

妇科腹腔镜手术中转开腹 45 例临床分析

范雪梅 张秋实 叶 明

(广州市妇婴医院妇产科, 广州 510180)

【摘要】 目的 探讨妇科腹腔镜手术中转开腹的原因。 方法 对我院 2002 年 1 月~2007 年 12 月 2630 例腹腔镜手术中 45 例中转开腹的临床资料进行回顾性分析。 结果 中转开腹原因:特殊部位的子宫肌瘤 25 例(55.6%),严重盆腹腔粘连 10 例(22.2%),宫角妊娠 3 例(6.7%),卵巢肿瘤 3 例(6.7%),手术损伤 3 例(6.7%),子宫腺肌瘤要求保留子宫 1 例(2.2%)。 结论 特殊部位的子宫肌瘤手术、盆腹腔粘连是妇科腹腔镜手术中转开腹的常见原因。术前加强评估可以减少手术中转开腹率,及时中转开腹可以减少并发症的发生。

【关键词】 腹腔镜手术; 中转开腹手术; 妇科手术

中图分类号:R713 文献标识:A 文章编号:1009-6604(2009)07-0620-03

Causes of Conversions to Open Surgery in Patients Receiving Gynecological Laparoscopic Operations: Report of 45 Cases
Fan Xuemei, Zhang Qiushi, Ye Ming. Department of Gynecology and Obstetrics, Guangzhou Maternal and Neonatal Hospital, Guangzhou 510180, China

【Abstract】 **Objective** To study the causes of conversion to open surgery in patients receiving gynecological laparoscopic operations. **Methods** From January 2002 to December 2007, totally 2630 patients received gynecological laparoscopy in our hospital; 45 of them were converted to open surgery. The data of the 45 cases were analyzed. **Results** The causes of conversion to open surgery included uterus myoma located at specific locations (25 cases, 55.6%), severe pelvic-abdominal adhesion (10 cases, 22.2%), uterine horn pregnancy (3 cases, 6.7%), ovarian tumors (3 cases, 6.7%), surgical injury (3 cases, 6.7%), and adenomyoma with requirement for uterus conservation (1 case, 2.2%). **Conclusions** Peculiar locations of uterine myoma and severe pelvic-abdominal adhesion are the main causes of conversion to open surgery during gynecological laparoscopy. Detailed preoperative evaluation can decrease the rate of the conversion rate. Right timing of the conversion may reduce complication rate.

【Key Words】 Laparoscopic surgery; Conversion to open surgery; Gynecological operations

随着腹腔镜技术的不断提高,手术经验的积累,器械的发展,手术适应证逐渐扩大,现在不仅能完成子宫和附件良性病变的手术,而且可行广泛全子宫切除甚至盆腔淋巴结清扫术等恶性肿瘤手术。但随着手术难度增大,并发症和中转开腹机会增多。本文对我院 2002 年 1 月~2007 年 12 月 2630 例腹腔镜手术中转开腹 45 例(1.7%)的临床资料进行回顾性分析,报道如下。

1 临床资料

本组 45 例,年龄 24~68 岁,平均 36.2 岁。孕次 0~6 次,产次 0~4 次。有腹部手术史 10 例。手术指征:子宫肌瘤 28 例,宫角妊娠 3 例,盆腹腔严重粘连的输卵管妊娠 5 例,卵巢肿瘤 3 例,盆腹腔严重粘连导致不孕症 1 例,盆腔脓肿 1 例,子宫腺肌症 1 例,子宫腺肌瘤 1 例,环异位 1 例,子宫穿孔 1 例。麻醉方式:硬膜外联合静脉全麻 27 例,腰麻联合硬

膜外联合静脉全麻 5 例,气管插管复合全麻联合硬膜外麻醉 13 例。45 例中转开腹手术方式见表 1。

表 1 45 例中转开腹的手术方式

术式	例数
子宫肌瘤剔除术	26
盆腔、肠粘连松解联合输卵管切除或妊娠物剔出术	6
子宫角楔形切除术	3
盆腔、肠粘连松解联合附件切除、卵巢囊肿剔除术	1
盆腔、肠粘连松解联合双侧输卵管通水术	1
盆腔、肠粘连松解联合全子宫切除术	1
全子宫切除术联合双附件切除及大网膜切除术	1
盆腔、肠粘连松解联合全子宫切除术及附件切除术	1
卵巢肿瘤剔除术	1
子宫肌瘤剔除联合右髂外动脉修补术	1
子宫穿孔修补术联合肠段切除吻合术	1
取环术联合膀胱、子宫穿孔修补术	1
腺肌瘤剔除术联合宫角成形术	1

