

2.3 皮下严重气肿

1 例,腹部及会阴肿胀皮下捻发音,未作特殊处理后 3 d 自行消失。

3 讨论

本组资料显示 CISH 并发症发生率为 18.8% (18/96), 与文献报道并发症的发生率差别较大,可能与手术范围大小,操作熟练程度及观察指标等因素有关^[2]。本组并发症主要为膀胱损伤,多发生于盆腔严重粘连和有妇科手术史者,可能由于膀胱粘连位置偏高,下推膀胱或 trocar 穿刺时损伤所致;我们改变耻骨联合上 trocar 穿刺位置,选择耻骨联合上 3 cm 向左旁开 3 cm 为 trocar 穿刺点后,未发生膀胱损伤。CISH 因在宫颈峡部水平套扎,不必过多分离下推子宫膀胱反折腹膜,如遇粘连应紧贴宫颈锐性分离,由于子宫动静脉行切断,输尿管一般不易损伤。如术中发现血尿、尿袋充气或膀胱区血肿,应高度怀疑膀胱损伤,可在腹腔镜下膀胱内灌注亚甲蓝液,观察盆腔有无亚甲蓝溢出,或行膀胱镜检查。大穿孔应立即镜下或开腹修补,损伤较小可不作膀胱修补,术后留置尿管 7~10 d,并给予抗生素防止感染。手术时应始终将器械完全暴露于视野当中,特别是电器械和子宫旋切器,如遇操作盲点或气压不足应立即停止手术,重新调整视野或气压正常后继续手术,避免造成严重后果。出血性损伤是 CISH 另一主要的并发症,本组 1 例因旋切器过度旋切,导致线圈滑脱急性出血 1000 ml,故旋切子宫时降低旋切速度旋切至线圈上 1 cm 即可,旋切结束后拉紧套圈线,加固套扎 1~2 次,并电凝残端特别是子宫动静脉血管,防止术后发生残端出血及血肿。残端血肿及阴道出血是 CISH 术后最常见的并发症之一,由于宫颈管内部分组织旋切鞘内血管裸露,

套圈线与阴道宫颈缝扎部位之间有一定空隙,难以压迫导致出血。改进的方法:选择适当的宫颈旋切器,旋切时尽可能不偏离;充分游离宫颈旁组织,套扎宫颈时自阴道内尽可能上推宫颈,低位套扎。本组 CISH 绝大多数并发症发生在开展前 50 例 CISH,说明手术操作技巧和熟练程度是减少并发症发生提高手术安全性的关键^[4]。因此,开展腹腔镜手术必须循序渐进,从简单到复杂,谨慎操作,可最大限度减少并发症的发生。

CISH 最大优点在于去除疾病的同时保留了器官的功能,最大可能减少宫颈残断痛的发生,对年龄 < 40 岁宫颈无病变的患者,CISH 是较理想的子宫切除术式。但 CISH 比其他腹腔镜手术更复杂,并发症也相对较多,因此,应重视适应证的选择。术前应仔细进行妇科检查及 B 超检查,充分了解腹腔操作空间和子宫大小活动度及子宫后壁与直肠窝是否游离等情况,评估手术的难易决定是否进行 CISH,对子宫太大或盆腹腔广泛粘连者不宜行此术式。

参考文献

- 1 Semm K. Hysterectomy via laparotomy or pelviscopy: a new CASH method without copotomy. Geburtshilfe Frauenheilkd, 1991, 51: 996-1003.
 - 2 李 斌. 腹腔镜子宫切除及并发症的防治. 中国微创外科杂志, 2005, 5(3): 169-171.
 - 3 刘 彦. 张惜阴. 上海市 14 所医院近 10 年妇科内镜手术并发症的分析. 中华妇产科杂志, 2002, 37: 646-649.
 - 4 Capelouto OC, Kavoussi LR. Complication of laparoscopic. Urology, 1992, 42: 2.
- (收稿日期: 2006-06-12)
(修回日期: 2007-05-14)
(责任编辑: 李贺琼)

• 经验交流 •

腹腔镜手术治疗复发性卵巢巧克力囊肿 21 例

徐金贵

(浙江省衢州市人民医院妇产科, 衢州 324000)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜手术治疗复发性卵巢巧克力囊肿的价值。方法 2001 年 5 月~2005 年 6 月我院 21 例复发性卵巢巧克力囊肿依据患者年龄、生育情况、术中情况分别行腹腔镜下卵巢巧克力囊肿剥除术、一侧附件切除术、一侧附件及腹腔镜辅助下阴式子宫切除术、囊肿穿刺术。结果 腹腔镜下卵巢巧克力囊肿剥除术 16 例, 一侧附件切除 2 例, 一侧附件及子宫切除术 2 例, 囊肿穿刺术 1 例。无并发症发生。21 例随访 6~12 个月, 平均 9 个月, 1 例术后 10 个月再次复发, 1 例术后 5 个月妊娠, 余 19 例无复发; 症状缓解 10 例。结论 复发性卵巢巧克力囊肿可行腹腔镜下囊肿剥除术, 附件子宫切除术或囊肿穿刺术。

