

· 短篇报道 ·

经阴道注水腹腔镜致子宫后壁损伤 2 例报告

刘效群 吕丽华 张丽 杜丽荣 张亦心 李丽辉

(河北省计划生育科学技术研究院生殖医学中心, 石家庄 050071)

中图分类号: R713.06

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2011)03-0285-02

经阴道注水腹腔镜(transvaginal hydrolaparoscopy, THL)以生理盐水作为膨胀介质,将内镜经阴道后穹隆置入盆腔,直接观察盆腔解剖及病变的微创技术,因其操作简单、微创、直视、病人无需住院等优点,是不孕症微创检查盆腔的良好方式^[1]。尽管 THL 的并发症较少,但仍不能忽视。我院 2009 年 10 月~2010 年 10 月为 166 例不孕症实施 THL 术,发生 2 例 THL 穿刺针损伤子宫后壁的并发症,现报道。

1 临床资料

例 1:28 岁,因原发不孕于 2010 年 5 月 17 日 11:00 行 THL 联合宫腔镜检查术。术前检查:血红蛋白 108 g/L,凝血酶原时间 13.5 s,活化部分凝血活酶时间 35.6 s,B 超提示子宫正常大小。宫腔镜诊断子宫内膜炎。因子宫后位,THL 术中使用举宫钳将子宫位置调整为前位,穿刺点利多卡因局麻,在腹部 B 超监视下使用德国 STORZ 直径 1.5 mm Veress 穿刺针自宫颈后唇下方 10 mm 处穿刺入子宫直肠窝,穿刺过程中患者体位有一突然变动,穿刺成功后注入温生理盐水 200~300 ml,置德国 STORZ 直径 2.9 mm 微型腹腔镜,镜下见盆腔内膨胀液呈血性,经由灌流系统置换膨胀液 2 次约 300 ml 后仍为血性,疑有活动性出血。在探查出血部位的过程中,患者诉腹痛,不能配合,遂结束手术。术中给予酚磺乙胺 3.0 g,氨甲苯酸 0.3 g,维生素 C 3.0 g,静脉滴注。术后口服奥硝唑胶囊 0.5 g/次,每日 2 次。门诊观察 2 小时,患者无不适主诉,遂于下午 2:00 离院。次日上午 10:30 患者返回医院,诉下腹持续性坠胀痛,伴恶心,无阴道出血。查体:血压 90/60 mm Hg,脉搏 90 次/分,体温 36.5℃,腹部压痛明显,无反跳痛,移动性浊音阳性。妇科检查:穿刺孔处未见出血。B 超提示子宫体正常大小,双附件未及异常,分别于子宫体前方及子宫直肠窝探及 51.4 mm×33.2 mm、47.5 mm×18.5 mm 液性暗区,

可见细小光点。血红蛋白 97 g/L。给予抗炎、补液、止血治疗,严密观察生命体征及病情变化。至 16:00 患者自觉腹痛好转,恶心症状消失,腹部检查有压痛、肌紧张,血红蛋白 87 g/L,血压 100/60 mm Hg,脉搏 108 次/分,超声示两处盆腔积液区增大,分别为 70.4 mm×43.7 mm 和 71.5 mm×20.7 mm,考虑盆腔有活动性出血。遂在全麻下行腹腔镜探查术。术中见腹腔内积血,吸净积血后,见子宫浆膜轻度水肿,子宫峡部后壁有一长约 0.5 cm 的 Veress 穿刺针划伤,创面缓慢渗血,以可吸收线缝合一针,静脉注射缩宫素 10 U。术后抗炎、补液治疗,3 天后出院。门诊随访 2 个月,无腹痛等不适。

例 2:38 岁,因继发不孕于 2010 年 8 月 25 日行 THL 联合宫腔镜检查。术中使用举宫钳将后位子宫位置调整为前位。在腹部 B 超监视下行穿刺术,穿刺过程中患者体位有一突然变动,穿刺成功后注入温生理盐水约 200 ml,置镜观察,盆腔灌注液为血性,置换灌注液 400 ml 后见子宫体后壁 Veress 穿刺针划伤,伤口长约 0.5 cm,缓慢渗血,遂静脉给予止血药及缩宫素 20 U,观察 5~6 min,确定无活动性出血后,进行盆腔检查,观察盆腔、穿刺孔无出血,结束手术。术后生命体征平稳,门诊随访 1 周无不适主诉。

2 讨论

THL 常见的并发症有肠损伤、子宫后壁损伤、感染及宫旁血肿等。文献中穿刺导致的肠损伤报道较多,而关于子宫后壁损伤的报道较少,Moore 等^[2]回顾了 109 例 THL 手术,术中有 2 例(1.8%)出现并发症,其中 1 例子宫后位穿刺损伤子宫后壁且穿刺针进入宫腔。Dechaud 等^[3]报道 23 例 THL,1 例穿刺进入子宫后壁。Shibahara 等^[4]回顾总结 10 篇文献共 4232 次 THL 操作,肠管穿刺损伤 26 例(0.61%),后位子宫穿刺损伤 1 例(0.02%)。但文献中对子宫后壁穿刺损伤的处理方法未见报道。

子宫后位患者行 THL 穿刺易致盆腔脏器损伤。但使用举宫钳将子宫调整为前位,提高了穿刺成功率^[5]。本组 2 例均为后位子宫,常规使用举宫钳将子宫调整为前位,发生子宫后壁浆膜的划伤可能的因素:①与 Veress 针穿刺方向和深度不够精准有关;②穿刺过程中患者不配合,体位突然变动。本组 2 例在穿刺时都有体位的突然变动,例 1 置腹腔镜观察时,因灌注液血性浑浊导致视野不清,且患者不配合,术中及术后虽给予止血药物,但未给予缩宫素。因有例 1 的教训,例 2 发现子宫后壁穿刺针损伤后及时给予止血药及缩宫素,出血很快停止。