2 结果

①特殊部位的子宫肌瘤中转开腹 25 例,占 55.6% (25/45)。11 例峡部肌瘤向膀胱或阔韧带生长,手术难度大易损伤膀胱、输尿管而中转开腹行子宫肌瘤剔除;9 例阔韧带肌瘤瘤体 7~8 cm,为避免损伤输尿管而开腹手术;5 例肌瘤较大 ≥ 6 cm 且深在向宫腔突起,术中出血多缝合困难而中转开腹手术。

②盆腔严重粘连中转开腹 10 例,占 22.2% (10/45)。5 例曾有腹部手术史,盆腹腔严重粘连,无法看清解剖关系,为避免分离时引起肠管、输尿管、血管等损伤或止血困难而中转开腹行输卵管切除或妊娠物剔除术。1 例为盆腔脓肿,肠管与卵巢、输卵管间粘连致密,考虑镜下分离易引起肠管损伤而中转开腹行输卵管切除术。1 例因剖宫产后引起严重粘连导致膀胱位置改变,肌瘤位于子宫下段前壁,直径 5 cm 大,估计镜下手术易引起膀胱损伤,止血缝合困难而中转开腹行子宫肌瘤剔除术。1 例不孕症镜下见肠管与附件区致密粘连而中转开腹行肠粘连松解术。1 例为盆腔子宫内膜异位症者,巧克力囊肿与盆腹腔肠管致密粘连无法看清解剖关系而中转开腹行附件切除、巧克力囊肿剔除联合粘连松解术。1 例子宫腺肌症子宫后壁与肠管致密粘连封闭直肠窝中转开腹行全子宫切除术。

③宫角妊娠中转开腹 3 例,占 6.7% (3/45)。包块 5~7 cm 大小,表面血管丰富,为减少术中出血而开腹行宫角楔形切除术。

④卵巢肿瘤中转开腹 3 例,占 6.7% (3/45)。1 例 68 岁镜下见肿瘤已穿破,盆腔内鱼肉状物送冰冻切片检查提示恶性肿瘤,即开腹行全子宫切除、双附件切除、大网膜切除术。1 例 40 岁因多发性子宫肌瘤而行腹腔镜手术,镜下发现卵巢肿瘤 7 cm \times 6 cm \times 5 cm 大小,实性,为保证肿瘤的完整性开腹行全子宫、右附件切除术,术后病理为卵巢纤维瘤。1 例 34 岁,瘤体 10 cm \times 8 cm \times 7 cm,表面凹凸不平质实,疑恶性,开腹行肿瘤剔除,术后病理示:卵巢成熟囊性畸胎瘤并多房性浆液性囊腺瘤。

⑤手术损伤中转开腹 3 例,占 6.7% (3/45)。1 例因子宫肌瘤行腹腔镜手术时损伤右髂外动脉,病人出现血压下降,即中转开腹由血管外科医生行右髂外动脉修补术。1 例为外院取环后出现子宫穿孔转诊我院行腹腔镜检查发现肠穿孔而中转开腹行子宫穿孔修补术联合肠段切除吻合术。1 例为环异位行腹腔镜检查发现环一臂插入膀胱壁一臂插入子宫肌层而中转开腹行取环、膀胱、子宫穿孔修补术。

