

石破黏膜而出,进入胆囊腔内再予取出,切不可粗暴操作切割黏膜,以防胆囊壁穿孔^[5]。

3.4 预防结石复发措施 在外科治疗方面,对有胆囊下垂、体积较大的结石患者采用将胆囊底部悬吊在腹壁或肝圆韧带上的方法。其原理为:改变胆囊底部倒挂的状态使胆汁引流从逆地心引力变为顺地心引力,并借助腹壁运动带动胆囊收缩和变形增强胆囊动力,加快胆汁流速,减少胆汁在胆囊内形成胆固醇单水晶(CMC)的机会;通过胆囊伸缩运动干扰或破坏胆汁进入胆囊时产生的湍流作用,消除有形成结石的动力学基础^[6]。在内科治疗方面,我们采用口服胆酸类药物对所有保胆术后患者规范治疗,取得满意效果,全组患者无一例复发。

参考文献

- 1 张宝善. 内镜微创保胆取石术治疗胆囊结石[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8(7): 1-4.
- 2 张宝善. 关于胆囊结石治疗的争论 - 与 Langenbuch 理论商榷[J]. 中国医刊, 2007, 42(5): 2-5.
- 3 张宝善. 内镜微创保胆治疗胆囊息肉[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8(3): 1-2, 7.
- 4 陈安平, 鲁美丽, 刘 安, 等. 腹腔镜保胆取石术和取息肉术 26 例报告[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(3): 31-33.
- 5 乔 铁, 张宝善, 冯禹阳, 等. 硬性胆道镜保胆取石(息肉) 80 例报告[J]. 中国内镜杂志, 2007, 13(12): 1302-1304.
- 6 莫国贤, 林向阳, 朱海华, 等. 胆囊底部悬吊在胆囊结石保胆取石手术中的应用[J]. 临床误诊误治, 2008, 21(1): 10-11.

[收稿日期 2012-12-26][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

学术交流

腹腔镜下困难及复杂全子宫切除术 129 例临床体会

甘精华, 阮和云, 农文政

作者单位: 530001 南宁, 广西民族医院妇科

作者简介: 甘精华(1969-), 女, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 妇科内镜及妇科肿瘤的诊治。E-mail: ganruifeng66@163.com

[摘要] **目的** 探讨腹腔镜下困难及复杂全子宫切除术的可行性和手术技巧。**方法** 对 129 例因子宫 > 孕 12 周的子宫肌瘤, 子宫内膜异位症, 或肌瘤位于阔韧带、子宫峡部、宫颈等原因需切除子宫患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 125 例在腹腔镜下顺利完成手术, 手术时间(153 ± 42.7) min, 术中出血量(213 ± 65) ml, 术后住院时间 3~5 d; 中转开腹 4 例, 无一例出现大出血及膀胱、输尿管、直肠等器官损伤。**结论** 困难及复杂的全子宫切除术可在腹腔镜下完成, 关键在于术者熟练灵活的操作技术及先进的腹腔镜器械设备。

[关键词] 腹腔镜; 全子宫切除术

[中图分类号] R 616.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)07-0669-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.07.20

Difficult and complex laparoscopic hysterectomy: clinical analysis of 129 cases GAN Jing-hua, RUAN He-yun, NONG Wen-zheng. Department of Gynaecology, Guangxi National Hospital, Nanning 530001, China

[Abstract] **Objective** To discuss the feasibility and operation skills of difficult and complex laparoscopic hysterectomy. **Methods** A retrospective analysis of clinical data was performed in 129 patients undergoing laparoscopic hysterectomy because of uterine fibroids with size > 12 weeks pregnant uterine, endometriosis, fibroids within the broad ligament, uterine isthmus, and uterine cervix or other reasons for removal of the uterus. **Results** In 125 patients, the laparoscopic operation were completed successfully, the operation time was (153 ± 42.7) min, the amount of bleeding in operation was (213 ± 65) ml, the postoperative hospital stay was 3~5 d. Four patients were transferred to laparotomy. No massive hemorrhage or injuries in ureter, bladder and rectum were found. **Conclusion** Difficult and complex hysterectomy can be performed by laparoscope. It is important for the operator to be able to skill-

fully master the operation techniques and flexibly apply advanced laparoscopic equipment.

