

# 改良腹腔镜子宫腺肌病巨大子宫切除术 14 例报道\*

邱慧玲\*\* 李玉萍 沙爱国

(厦门大学附属成功医院妇产科, 厦门 361003)

**【摘要】 目的** 探讨腹腔镜子宫切除术治疗大于 12 孕周子宫腺肌病的手术技巧和安全性。 **方法** 2012 年 12 月 ~ 2013 年 12 月, 对 14 例 12 ~ 18 孕周的子宫腺肌病行腹腔镜子宫切除术, 对子宫血管的处理和子宫离断方式等步骤进行改良。 **结果** 14 例均在腹腔镜下完成子宫切除术, 无中转开腹, 无并发症发生。手术时间 (160.7 ± 66.1) min, 术中出血量 (184.3 ± 50.5) ml。 **结论** 改良手术步骤后行腹腔镜子宫腺肌病巨大子宫切除术是安全的。

**【关键词】** 腹腔镜; 子宫腺肌病; 巨大子宫切除术

中图分类号: R713.4<sup>+</sup>2      文献标识: B      文章编号: 1009-6604(2014)08-0758-02

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2014.08.027

**Modified Laparoscopic Hysterectomy for Large Uterus in Woman with Adenomyosis; a Report of 14 Cases** Qiu Huiling, Li Yuping, Sha Aiguo. Department of Obstetrics and Gynecology, Chenggong Hospital of Xiamen University, Xiamen 361003, China

Corresponding author: Qiu Huiling, E-mail: 13906056198@139.com

**【Abstract】 Objective** To investigate surgical skills and safety of laparoscopic hysterectomy procedure for enlarged uterus in woman with adenomyosis. **Methods** Fourteen cases of adenomyosis with uterus larger than twelve-week pregnancy accepted laparoscopic hysterectomy from December 2012 to December 2013 in our hospital. Some operating techniques, including the management of uterine vessels and separation of cardinal ligament and uterosacral ligament, were modified. **Results** The operation was performed successfully under laparoscopy in all the cases. No conversion to open surgery was required. No operating complication happened. The operating time was (160.7 ± 66.1) min, and the intraoperative blood loss was (184.3 ± 50.5) ml. **Conclusion** Modified laparoscopic techniques should be considered as an acceptable alternative in hysterectomy for the management of large uterus in woman with adenomyosis.

**【Key Words】** Laparoscopic hysterectomy; Adenomyosis; Hysterectomy for large uterus

随着手术器械的完善, 手术医生经验的积累, 巨大子宫切除术已不是腹腔镜手术的禁忌<sup>[1]</sup>, 经腹腔镜切除超过 12 孕周的子宫已经在临床广泛开展<sup>[2]</sup>。但子宫腺肌病因疾病造成的粘连、出血, 使子宫切除困难, 目前对超过 12 孕周的子宫腺肌病, 多选择经腹子宫切除术<sup>[3]</sup>。我们对部分手术步骤进行改良, 2012 年 12 月 ~ 2013 年 12 月行腹腔镜全子宫切除手术治疗 12 ~ 18 孕周的子宫腺肌病 14 例, 均获成功, 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 14 例, 年龄 35 ~ 54 岁, (42.0 ± 6.3) 岁。经量增多 3 例, 进行性痛经伴经量增多 9 例, 不规则腹胀、腹痛 2 例。妇科检查子宫 12 ~ 14 孕周 10 例, 15 ~ 18 孕周 4 例, 附件区囊肿 3 例 (直径 3 ~ 7 cm), 后穹隆或直肠阴道膈痛性结节 3 例 (直径 3 ~ 5 cm)。均行腹部彩色超声检查, 其中 3 例后穹隆或直肠阴道膈痛性结节者加做盆腔 MRI 平扫检查, 均

提示子宫腺肌病, 其中 4 例合并子宫肌瘤 (肌瘤数目 2 ~ 5 个, 直径 3 ~ 8 cm), 3 例合并卵巢内膜异位囊肿, 3 例合并深部浸润型子宫内膜异位症。有腹部手术史 5 例, 其中经腹阑尾切除术 1 例, 经腹或腹腔镜子宫肌瘤剔除术 2 例, 子宫下段剖宫产术 2 例。术前宫颈液基细胞学涂片排除宫颈癌, 有阴道异常出血者行宫腔镜下内膜活检或诊断性刮宫术排除子宫内膜病变。

