

3 讨论

近年来,随着经阴道手术观念的更新,其手术适应证较传统经阴道手术明显拓宽,经阴道手术正逐渐成为妇科微创手术的一个重要组成部分^[3]。Johnson 等^[4]认为,在无禁忌证的情况下,子宫切除术首选阴式全子宫切除术,腹腔镜次之,经腹手术作最后选择。我们认为作为基层医院,由于受到医疗设备的限制(如腹腔镜、宫腔镜及超声刀等),选择开展阴式子宫切除术,既符合微创手术原则,又降低了医疗费用。尤其对于腹壁脂肪肥厚患者更显其优点。问题的关键是掌握手术方法,选择合适的病例。

3.1 手术适应证

行阴式子宫切除术,必须考虑子宫的大小,肌瘤部位、活动度及阴道的弹性和容量。应认真做好妇科检查及 B 超,了解有无子宫粘连、附件炎症及肿瘤等。对子宫阔韧带肌瘤(直径 > 5 cm)、子宫内膜异位症、子宫活动度差、估计子宫与周围有严重粘连等患者不宜或慎用阴式子宫切除术。此外,对怀疑或肯定恶性子宫肿瘤的患者,也不宜选用^[5]。

3.2 手术体会

(1)应正确选择膀胱与宫颈、直肠与宫颈间隙处的阴道黏膜切口,尤其是宫颈较长的病例,其特点是膀胱返折腹膜位置较高,手术操作相对困难,在推开膀胱进入腹腔时,注意避免膀胱损伤。本组 1 例因宫颈较长,分离时误将膀胱认为返折腹膜而损伤膀胱。

(2)子宫前壁肌瘤(肌瘤直径 > 5 cm),且靠近宫颈膀胱处,我们认为不宜做阴式手术,由于肌瘤将膀胱返折腹膜向上推移,且嵌于耻骨上方,术中暴露膀胱返折腹膜相当困难,容易误伤膀胱,且不易放置

拉钩,即使能完成手术,手术时间也较长,手术风险较大。本组 1 例因子宫前壁下段肌瘤,致分离膀胱返折腹膜困难,损伤膀胱。

(3)大于孕 10 周的子宫行阴式切除时,应根据情况选择缩小子宫的术式。可先将宫颈切断,再将子宫对半剖开,使子宫体积缩小后取出。缩减时应始终钳持子宫,以防滑脱进入腹腔。

总之,基层医院开展 TVH,更应严格掌握手术适应证。尽管有报道,非脱垂、大子宫、无阴道产史、有盆腔手术史的患者并不是阴道手术的严格禁忌,剖宫产史并不增加并发症发生率^[6],但我们认为,基层医院对大子宫(> 12 孕周)及有下腹部手术史者最好慎用该术式。

参考文献

- 1 骆一凡,刘雁华. 阴式子宫切除术 50 例临床分析. 中华妇产科杂志,1999,34(12):723-725.
- 2 姚慧兰. 非脱垂子宫经阴道全子宫切除术 60 例临床分析. 实用临床医学,2008,9(2):68-69.
- 3 宋 磊. 经阴道手术常见并发症的处理. 中国实用妇科与产科杂志,2007,23(3):596-598.
- 4 Johnson N, Barlow D, Lethaby A, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Syst Rev, 2005,25(2):176-178.
- 5 汪桂兰,陈 颖,史玉林,等. 阴式子宫全切术 158 例分析. 中国实用妇科与产科杂志,2005,21(7):448-449.
- 6 Hamanli OH, Gentzler CK, Byun S, et al. A comparison of abdominal and vaginal hysterectomy for the large uterus. Int J Gynaecol Obstet, 2004,87(1):19-23.

(收稿日期:2009-03-19)

(修回日期:2009-07-21)

(责任编辑:王惠群)

· 个案报告 ·

悬吊式腹腔镜治疗中孕合并卵巢巨大畸胎瘤 1 例

杨 芳 王建军 李怀芳* 童晓文

(上海市同济医院妇产科,上海 200065)

中图分类号:R737.31

文献标识:D

文章编号:1009-6604(2010)03-0248-02

1 临床资料

因“停经 4 个月,发现盆腔包块 1 个月”入院。

平素月经规则。停经 92 天因下腹痛于我院急诊就诊,B 超提示宫内妊娠合并盆腔内混合性包块(126 mm × 72 mm × 124 mm),实性部分未见血流信号。