【关键词】 腹腔镜; 卵巢巧克力囊肿

中图分类号: R737.31

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2007)12-1229-02

子宫内异位症以侵犯卵巢者最常见, 占 80%^[1], 以手术治疗为主, 但术后有一定复发率。本院 2001 年 5 月~2005 年 6 月采用腹腔镜手术治疗复发性卵巢巧克力囊肿 21 例, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 21 例, 年龄 27~45 岁, 平均 36 岁。未婚 2 例, 已

婚未孕 4 例。腹腔镜手术史 3 例, 开腹手术史 18 例。4 例曾行一侧附件切除, 17 例曾行卵巢巧克力囊肿剥除术。痛经 16 例, 无痛经 5 例。术前超声检查囊肿直径 4.5~8.7 cm, 平均 5.5 cm。左侧 8 例, 右侧 7 例, 双侧 6 例。CA₁₂₅ > 35 U/L 14 例(参考值 < 35 U/L)。复发时间 3~60 个月, 平均 27 个月。术后服用去氧孕烯炔雌醇(妈富隆)、孕三烯酮(内美通)等药物 8 例。因痛经难忍或性交痛就诊 16 例, 因不孕或超声检查发现囊肿 > 5 cm 就诊 5 例。

病例选择标准:有卵巢巧克力囊肿手术史;超声检查提示卵巢巧克力囊肿;痛经明显或性交痛;无症状但巧克力囊肿直径 > 5 cm 或卵巢巧克力囊肿术后 2 年以上未孕者。

1.2 方法

采用德国 Storz 公司腹腔镜及相关器械。连续硬膜外麻醉 16 例,气管内插管全麻 5 例。7 例术中输卵管通液、子宫切除,取截石位;余 14 例为仰卧位。2 例子宫切除术年龄 43、45 岁,其中 1 例痛经明显,1 例经量多,经期长。术中置举宫器。脐上缘或下缘做 10 mm 横行切口,人工气腹后,置 10 mm trocar,置入 0° 或 30° 腹腔镜。腹腔内压力维持 12 ~ 14 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。耻骨联合上缘左右侧无血管区做 1.0、0.5 cm 切口,置相关器械。头低足高 20° ~ 30°,探查盆腔情况,并按 AFS 标准进行评分。根据患者年龄、生育情况、术中情况分别行囊肿剥除术、附件切除术、子宫附件切除术、开窗术。

1.2.1 囊肿剥除术 无论囊肿大小,先不分离,5 mm 尖吸引头穿刺囊肿,内为褐色陈旧积血,吸尽囊液后,囊内生理盐水冲洗,至清亮为止。剪开囊壁,推近镜头,可见囊壁与卵巢皮质间隙,抓钳夹持囊壁按顺时针方向剥除囊肿。遇多房者,逐个穿刺剥除。近卵巢门处电凝,预防出血。卵巢创面渗血者予双极电凝止血,不缝合。子宫骶韧带、盆腹膜、子宫浆膜面等处内异灶同时予电凝。创面较大,渗血多者置引流管。

1.2.2 一侧附件切除术 吸净囊液后,分离卵巢与周围粘连,自制 1 号合成线套圈,结扎输卵管峡部及部分骨盆漏斗韧带,卵巢韧带共 3 道,于结扎线上方 1 cm 处切除一侧附件。

1.2.3 一侧附件切除及子宫切除术 电凝子宫圆韧带、卵巢韧带、输卵管峡部。吸净囊肿内液体,分离粘连。套圈处理一侧附件后,行阴式子宫切除术。

1.2.4 囊肿穿刺术 本组 1 例,因卵巢与周围组织粘连致密,子宫直肠陷凹封闭,行囊肿穿刺术。冲洗囊腔,液体清亮后注入 10 ml 无水酒精,10 min 后吸出。

1.3 术后处理

除 2 例子宫切除外,余 19 例术后药物治疗。口服内美通 3 ~ 6 个月,2.5 mg 每周 2 次。肝损明显者改用醋酸甲地孕酮 80 mg,每天 1 次。

2 结果

21 例手术均成功,无中转开腹手术。16 例行囊肿剥除术,2 例行一侧附件切除术,2 例行一侧附件及子宫切除术,1 例行囊肿穿刺术。手术时间 35 ~ 120 min,平均 55 min。术中出血量 50 ~ 300 ml,平均 180 ml。术后病率 3 例。肛门排气时间 12 ~ 26 h,平均 20 h;术后 24 h 拔除尿管。无继发出血及周围脏器损伤。术后住院时间 3 ~ 6 d,平均 4.5 d。20 例病理报告为卵巢子宫内膜异位症,1 例因行囊肿穿刺为临床诊断卵巢子宫内膜异位症。AFS 分期:Ⅱ期 2 例,Ⅲ期 16 例,Ⅳ期 3 例。21 例随访 6 ~ 12 个月,平均 9 个月,症状缓解 10 例;1 例术后 5 个月妊娠;1 例巧克力囊肿剥除术后 10 个月再次复发,超声检查囊肿 4 cm,内为细点状致密回声,余 19 例无复发;2 例痛经无明显缓解。