### 1.2 方法

1.2.1 器械设备 使用 Storz 公司腹腔镜、高频电凝、组织粉碎器, 强生公司超声刀。

1.2.2 手术方法 常规术前准备。静脉及气管插管复合麻醉。①按腹腔镜下子宫切除术常规体位、气腹压<sup>[4]</sup>, 腹腔镜孔位于脐上或宫底上 3 cm。②探查盆腹腔评估粘连程度, 放置举宫杯, 分离各处粘连。对于子宫前方、膀胱无粘连者打开膀胱反折腹膜、下推膀胱后取出举宫杯; 对于无法显露膀胱者可不放置举宫杯。③距宫体 5 mm 以上离断子宫圆韧带、卵巢固有韧带、输卵管, 打开阔韧带前叶及膀胱

\* 基金项目: 厦门市重大科技平台项目 (3502Z20111006)

\*\* 通讯作者, E-mail: 13906056198@139.com

反折腹膜,下推膀胱,从宫颈中央向两侧分离尽可能显露出双侧子宫血管,双极电凝子宫血管,暂不切断子宫血管,见子宫色泽变为暗紫色后,置入 12 mm 组织粉碎器将子宫体、腺肌瘤或肌瘤等组织旋切成条状取出。若子宫色泽变化不明显,子宫肌层注射稀释垂体后叶素 6 ~ 12 U,置入组织粉碎器快速旋切宫体及瘤体。④钳夹残留宫体,于阴道前穹隆处切开显露宫颈,用超声刀沿宫颈边缘环切阴道穹隆,牵拉宫颈,超声刀紧贴宫体切除双侧主韧带、骶韧带,分离出子宫后壁粘连直肠,剩余残端宫体及宫颈经阴道取出,1-0 薇乔线连续缝合阴道残端。⑤合并内膜异位囊肿者,待组织粉碎器缩小子宫体充分显露手术野后,按照常规方法剔除囊肿;合并深部浸润型内膜异位症者,从阴道取出剩余子宫体和宫颈后,再次阴道填纱气腹后钳夹阴道后壁,牵拉直肠,从直肠表面分离切除病灶。⑥探查手术创面,常规行结肠充气试验检查排除直肠损伤,必要时行膀胱亚甲蓝液灌注排除膀胱损伤。

## 2 结果

14 例均在腹腔镜下完成全子宫切除术。手术顺利,无中转开腹,无并发症发生。术中探查 14 例盆腹腔均不同程度粘连,子宫后壁均与直肠粘连,合并子宫前壁与膀胱粘连 3 例;子宫增大如孕 12 ~ 18 周,形态不规则 8 例,球状增大 6 例。手术时间 130 ~ 210 min, (160.7 ± 66.1) min。术中出血量 90 ~ 210 ml, (184.3 ± 50.5) ml,均未输血。术后使用抗生素 2 ~ 5 d。术后 12 h 均离床活动,24 h 进食,24 ~ 48 h 拔除尿管,1 ~ 3 天肛门排气,1 周恢复正常活动。术后病理检查示均为子宫腺肌病,4 例合并多发性子宫肌瘤,3 例合并卵巢内膜异位囊肿,3 例合并深部浸润型内膜异位症。术后 1 个月随访 14 例,术后 6 个月随访 10 例,无阴道残端感染或膀胱输尿管、直肠损伤。

## 3 讨论

子宫切除术的关键是子宫血管的处理<sup>[5]</sup>。当子宫增大超过 12 孕周时,宫体占据大部分盆腔手术操作空间,子宫峡部与输尿管的距离变小,在子宫峡部处理子宫动脉较困难,腹腔镜下凝固切断子宫动脉存在损伤膀胱、输尿管的隐患。腺肌病使子宫前后壁增厚,后壁增厚更多,子宫后壁与直肠致密粘连,与直肠几乎无界线,部分子宫腺肌病合并重度子宫内膜异位症,双侧附件、小肠、网膜与周围组织发生严重粘连,或当妇科检查或 MRI 提示合并深部浸润型子宫内膜异位症时,若按照常规全子宫切除术步骤,双极分离子宫后壁与直肠粘连,直肠损伤的几率极大,手术难度大大增加。与子宫肌瘤相比,子宫腺肌病巨大子宫行腹腔镜下子宫切除术手术难度明显增加,处理不当可致严重的手术并发症。

