

腹腔镜巨大子宫切除术 200 例体会

李海侠* 尤红霞

(汉中市人民医院妇产科,汉中 723000)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜巨大子宫切除的可行性、安全性。 **方法** 2010 年 1 月~2013 年 12 月对子宫超过孕 3 个月的巨大子宫行腹腔镜全子宫切除术,第一穿刺孔位于宫底上 5 cm,手术关键步骤是恰当处理子宫血管,选择子宫动脉上行支进行电凝,分前、后、外侧切割子宫血管。 **结果** 200 例均在腹腔镜下完成手术,无一例中转开腹。手术时间 80~170 min,平均 120 min;术中出血量 20~250 ml,平均 60 ml,无因术中出血致输血者。2 例术后 3 d 发生下肢静脉血栓,抗凝治疗后痊愈。2 例术后 15 d 阴道残端炎,阴道放置甲硝唑粉末后治愈。1 例术后 1 个月发生阴道残端出血,缝合 2 针后治愈。余均无严重并发症发生。术后住院(5±2)d。144 例随访 6 个月,阴道残端愈合良好,B 超示双肾输尿管正常,盆腔未见异常。 **结论** 使用双极电凝行腹腔镜巨大子宫切除术、安全、可行。

【关键词】 腹腔镜; 大子宫切除术; 子宫血管

中图分类号:R713.4⁺2 文献标识:B 文章编号:1009-6604(2014)11-1052-03
doi:10.3969/j.issn.1009-6604.2014.11.024

Laparoscopic Hysterectomy for Large Uterus: Experience of 200 Cases Li Haixia, You Hongxia. Department of Obstetrics & Gynecology, Hanzhong City People's Hospital, Hanzhong 723000, China
Corresponding author: Li Haixia, E-mail: lhx_0326@163.com

【Abstract】 Objective To explore the feasibility and safety of laparoscopic resection of large uterus. **Methods** We performed laparoscopic hysterectomy in patients who had more than 3 months pregnant huge uterus in our hospital from January 2010 to December 2013. The mirror trocar was introduced at 5 cm above fundus. Surgical key steps were appropriate management of uterine blood vessels, electrical coagulation of the ascending uterine artery, and dissection of uterine vessels from front, rear, and lateral sides. **Results** The laparoscopic surgery was completed in all the 200 cases, without conversion to laparotomy. The operation time was 80-170 min, with a mean of 120 min; the blood loss was 20-250 ml, with a mean of 60 ml. No blood transfusion was required due to hemorrhage during operation. Two cases developed deep vein thrombosis at the third day after surgery, and were cured by anticoagulant therapy. Two patients with vaginal stump inflammation at 15 postoperative day were cured by applying the metronidazole powder at vaginal. One patient were sutured by 2 stitches for vaginal stump bleeding at the first month after the operation. The remaining patients had no serious complications. Postoperative hospital stay was (5±2) days. Follow-up reviews in 144 patients for 6 months found satisfactory heal of the vaginal stump, normal ultrasonographic results of bilateral ureters, and no abnormality in the pelvic cavity. **Conclusion** Laparoscopic hysterectomy of large uterus with bipolar coagulation is safe and feasible.

【Key Words】 Laparoscope; Resection of large uterus; Uterine vessel

我院妇科 2000 年开展腹腔镜全子宫切除术,初期仅行<孕 3 个月大小的子宫切除,经过 10 年发展,手术技巧提高,手术经验丰富,2010 年 1 月~2013 年 12 月我院对 200 例子宫>孕 3 个月行腹腔镜全子宫切除术,无并发症发生,效果满意,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 200 例,45~59 岁,平均 48 岁。44 例月经

过多致贫血;25 例痛经,其中 7 例影响日常生活;20 例发现腹部包块,伴尿频;30 例因白带增多,查体发现子宫肌瘤;余 81 例体检 B 超发现子宫肌瘤,定期检查子宫肌瘤渐增大。子宫肌瘤 156 例,子宫腺肌症 44 例。单发肌瘤 68 例,多发肌瘤 88 例;肌瘤数目 1~20 个,平均 4 个;肌瘤直径 1~15 cm,平均 10 cm。子宫孕 12~14 周 150 例,孕 14~16 周 30 例,孕 16 周以上 20 例。盆腔 B 超检查双肾输尿管均正常。术前贫血 44 例,血红蛋白 40~70 g/L,输血纠