[Key words] Laparoscope; Hysterectomy

腹腔镜手术因其创伤小、腹腔干扰小、术后恢复快、住院时间短等优点,越来越受广大患者的青睐。目前腹腔镜下全子宫切除术式已成为妇科常规手术,在临床上有取代开腹手术的趋势。我院于2008-01~2012-08开展了大子宫、特殊部位子宫肌瘤、子宫内膜异位症、曾有剖宫产史、宫颈萎缩等复杂和困难的腹腔镜下全子宫切除术。现就其可行性及手术技巧进行探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组129例,年龄36~67岁,平均45.8岁,子宫肌瘤103例(其中宫体肌瘤58例,阔韧带肌瘤22例,子宫峡部肌瘤13例,宫颈肌瘤10例),子宫内膜异位症20例,绝经后的子宫内膜不典型增生及宫颈萎缩CIN II~III级6例。子宫与周围组织严重粘连者26例,有下腹部手术史19例,其中剖宫产史13例。子宫大小:<孕12周67例,12~16周37例,>16~20周25例。所有患者均有全子宫切除指征,无再生育要求,术前常规行宫颈液基细胞学检查,阴道异常出血行宫颈活检或诊断性刮宫排除宫颈、子宫内膜恶性病变。

1.2 手术方法 全部病例采用气管插管,丙泊酚及盐酸瑞芬太尼静脉全身麻醉。腹腔镜使用美国史赛克公司产品(1288高清摄像系统),由固定的医师操作。患者取膀胱截石位,采用三孔法,气腹形成后取头低臀高位30°,置镜孔取脐上缘或以上(根据子宫及肌瘤大小而定)10 mm Trocar置镜,均视手术需要左下腹12 mm套管和右下腹5 mm套管为操作孔,经阴道放置举宫器(杯)操纵子宫,腹腔镜探查盆腔情况,LigaSure分别凝断双侧圆韧带、输卵管近端及卵巢固有韧带(如需切除附件则切断漏斗韧带)、阔韧带前后叶,下缘达子宫峡部水平。具体病种的手术方法:(1)阔韧带肌瘤者,打开阔韧带前后叶腹膜达肌瘤表面,抓钳提起肌瘤,电钩沿肌瘤表面边凝切边分离肌瘤,分离到基底部时线圈套扎蒂部,切除肌瘤,宫体变小利于暴露术野。(2)宫颈肌瘤、子宫峡部肌瘤者,经阴道宫颈注射垂体后叶素6 U,宫体变苍白后再剥除肌瘤;或者解剖双侧子宫血管并凝断再剥除肌瘤,可减少术中出血量。(3)对于剖宫产史者,将举宫器向患者头侧上推,从膀胱侧窝找到膀胱宫颈间隙,把膀胱与宫颈分离并推开,切开腹膜反折处瘢痕下推膀胱。(4)对于子宫内膜异位症者,

分离阔韧带,打开腹膜反折下推膀胱后,靠近宫壁切断子宫血管,上推举宫杯,直肠下滑远离宫颈后壁,如果直肠与宫颈后壁粘连,分离粘连至举宫杯口缘下约1 cm即可。(5)对于宫颈萎缩无法放置举宫器者,离断附件,分离阔韧带前后叶,根据阴道松紧度选择适合的注射器外鞘上顶子宫,分离腹膜反折下推膀胱至注射器外鞘顶边缘下1 cm即可。离断子宫血管及主韧带,以注射器外鞘顶边缘为指示点环切阴道,子宫离体。(6)对于宫体过大者,处理宫颈以下部分困难,可以解剖双侧子宫血管并凝断或线圈套扎子宫峡部阻断宫体血供,旋切大部分宫体再处理宫颈部分。如果肌瘤外凸或过大影响术野,宫体注射垂体后叶素6 U,先剥离肌瘤后切除子宫。切除子宫后经阴道缝合残端,盆腔腹膜无需缝合,0.5%甲硝唑液冲洗盆腔,留置引流管24~48 h后拔除。