本研究中,对子宫腺肌症进行的改良腹腔镜全子宫切除术,主要是避开直接分离子宫后壁直肠粘

连的分离和子宫血管的处理。①举宫杯不是必需的。腹腔镜下全子宫切除时,常规放置举宫杯,可贴近子宫正确分离膀胱反折腹膜与宫颈和子宫峡部的间隙,减少膀胱损伤<sup>[6]</sup>。子宫腺肌病患者子宫体的增大和粘连使举宫杯不能很好地摆动和上推子宫,有时反而影响手术野的暴露,此时不放置举宫杯,助手牵拉协助显露宫旁或子宫前部反折腹膜,仔细分离宫体周围粘连,同样可离断附件和下推膀胱。②大子宫体的处理。巨大子宫占据盆腔大部分手术野,影响手术野的暴露,故电凝双侧子宫血管后,置组织粉碎器切除大部分宫体,可使手术空间增大,后续子宫后壁粘连直肠或骶韧带的处理也变得较容易。③逆行子宫切除。对于子宫腺肌病直肠与子宫后壁或骶韧带的致密粘连,常规镜下分离极其困难,存在损伤撕裂直肠的风险。输尿管受内异症的影响,位置可变异,蠕动情况难以辨认,常规方法切断双侧骶韧带后切除子宫可能会损伤输尿管。逆行切除可大大减低手术损伤直肠和输尿管的风险。子宫腺肌病中内膜异位导致子宫前部、宫颈与膀胱的粘连不多见,有粘连时也不如后壁严重,术中只要打开膀胱反折腹膜,分离膀胱宫颈间隙,从中央向两侧推开膀胱,即可处理子宫血管,减少膀胱输尿管损伤的同时减少术中出血的机会。当缩小宫体后极易切开阴道前穹隆,从切口钳夹环行切断阴道穹隆,再紧贴宫体分离子宫后壁与骶韧带的粘连,必要时可保留少许子宫组织在直肠,可完全保证直肠浆膜的完整性,如此处理,同时降低双侧输尿管损伤的风险。④简化深部浸润型子宫内膜异位病灶的切除。宫颈和残余子宫体取出后手术野清晰,牵拉直肠壁,显露出内异症病灶与直肠的界限,可以完整切除阴道后壁或直肠阴道膈间浸润型内异症病灶。手术结束前,行结肠充气试验,检查盆腔内液体中是否有气泡冒出,再次判断是否存在直肠损伤。

本研究结果提示,随着腹腔镜手术技巧和技术的完善成熟,巨大子宫的子宫腺肌症行改良腹腔镜下子宫切除术是安全、可行的。

## 参考文献

- 1 中华医学会妇产科学分会妇科内镜学组. 妇科腹腔镜诊治规范. 中华妇产科杂志, 2012, 47(9): 716 - 718.
- 2 Felix W, Eric L, 应小燕. 通过腹腔镜子宫切除术和改良小切口经腹子宫切除术切除巨大子宫的回顾性分析——子宫切除术手术途径的再评价. 中国微创外科杂志, 2011, 11(4): 289 - 294.
- 3 周应芳. 全面认识子宫腺肌病. 中华妇产科杂志, 2013, 48(4): 291 - 294.
- 4 李光仪, 主编. 实用妇科腹腔镜手术学. 北京: 人民卫生出版社, 2006. 279 - 289.
- 5 Uccella S, Cromi A, Boqani G, et al. Systematic implementation of laparoscopic hysterectomy independent of uterus size: clinical effect. J Minim Invasive Gynecol, 2013, 20(4): 505 - 516.
- 6 吴倩, 王宏宾, 王鹏. 腹腔镜子宫切除术持镜及举宫技巧. 腹腔镜外科杂志, 2012, 17(2): 89 - 96.

(收稿日期: 2014 - 02 - 09)

(修回日期: 2014 - 04 - 15)

(责任编辑: 王惠群)