* 通讯作者;E-mail:lhx_0326@163.com

正贫血,术前血红蛋白升至 80 g/L 以上。术前常规宫颈细胞学涂片检查,宫腔镜检查+分段诊刮,排除宫颈及子宫恶性病变。有腹部手术史 32 例,其中剖宫产 10 例,异位妊娠手术 14 例,腹腔镜卵巢囊肿剥除术 7 例,子宫肌瘤剔除术 1 例。

病例选择标准:子宫均 > 孕 12 周,月经过多致继发贫血,药物治疗无效,腹痛,体积大引起膀胱、直肠等压迫症状,且患者要求切除子宫,排除心肺疾病,二级及以上原发性高血压,盆腔严重粘连。

1.2 方法

全身麻醉成功后取膀胱截石位,头低足高 30°,留置导尿管。根据宫颈直径选择举宫杯(杭州康基医疗器械有限公司),放入阴道,杯缘达穹隆处,由助手持手柄部分,举摆子宫配合手术暴露。脐孔建立气腹,气腹压力 12~14 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa)。第一穿刺孔位于宫底上 5 cm,探查盆腔,检查输尿管情况后开始手术。距宫角 2 cm 处分别电凝双侧输卵管峡部,卵巢固有韧带、子宫圆韧带,电凝带长 1 cm,分别剪断。沿阔韧带前叶打开子宫膀胱返折腹膜,牵拉膀胱返折腹膜,紧贴宫颈电钩打开膀胱宫颈之间的疏松组织,膀胱下推至宫颈外口(举宫杯上顶前穹隆标记的下方 2 cm),单极打开阔韧带后叶,单极电钩分离宫旁无血管组织,暴露子宫血管,举宫杯上顶宫体,紧贴子宫下段、举宫杯上缘电凝子宫动静脉、膀胱角。双侧均电凝后,子宫缺血颜色变紫,剪断子宫血管。如果子宫过大,双侧子宫血管均电凝后,子宫缺血颜色变紫,置子宫旋切器旋切子宫,子宫体缩小后再次电凝剪断子宫血管。如果电凝子宫血管困难,套扎线于峡部水平套扎宫体,子宫缺血颜色变紫,置子宫旋切器旋切子宫,子宫体缩小后再电凝剪断子宫血管。电凝、剪断宫颈主韧带,举宫杯上顶显露穹隆,紧贴宫颈单极电钩环切阴道壁。离体子宫似“削苹果”样经阴道取出。碘伏纱布填塞阴道,再次建立气腹,经腹腔缝合阴道残端,缝合前后腹膜,检查双侧输尿管蠕动正常,排净 CO₂ 气体。

2 结果

200 例均在腹腔镜下完成手术,无中转开腹。手术时间 80~170 min,平均 120 min;术中出血 20~250 ml,平均 60 ml。术后第 2 天拔出尿管下床活动,术后 12 h 开始进食。肛门排气时间 28~36 h。术后住院(5±2) d。无输尿管、膀胱、肠管损伤,术后腹腔出血等并发症。2 例(年龄 67、65 岁)术后 15 d 阴道少量淡红色渗液,诊断阴道残端炎,阴道局部放置甲硝唑后好转;2 例术后 3 d 发生下肢静脉血栓,低分子肝素钙 6000 IU 皮下注射,1 次/d,5 d

后改用华法林口服至血栓消失;1 例术后 1 个月发生阴道残端出血,缝合 2 针后血止。180 例术后 3 个月妇科检查阴道残端愈合良好,光滑,无息肉形成。144 例术后 6 个月随访,阴道残端愈合良好,光滑,无息肉形成,无腹胀、腹痛、腰痛,大、小便正常, B 超示双肾输尿管正常,盆腔未见异常。

3 讨论

随着腹腔镜设备的不断更新和镜下操作技术的日趋成熟,腹腔镜下全子宫切除术愈来愈普及,术后恢复快,被愈来愈多的患者接受。腹腔镜巨大子宫的切除仍有难度,子宫大,术中术野暴露困难,中止血困难而影响手术开展,特别是多发性子宫肌瘤、子宫下段后壁肌瘤、阔韧带肌瘤、宫体形态不规则易致手术失败,增加各种并发症的发生。我院 2010 年前腹腔镜下子宫切除术,子宫体 < 12 孕周, > 12 孕周或肌瘤位置特殊行开腹手术。随着腹腔镜手术技术的提高,手术医师配合程度的提高,我们开始施行 > 12 孕周子宫的切除术,本组巨大子宫患者行腹腔镜全子宫切除术均获成功。