减少并发症的措施:①选择好适应证,术前根据妇科检查和超声评估患者的盆腔情况,对疑有较多盆腔粘连,或子宫位置固定的后位子宫,应列为绝对禁忌证;②对于子宫后位的患者,穿刺前使用举宫器将子宫位置调整为前位;③准确定位穿刺点,掌握穿刺技巧,在 B 超监视下穿刺;④对不能耐受手术的患者应采取静脉麻醉,避免穿刺过程中患者体位的突然改变;⑤适时放弃,对穿刺困难,或有可疑情况

时,避免强行穿刺;⑥术后密切观察,增加围手术期的患者随诊,提高医疗护理质量。

参考文献

- 1 Gordts S, Campo R, Puttemans P, et al. Transvaginal access: a safe technique for tubo-ovarian exploration in infertility? Review of the literature. *Gynecol Surg*, 2008, 5(3): 187-191.
- 2 Moore ML, Cohen M, Liu GY. Experience with 109 cases of transvaginal hydrolaparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 2003, 10(2): 282-285.
- 3 Dechaud H, Ali Ahmed SA, Aligier N, et al. Does transvaginal hydrolaparoscopy render standard diagnostic laparoscopy obsolete for unexplained infertility investigation? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2001, 94(1): 97-102.
- 4 Shibahara H, Shimada K, Kikuchi K, et al. Major complications and outcome of diagnostic and operative transvaginal hydrolaparoscopy. *J Obstet Gynaecol Res*, 2007, 33(5): 705-709.
- 5 刘效群, 吕丽华, 杜丽荣, 等. 经阴道注水腹腔镜联合宫腔镜诊治不孕症的临床观察. *中国计划生育杂志*, 2009, 17(12): 745-746.
(收稿日期: 2010-09-15)
(修回日期: 2010-11-08)
(责任编辑: 王惠群)

(上接第 274 页)

①免除了气腹并发症,使心肺功能差的患者亦能在非气腹状态下接受腹腔镜手术,使腹腔镜手术适应证扩大。②能配合使用开腹手术技术与器械,既降低腹腔镜手术难度,缩短手术时间,又省去价格昂贵的腹腔镜手术特殊器械的使用,减少手术成本及费用,从而便于复杂腹腔镜手术的普及、推广与提高。③术中无气体逸出之虑,电凝电切的烟雾可被持续吸引而保持术野清晰。④对自始至终接受非气腹腹腔镜手术者,可采用硬膜外麻醉,使麻醉费用明显减少。

我们应用非气腹后腹腔镜进行肾囊肿去顶减压手术,取得良好效果,其中 8 例 60 岁以上,伴有慢性支气管炎、肺气肿、高血压病患者顺利完成手术,恢复良好,未出现心肺并发症。对该手术我们有如下体会:①术前明确囊肿位置、大小、数量及与周围血管、肾集合系统关系。术前进行 IVP、肾脏 CT 检查非常重要,避免多发囊肿的遗漏。②术中先在髂棘上做切口,手指扩张法分离出腹膜后间隙,方便、快捷,并于手指引导克氏针横穿第 11 肋间侧腹壁全层肌肉及肋下,由于手指感觉灵敏,不会损伤腹膜、胸膜、肠管、大血管等组织及脏器^[4]。③悬吊 2 根克氏针,可使后腹腔有足够的手术操作空间。体胖腹膜后脂肪较多者,可辅助 6~8 mm Hg 低气压,既增大手术空间,又可减少高压气腹对患者的影响。④术中靠腰大肌纵行切开肾周筋膜,可避免损伤腹膜,尤

其是在靠近肾上极的部位。辨认腰大肌后,在腰大肌腹侧脂肪组织中分离,就可顺利找到肾脏,寻找囊肿。⑤游离肾囊肿时操作要轻柔,以免囊肿破裂影响手术分离。同时避免损伤周围正常组织及血管,囊壁切除必须距肾实质 0.5 cm,以免造成难以控制的肾实质出血,亦可使囊肿完全敞开,达到充分减压引流目的。术中应常规放置引流管,以免术后发生漏尿。引流管不宜太粗,以免引流口感染。⑥处理靠近肾盂的囊肿及厚壁囊肿要注意鉴别,找到囊肿准确位置,防止误伤肾盂,术中挤压肾盂,肾盂会变空虚,囊肿则无变化。穿刺囊肿向内注水时,囊肿明显膨胀,以此可以明确囊肿位置。

非气腹后腹腔镜技术是对常规腹腔镜手术的重要补充,值得临床推广应用。

参考文献

- 1 王荣江, 王伟高, 钟 欢, 等. 后腹腔镜手术治疗肾囊肿 80 例. *中国微创外科杂志*, 2008, 8(4): 327-328.
- 2 许红兵, 高春芳, 秦明放. 非气腹腹腔镜技术的临床应用. *中国微创外科杂志*, 2005, 5(4): 276-277.
- 3 楚 宁, 孙士恒, 王俊波. 腹腔镜悬吊免气腹后腹腔镜治疗输尿管结石(附 5 例报告). *黑龙江医学*, 2008, 32(8): 601-602.
- 4 阳新华, 刘新益, 郑文喜, 等. 手指扩张法在后腹腔镜手术中的应用. *中国内镜杂志*, 2007, 13(11): 1192-1194.
(收稿日期: 2010-08-04)
(修回日期: 2010-10-08)
(责任编辑: 李贺琼)