宫颈组织内延伸,切除太多宫颈组织;也不可太向外侧,以免伤及输尿管,同时引起较多出血。

4.6 阴道壁切断

阴道壁切断可用剪刀、单极电凝或超声刀,使用各种型号的穹隆杯均有利于将宫颈与阴道相连处显示。这里介绍其中 1 种穹隆杯(YSZ-1 型举宫器)的用法^[1]。YSZ-1 型举宫器由中央导杆、宫颈固定器、穹隆杯 3 部分组成(图 1)。

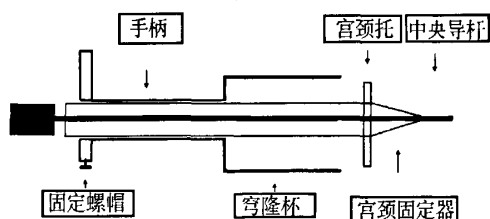


图 1 YSZ-1 型举宫器组合图

宫颈切除按以下方法进行:助手先将穹隆杯上

推,将前穹隆顶起,在镜下用超声刀或电刀在穹隆杯上缘切开阴道壁约 1 cm,随即将宫颈固定器上推,同时利用子宫颈托将宫颈顶起,而穹隆杯则后退于阴道内,防止漏气。沿子宫颈托边缘与穹隆杯边缘形成的缝隙将阴道壁环形切断,将宫颈完整切除。这种举宫器的优点是穹隆杯位于阴道内,可防止切开阴道后腹腔内 CO₂ 气体泄漏。

4.7 阴道断端缝合

阴道断端缝合可有多种方法:间断缝合、8 字缝合、连续扣锁缝合等。打结可采用腹腔内打结,也可腹腔外打结,然后用推结器推入腹腔。

5 腹腔镜全子宫切除常见并发症及处理

腹腔镜全子宫切除可能出现的并发症有术中和术后出血、肠道损伤、膀胱和输尿管损伤。并发症的发生主要与手术难易程度、术者操作熟练程度及所使用的器械有关。

手术过程中出血主要是因为切断组织时血管闭合不全,或切断尚未凝固闭合的组织及血管,熟练使用电凝器械而避免。同时,在手术过程中要仔细解剖主要血管的位置及走行,将血管分离出来后再阻断,特别是子宫动脉更应如此,以免引起术中出血。术后出血常与血管凝固不彻底,血管残端开放有关,也因缝合止血效果欠佳所致。腹腔内放置引流管可及时发现术后出血并给予处理。

肠道损伤主要发生在分离子宫直肠窝粘连时,多见于子宫内粘连异位症,病灶引起子宫直肠窝粘连而封闭,肠管与子宫后壁及宫骶韧带粘连在一起,分离不当引起乙状结肠或直肠穿孔。大的穿孔可镜下发现;如穿孔较小,不易发现,可用直肠注气试验来判断;在盆腔灌满水,经肛门注入气体,如见到盆腔水中有气泡溢出,即可诊断。处理包括镜下修补,结肠造瘘及二期吻合等方法。

泌尿系损伤是子宫全切除时最易发生的并发症,可发生于手术过程中,导致膀胱穿孔或输尿管切断,也可在术后发生膀胱阴道瘘、输尿管阴道瘘、输尿管腹腔瘘、输尿管梗阻致肾盂积水等情况。

手术过程中发现输尿管切断可行输尿管吻合,膀胱穿孔可经镜下修补,术后留置导尿管或输尿管支架即可。如果术后发生膀胱阴道瘘,应先保守治疗,保留尿管持续引流可使小瘘孔愈合,如失败可手术修补。输尿管损伤引起瘘管或梗阻应及时手术治疗,行输尿管吻合术或输尿管膀胱植入术,2 种术式均可在腹腔镜下完成。

参考文献

- 1 姚书忠,李玲,刘开江,等. YSZ-1 型举宫器在腹腔镜全子宫切除 78 例中的应用. 中国微创外科杂志, 2006, 6(1): 64-65.

(收稿日期: 2006-12-05)

(修回日期: 2007-01-23)

(责任编辑: 李贺琼)