3 讨论

子宫内膜异位症虽为良性病变,但仍有恶性行为,有浸润、增生、扩散等特性,病灶较难清除,术后复发常见。我们采用腹腔镜手术治疗复发性卵巢巧克力囊肿,术后激素治疗,现将体会总结如下。

3.1 手术技巧

复发性卵巢巧克力囊肿多为Ⅲ、Ⅳ期病例,与第 1 次手术相比,往往粘连更致密,病灶更广泛,给手术造成困难,故

须有丰富内镜手术经验的医生参与。本组除 1 例与周围组织粘连异常致密外,20 例复发性囊肿先不做分离,尖吸引器头吸净囊液,冲洗后剥除囊肿或作附件切除。优点:不破裂,不污染腹腔,避免二次种植,视野清晰,分离更容易,不易损伤周围脏器,囊内剥除更安全。吴小杰等^[2]认为巧克力囊肿手术膀胱截石位置举宫器是必要的。举宫器可左右摆动及上推子宫,对子宫切除病人有帮助。卵巢巧克力囊肿多与阔韧带、盆腔侧壁、肠管粘连,较固定。举宫器难以摆动固定的卵巢。我们采用仰卧位,先行囊肿穿刺,造成间隙,再行剥离,未遇到困难。截石位对不孕病人是需要的,可同时进行腹腔镜下输卵管通液术。复发性卵巢巧克力囊肿多创面大,术后放置引流管可排除渗出物,减少术后病率,有利于观察病情。

腹腔镜下止血包括缝合、单极电凝、双极电凝、超声刀等,以双极电凝最为常用。复发性卵巢巧克力囊肿创面有时渗血较多,电凝止血时需注意卵巢功能的保护,尤其以往有一侧附件切除的年轻妇女,以免卵巢过度破坏引起早衰。卵巢囊肿边剥离边电凝出血少,止血效果好^[3],我们的做法是近卵巢门处先电凝,预防性止血,再剥离,这样做易剥离,且几乎无出血。

3.2 手术方式

卵巢巧克力囊肿的手术方式包括囊肿切除术、附件切除术、半根治术及根治术、开窗术等。复发性卵巢巧克力囊肿治疗应尽可能减少复发。采用何种手术方式应根据病人的年龄,有无生育要求,第 1 次手术史,术中情况,病人的意愿而定。对年轻未生育者,主张行囊肿剥除术^[4],以保留卵巢功能。复发性卵巢巧克力囊肿腹腔镜下剥除囊肿,尽管粘连更广泛致密,但只要仔细操作,仍有可能较彻底地清除病灶。我们的体会是:剥除囊壁后,推近腹腔镜镜头,有利于发现细微病灶,电凝破坏。可疑多房者,应剪开卵巢探查。若囊壁与卵巢皮质粘连致密,常难以彻底剥除囊壁,应切除部分卵巢皮质及囊壁。卵巢与侧腹膜、子宫粘连部分,往往有子宫内膜异位的细胞浸润、种植,须一并切除或电凝破坏。对难以完全游离的卵巢巧克力囊肿,彻底剥除囊壁较困难,此时须扩大卵巢皮质切口,充分电凝残留的囊壁。电凝时,须注意热辐射伤。对年龄 > 45 岁患者,可考虑附件子宫切除术,子宫切除术后应注意围绝经问题。对粘连致密者,不可强行分离,以免损伤周围脏器。手术困难者,可考虑开窗术或囊肿穿刺术。

3.3 药物治疗

卵巢巧克力囊肿复发率与子宫内膜异位症手术史,AFS 分期有明显关系^[5]。复发性巧克力囊肿多为Ⅲ、Ⅳ期病人,粘连广泛致密,腹腔镜下手术有时难以彻底清除病灶。药物对内难以发现或肠管,侧腹膜难以切除或破坏的病灶起到治疗作用,减少复发。

本组腹腔镜手术治疗复发性卵巢巧克力囊肿随访时间较短,远期效果有待进一步随访观察。

参考文献

- 乐杰,主编.妇产科学.第 5 版.北京:人民卫生出版社,2002.387.
- 吴小杰,刘震.腹腔镜与开腹手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的比较.中国微创外科杂志,2005,5(3):189-191.
- 刘彦,主编.实用妇科腹腔镜学.北京:科学技术文献出版社,1999.123-131.
- 黄婉,薛素华,黄燕清.卵巢子宫内膜异位囊肿腹腔镜手术的治疗价值.中国实用妇科与产科杂志,1998,14(3):161-162.
- 韦成厚,姚书忠,许玉芳,等.腹腔镜下卵巢子宫内膜异位囊肿剥除术后复发相关因素分析.中国计划生育学杂志,2004,10:617-619.

(收稿日期:2006-04-17)

(修回日期:2006-08-28)

(责任编辑:李贺琼)