* 通讯作者,E-mail:huaifangli@126.com

腹痛自行缓解。孕 18⁺₂ 周复查 B 超包块略增大 (136 mm × 81 mm × 127 mm)。查体: 生命体征平稳, 心肺无殊, 中下腹膨隆, 宫底脐下一指, 软, 未及宫缩、压痛, 宫体上方可及质地中等包块, 边界清, 上界脐上 3 指, 活动可, 无压痛。盆腔 MRI (图 1) 提示子宫左上方囊性占位, 考虑左侧附件来源囊腺瘤可能。肝肾功能、电解质、血糖均正常。肿瘤标志物 CA₁₂₅ 71.17 U/ml (正常值 < 35 U/ml), AFP、CEA、CA₁₉₋₉ 均正常。2008 年 4 月 15 日在硬膜外麻醉下行悬吊式腹腔镜 (东京, Mizuho Ika 公司) 下左卵巢囊肿切除术。分别于脐上 4 cm 及左侧脐旁 3 cm 共穿刺 2 个 trocar。术中见子宫孕 5 月大小, 宫体左上方见一直径 14 cm 囊肿, 表面光滑。右附件未见异常。穿刺针刺入囊肿内吸出黄色浓稠液体, 待囊肿缩小后将囊肿拉至左侧操作孔外, 予以切除, 保留卵巢基底部皮质约 2 cm, 用肠线连续锁边缝合止血。剥除囊肿冰冻病理报告为成熟性畸胎瘤倾向。术中血压、脉搏平稳, 出血约 100 ml, 手术时间 75 min。手术顺利。病理报告: 左卵巢成熟性囊性畸胎瘤。术后予以抗炎、保胎治疗。术后 7 天一般情况好, 胎心胎动可, 无宫缩、腹痛, 伤口愈合好。2008 年 8 月 16 日因晚期胎心减速急诊行子宫下段剖宫产术, 术中未见腹腔粘连, 左侧卵巢呈条索状。术中娩出一足月活婴, 男, 3030 g, Apgar 评分 1 分钟 9 分, 5 分钟 9 分, 胎盘、胎膜完整, 脐带长 60 cm, 羊水清亮, 胎儿无畸形。

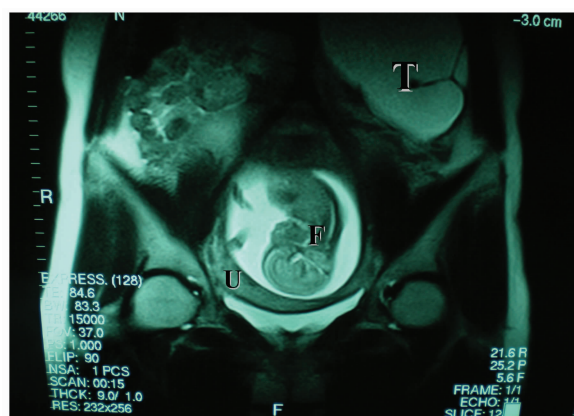


图 1 盆腔 MRI 提示子宫左上方囊性占位, 考虑左侧附件来源囊腺瘤可能 (T: 左侧卵巢畸胎瘤; F: 胎儿; U: 子宫)

2 讨论

妊娠合并卵巢肿瘤临床较常见, 有关文献报道其发生率为 1.15%^[1], 其中良性约占 97.16%, 恶性

约 2.84%^[2], 因大部分孕妇在妊娠早期较少行 B 超检查, 故早期发现率很低, 多以肿瘤增大扭转引起腹痛就诊。发现肿瘤后的处理原则, 部分学者^[3]认为直径 < 10 cm、无自觉症状、且无恶性特征的孕期卵巢肿瘤, 只予以严密监护, 若无并发症发生, 分娩时或产后手术即可; 若发生急性扭转破裂, 不论在妊娠任何时期都应立即手术。但部分学者认为直径 > 6 cm 的卵巢良性肿瘤因为对子宫压迫, 阻碍子宫增大, 易导致胎儿宫内生长受限, 应该立即手术干预, 而最佳手术时期在 10 ~ 16 周^[4], 因为此时胚胎处于稳定期, 子宫相对稳定, 不易激惹, 致畸率低, 生理性囊肿消失, 子宫膨大不明显, 镜下操作空间较大, 能减少误伤。

随着近年来腹腔镜技术的成熟, 腹腔镜手术受到越来越多的妇产科医生的青睐。孕妇术后可迅速恢复到正常的生理状态, 流产、早产率下降, 效果优于开腹手术^[5,6]。但气腹可能影响妊娠妇女的心血管及呼吸功能, 腹内压增高可能减少母体静脉回流及心排量, 母体产生低氧血症, 直接导致胎儿低血压及缺氧, 另外, CO₂ 气体吸收可增加母体动脉 CO₂ 分压, 有可能造成胎儿酸中毒。悬吊式腹腔镜操作不影响患者呼吸, 故不需气管插管全麻, 采用硬膜外麻醉即可, 妊娠期妇女更易耐受, 且无气腹, 减少了手术对腹腔镜专用器械的依赖, 降低了手术费用。此外, 非气腹腹腔镜不需要使用电刀进行电凝、电切。对于妊娠期患者, 无需气腹、全麻, 大大提高了母儿对手术的耐受力, 提高继续妊娠的成功率。

参考文献

- 1 Patacchiola F, Collevicchio N, Di Ferdinando A, et al. Management of ovarian cysts in pregnancy: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2005, 26: 651 - 653.
- 2 Oguri H, Taniguchi K, Fukaya T. Gasless laparoscopic management of ovarian cysts during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*, 2005, 91 (3): 258 - 259.
- 3 吴德明. 腹腔镜手术治疗妊娠合并附件囊肿扭转 12 例分析. *中国微创外科杂志*, 2004, 4: 504 - 505.
- 4 车艳辞, 王言奎. 妊娠合并卵巢良性肿瘤的诊断与处理. *中国实用妇科与产科杂志*, 2007, 10 (23): 743 - 744.
- 5 王秋生. 非气腹技术在现代腹腔镜外科中的应用价值. *中国微创外科杂志*, 2005, 5: 46 - 47.
- 6 韩传宝, 周钦海, 刘 华, 等. 悬吊式无气腹与气腹腹腔镜手术对妇科病人应激反应的影响. *中国微创外科杂志*, 2009, 9: 157 - 160.

(收稿日期: 2009 - 03 - 04)

(修回日期: 2009 - 05 - 22)

(责任编辑: 王惠群)