2 结果

129例患者中,125例腹腔镜下顺利完成手术,手术时间(153 ± 42.7) min,术中出血量(213 ± 65) ml,术后住院时间3~5 d。4例中转开腹,其中3例子宫腺肌病并盆腔内膜异位症致盆腔严重粘连,1例阔韧带巨大肌瘤直径达13 cm,手术操作困难。无一例大出血及膀胱、输尿管、直肠等周围器官损伤。术后随访1~3个月,术后1个月内阴道残端感染、出血、愈合不良4例,经抗感染、止血后愈合良好;3个月发现阴道残端息肉2例,予息肉摘除。

3 讨论

3.1 腹腔镜下困难及复杂子宫切除的可行性 腹腔镜下全子宫切除虽已成为妇科的常规术式,但仍有部分手术操作难度较大,子宫太大影响术野暴露,宫颈、子宫峡部、阔韧带肌瘤常使子宫血管、输尿管及膀胱解剖位置改变,剖宫产史及宫颈萎缩者导致分离膀胱宫颈或膀胱阴道间隙困难,子宫内膜异位症合并盆腔严重粘连,直肠与子宫后壁致密粘连分离困难,宫旁组织增厚、水肿容易出血,这些因素均增加了手术难度。有专家对于子宫>孕12周、宫颈肌瘤、子宫峡部肌瘤、阔韧带肌瘤作为腹腔镜手术禁忌证或慎重操作指征,对年龄较大、宫颈萎缩无法放置举宫器者,建议行腹腔镜辅助下阴式子宫切除术^[1]。随着腔镜技术的逐渐成熟及患者对腹腔镜手术的认识,越来越多的患者要求腹腔镜下切除子

宫,近年来已相继有文献^[2,3]报道腹腔镜下困难全子宫切除术成功病例。本组资料 129 例中,腹腔镜下顺利完成手术 125 例,成功率为 96.9%,也说明了腹腔镜下困难复杂的全子宫切除是可行的。但应该是对有经验的、腹腔镜技术娴熟的医师而言。对于刚开展腹腔镜手术医师还是应限制适应证。对比较困难的手术,如出血量超过 1 000 ml 及极大可能损伤邻近器官时,应适时中转开腹,避免一味追求微创而给患者造成巨创。本组资料中,4 例中转开腹,其中 3 例子宫腺肌病并盆腔内膜异位症致盆腔严重粘连,解剖不清,镜下离断宫旁组织、分离直肠与子宫后壁粘连困难;1 例巨大阔韧带肌瘤,与盆壁无间隙,手术操作困难,术中果断转开腹,术中术后无并发症发生。

3.2 手术技巧及注意事项

3.2.1 大子宫的切除 因为子宫体过大,占据盆腔,子宫与盆壁间隙过窄,手术操作困难,出血及副损伤增加。手术的难点在于离断圆韧带、附件困难,宫颈峡部以下部分无法显露。笔者的体会是镜孔的位置一般选择距宫底 6~8 cm,增加镜下景深,扩大操作空间,两下腹操作孔相应上移。手术操作时举宫器上推将整个子宫顶出盆腔,增加子宫与盆壁间的空间,膀胱、输尿管下移远离子宫血管,腹膜反折及子宫血管充分暴露,在离断圆韧带、附件、子宫血管及打开腹膜反折时可以避免损伤盆壁大血管、膀胱及输尿管。在闭合子宫血管后可用旋切器旋切大部分宫体及肌瘤,手术空间扩大后处理主骶韧带及环切阴道穹窿就显得轻而易举,同时,也避免了经阴道取大子宫困难,粉碎费时且容易损伤膀胱及直肠,牵拉、摩擦易使盆腔手术创面脱痂出血及远期阴道脱垂的发生。