3.1 术中暴露困难的问题

术前对患者进行周密评估,要求子宫活动度好,便于术中摆动子宫,麻醉后再次妇科检查,确定第一穿刺孔的位置。 > 12 孕周子宫的切除,第一穿刺孔均选择在宫底上 5 cm,扩大操作视野^[1],以利腹腔镜活动。选择 30° 腹腔镜,通过光线方向的调节更有利于子宫血管、道格拉斯窝、膀胱腹膜返折、阴道环切过程的暴露。如果子宫过大,电凝切断子宫血管困难,暴露阴道穹隆困难时,先电凝子宫血管不切断,见子宫颜色缺血变紫时,子宫粉碎器从宫底部开始缩小子宫^[2],至手术视野暴露清楚,再处理子宫血管、骶韧带、主韧带。如果电凝子宫血管困难,套扎线于峡部水平套扎宫体,子宫缺血颜色变紫,置子宫旋切器旋切子宫,子宫体缩小后再电凝剪断子宫血管。

3.2 正确使用腹腔镜器械,减少术中出血

我院为基层医院,要求控制手术费用,仅应用单极和双极,但双极电凝存在组织凝固不均、凝固过度炭化和凝固不全易出血等缺点^[3,4]。双极电凝组织和血管,短时间、反复电凝优于长时间、持续电凝。助手剪断电凝组织时避免剪至未电凝组织。出血后再电凝,双极易结痂,电凝效果差^[5]。单极电钩处理宫旁无血管组织,暴露血管,处理子宫血管时,选择子宫动脉上行支进行电凝,分前、后、外侧切割子宫血管。

3.3 预防输尿管膀胱损伤

输尿管膀胱的损伤让新开展腹腔镜的医院望而

却步,术中选择合适的举宫杯,举宫杯将整个穹隆撑起,充分暴露膀胱腹膜返折,单极打开膀胱腹膜返折及阔韧带前叶,向腹壁方向牵拉膀胱腹膜返折,暴露宫颈与膀胱间的疏松组织,单极电钩近宫颈分离组织,无损伤钳下推膀胱,着力点在宫颈上,动作轻柔,避免引起出血。预防输尿管损伤的关键是处理子宫血管,先打开阔韧带后叶,使输尿管远离血管,预防电凝子宫血管时,组织牵缩输尿管靠近电凝处,子宫体充分上举,再紧贴峡部电凝子宫血管,反复短时间电凝亦是预防输尿管损伤的关键。

3.4 深静脉血栓的预防

腹部手术后深静脉血栓的发生率一般为25% ~ 30%,妇科手术为17%^[6],高危因素主要有:高龄、恶性肿瘤、口服避孕药、高脂血症、易栓症、长期制动等,腹腔镜手术的截石位体位亦是危险因素。静脉血栓的预防措施:术后12 h拔尿管,患者早期下床活动,患者麻醉清醒后鼓励患者主动活动四肢。

因术中频繁使用双极、单极及剪刀,子宫较大的需要子宫粉碎器缩小子宫,利用双极电凝行腹腔镜巨大子宫切除术是一种经济、安全、可行的手术方

式,但术者应具备丰富的腹腔镜手术经验和双极电凝技巧,手术团队亦十分重要,举宫到位,可避免或减少输尿管损伤,扶镜手也十分重要,清楚的手术野暴露是保障手术顺利进行的基础。

参考文献

- 1 关锦图,李光仪,李秋萍.腹腔镜下大子宫切除术86例报告.中国微创外科杂志,2007,7(8):756-758.
- 2 王海波,李秀娟,高丽彩,等.改良腹腔镜下大子宫全切术160例报告.中国微创外科杂志,2011,11(3):200-201.
- 3 杨秀丽,周应芳,廖秦平,等.腹腔镜下子宫腺肌症病灶部分切除及宫骶韧带切断治疗子宫腺肌病疼痛研究.中国妇幼保健,2007,22(16):2282-2283.
- 4 蒋蓉,董俊英.改进腹腔镜与开腹大子宫全切术的比较.中国微创外科杂志,2013,13(7):614-617.
- 5 赵绍杰.双极电凝和PK刀用于腹腔镜子宫切除术的比较.腹腔镜外科杂志,2007,12(4):314-315.
- 6 刘泽霖,贺石林,主编.血栓性疾病的诊断与治疗.第2版.北京:人民卫生出版社,2006.80-89,617-620.

(收稿日期:2014-05-13)

(修回日期:2014-07-27)

(责任编辑:李贺琼)