⑥术中保留子宫而中转开腹 1 例,该患者子宫肌瘤有生育要求,瘤体位于右宫角,为保留子宫开腹行肌瘤剔除术联合宫角成形术。

3 讨论

3.1 腹腔镜手术中转开腹原因分析

腹腔镜手术要求术者有熟练的开腹手术经验,对盆腔解剖十分清晰,镜下操作胆大心细,量力而行。因其受到仪器本身的限制及受术者镜下操作熟练程度的影响,还不可能完成开腹手术的所有操作。无论是简单的或复杂的腹腔镜手术,均有中转开腹的可能,术前必须将此情况告之病人,以取得患者理解。本文 2630 例腹腔镜手术中有 45 例中转开腹,中转率为 1.7%,与蒋清清等^[1]报道的 2.0% 接近,高于朱兰等^[2]报道北京协和医院 4568 例腹腔镜手术中转开腹 26 例。Sokol 等^[3]报道 2530 例妇科腹腔镜手术中有 159 例 (6.3%) 中转开腹,其原因依次是术者经验不足、手术的复杂性、体重指数 >30 kg/m²、疑恶性肿瘤、既往开腹手术史、盆腔粘连以及手术过程中的技术难度,而年龄、产次、肠道损伤、血管损伤、盆腔炎病史及子宫内膜异位症并不增加中转开腹的几率。本文分析原因依次为:特殊部位的子宫肌瘤、严重盆腹腔粘连、宫角妊娠、卵巢肿瘤、损伤等,与朱兰等^[2]报道的盆腹腔严重粘连为第 1 位不相同,这可能与术前评估不充分,未能根据术者的镜下操作能力而选择不适当的手术方案,适应证掌握不严,盲目遵从病人的意愿有关,导致特殊部位子宫肌瘤剔除成为第一原因。国外资料显示^[4]:技术难度是腹腔镜中转开腹的主要原因,既往腹部手术史会增加中转开腹的风险,与本组报道特殊部位子宫肌瘤剔除及严重盆腹腔粘连中转开腹机会大相符合。

3.2 避免或减少腹腔镜中转开腹的要点

加强对患者病情的评估,通过病史、妇检、B 超及肿瘤标记物,必要时行 CT 或 MR 检查等,提高术前良恶性肿瘤的鉴别能力,能使中转开腹率降低。对于腹腔内大的肿块,目前的观点不再将肿块的大小而是根据肿块的良恶性及术者的技能以及先进的器械作为能否施行腹腔镜手术的决定因素。与任何一种手术方式、手术范围的选择一样,腹腔镜手术的适应证也应该是审慎的^[5]。本组 1 例卵巢肿瘤 CA₁₂₅、CA₁₉₉ 均升高,应考虑卵巢恶性肿瘤,不应选择腹腔镜手术而增加中转开腹率,应引以为戒。血管损伤是腹腔镜手术的主要并发症之一,大血管损伤严重时可危及患者的生命^[6],绝大部分需要中转开腹手术止血。本组 1 例由于出现并发症损伤髂外动

脉不得不中转开腹请心血管外科医生行血管修补术。所以熟练细致的手术操作和积累丰富的手术经验是避免血管损伤的关键。加强腹腔镜操作技能培训,严格执行操作规范是减少血管损伤的有效措施。

3.3 腹腔镜中转开腹的临床意义

在手术中遇到困难,出血多,手术视野暴露不清,可疑恶性肿瘤或严重损伤时应及时中转开腹,体现了术者的果断,对自己能力的充分估计及对病人高度的责任心,而非腹腔镜手术的失败。适时中转开腹可以减少损伤避免并发症的发生,不要刻意追求低的中转开腹率。本组 38 例中转开腹手术是在腹腔镜诊断后即行开腹手术,虽然增加了病人的医疗费用,住院时间延长,但无并发症的发生,保证了患者的安全。我们强调不但要提高腹腔镜手术操作技巧,积累腹腔镜手术经验,而且还要加强对病人的术前评估,严格掌握腹腔镜手术的适应证,这样就能减少中转开腹率,适时及时中转开腹才能减少并发症的发生。

参考文献

- 1 蒋清清,薛敏. 妇科腹腔镜中转开腹原因分析. 实用预防医学, 2005, 12(6): 1428 - 1429.
- 2 朱兰,郎景和,陈艳,等. 腹腔镜手术中转开腹的因素分析. 实用妇产科杂志, 2003, 19(5): 299 - 300.
- 3 Sokol AI, Chuang K, Milad MP. Risk factors for conversion to laparotomy during gynecologic laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2003, 10(4): 469 - 473.
- 4 Chi Dennis S, Abu-rustum Nadeem R, Sonoda Yukio, et al. Ten-year experience with laparoscopy on a gynecologic oncology service analysis of risk factors for complications and conversion to laparotomy. Am J Obstet Gynecol, 2004, 191(4): 1138 - 1145.
- 5 郎景和. 新世纪的妇科腹腔镜手术. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(11): 641 - 643.
- 6 赵学英,冷金花,郎景和,等. 妇科腹腔镜手术中血管损伤的临床分析. 中国微创外科杂志, 2005, 5(3): 178 - 180.

(收稿日期: 2008 - 09 - 16)

(修回日期: 2009 - 01 - 12)

(责任编辑: 李贺琼)