3.2.2 特殊部位肌瘤的子宫切除 宫颈肌瘤、子宫峡部肌瘤、阔韧带肌瘤常使得膀胱、输尿管、子宫血管解剖位置改变,如何避免这些器官损伤及出血是手术的关键。笔者的手术体会:(1)对于宫颈肌瘤、子宫峡部肌瘤,确认膀胱、输尿管、直肠跟子宫及肌瘤之间的关系后,离断圆韧带、附件、阔韧带,先打开腹膜反折下推膀胱或直肠,再打开肌瘤表面包膜,电钩沿着肌瘤表面边电凝边分离肌瘤,宫颈部分恢复正常,仔细辨认输尿管后再切除子宫。(2)对于阔韧带肌瘤的子宫切除术,肌瘤位置深达阔韧带底部时,剥除肌瘤一定要在包膜内,以免损伤盆腔大血

管、子宫血管及输尿管。如肌瘤基底部较宽,剥除肌瘤前可予宫体注射垂体后叶素 6 U,减少术中出血量。对假性阔韧带肌瘤,分离到肌瘤基底部时,查清输尿管后线圈套扎基底部,剪断基底部后再切除子宫。对于以上特殊部位肌瘤手术,术先在膀胱镜下行双侧输尿管插管,术中指引输尿管走行,可以防止输尿管损伤。

3.2.3 子宫内膜异位症和有剖宫产史的子宫切除

对于盆腔粘连者,恢复正常解剖很关键。子宫内膜异位症直肠凹封闭者,可于直肠与子宫间隙间注入水垫帮助分离,或从直肠旁路先打开直肠侧间隙后再逐渐前推分离,分离过程借助举宫杯为着力点,可以避免直肠损伤。对于剖宫产瘢痕粘连者,瘢痕只是在原切口处形成,宫颈与膀胱之间仍有间隙,因瘢痕处致密粘连、界限不清导致分离困难,从膀胱侧窝疏松组织向内侧分离,将膀胱从宫颈表面分离,最后再分离瘢痕处粘连,术毕可经尿道膀胱注入美蓝液,了解膀胱是否损伤,发现损伤及时修补。

3.2.4 宫颈萎缩的子宫切除 由于宫颈萎缩,宫颈口狭窄或粘连封闭无法放置举宫器,分离下推膀胱界限不清,易引起出血及损伤膀胱,处理子宫血管及主韧带时易损伤输尿管。笔者根据患者阴道松紧度及切除阴道长度的需要,运用适合型号的注射器外鞘(注射尖头切平)经阴道上顶子宫,增加膀胱和阴道之间张力,下推膀胱有支撑力,易操作且减少出血量。上顶子宫可以使输尿管随膀胱下移,远离子宫血管及主韧带,离断血管及韧带时不会损伤输尿管。环切穹窿时可以注射器外鞘顶边缘为指示点进行环切。

总之,随着腹腔镜设备、手术器械的不断改进,复杂、困难的子宫切除对于有经验、腔镜技术娴熟的医师来说是可行的,操作靠灵活多变的手术技巧。如何减少出血量及并发症,缩短手术时间,仍需我们不断探索,总结经验。

参考文献

- 1 李海侠,田 铁.腹腔镜筋膜外全子宫切除术(附 120 例分析)[J]. 航空航天医药,2010,21(2):106-161.
 - 2 王 云,李秀荣,梁晓玲,等.腹腔镜下困难子宫切除术 98 例分析[J]. 解放军医药杂志,2012,24(2):12-15.
 - 3 姚书忠,陈玉清,陈淑琴,等.应用腹腔镜行困难子宫全切除术 102 例临床分析[J]. 腹腔镜外科杂志,2006,11(1):1-2.
- [收稿日期 2012-12-13][本文编辑 杨光和 韦所苏]