

腹腔镜全子宫切除术的临床应用

王 英, 李晓琴, 于 杰, 刘如婷, 严家虹, 熊 珍
(临沧市人民医院妇科, 云南 临沧 677000)

[关键词] 全子宫切除术; 腹腔镜; 疗效

[中图分类号] R713.4*2 [文献标识码] A [文章编号] 1003 - 4706 (2012) 10 - 0136 - 02

随着人类文明的进步以及科学技术的飞速发展, 医学进入一个日新月异的发展时代, 其中最值得关注的是微创外科学。微创外科学是现代临床医学和现代高科技相结合的产物, 它以最小的创伤达到最佳的治疗效果。近年来, 妇科腹腔镜因其特有的科学性、先进性和实用性等优点, 成为现代妇科学术的一大发展主流^[1]。临沧市人民医院妇科2003年开始开展腹腔镜妇科手术, 2010年开展腹腔镜下全子宫切除术 (total laproscopic hysterectomy, TLH), TLH是一种在腹腔镜下切断子宫周围的韧带, 血管及阴道壁组织, 使子宫完全游离后从阴道取出, 并在腹腔镜下缝合阴道断端的手术方式, 取得满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2010年8月至2012年7月, 临沧市人民医院共收治腹腔镜下全子宫切除术22例。患者年龄42.5~53岁, 肌瘤直径(3.8±7.2)cm, 子宫长9.5~11.3cm, 子宫单发肌瘤11例, 子宫多发肌瘤(≥3个)9例, 子宫浆膜下肌瘤7例, 子宫肌壁间并浆膜下肌瘤10例, 子宫肌壁间并粘膜下肌瘤3例, 子宫腺肌瘤5例。所有患者均无严重的内外科合并症, 能耐受全麻下腹腔镜手术。

1.2 方法

1.2.1 麻醉 所有患者均采用气管插管静脉复合麻醉。

1.2.2 手术设备 包括由腹腔镜、摄像监测系统、二氧化碳气腹机、高频电装置、超声刀装置、结扎束血管闭合系统(Ligasure), 冲洗吸引装置、举

宫杯及常规腹腔镜手术设备分离钳、剪刀、单、双极电凝钳、单极电钩等手术器械。

1.2.3 术前准备 常规术前实验室检查、检查血常规, 了解患者有无贫血及贫血程度。检查凝血功能、输血前9项、心电图、胸片及盆腔超声检查, 查看子宫大小、肌瘤或腺肌瘤的大小、数目与部位。术前碘伏阴道擦3d以防止感染。术前禁食12h, 灌肠及术前留置尿管。

1.2.4 手术方法 麻醉成功后取膀胱截石位, 人工气腹穿刺进镜, 镜下探查盆、腹腔, 明确诊断, 并评估手术的可行性, 决定是否TLH手术。决定手术后置患者头低足高位, 并在下腹部置入2个穿刺戳卡, 放置相应的器械。再次消毒阴道后, 暴露宫颈, 放置举宫杯。手术步骤: (1) 超声刀及Ligasure离断附件、圆韧带、卵巢固有韧带, 剪开膀胱反折腹膜、下推膀胱, 钝、锐性分离宫旁组织, 充分暴露子宫血管; (2) 离断子宫血管, 此步骤是TLH中一种最关键的步骤。笔者通常采用缝扎子宫血管。用1个零可吸收线缝扎子宫血管后, 用双极电凝彻底止血, 再用剪刀等切断双侧子宫血管; (3) 用双极电凝紧贴宫颈凝固主韧带血管后, 剪断主韧带; (4) 用超声刀离断子宫骶韧带; (5) 用单极电钩在前穹窿顶切开阴道前壁, 然后沿阴道穹窿部环形切断阴道壁, 取出举宫杯, 从阴道取出子宫, 如果子宫体积较大, 可将子宫逐块切碎取出。如子宫不大, 从阴道牵出部份子宫体, 宫底部卡在阴道内, 防止气体外泄, 就不必从阴道放纱卷; (6) 用1-0可吸收线在腹腔镜下缝合阴道残端, 按自然解剖结构缝合阴道残端前、后壁对合缝合, 锁扣式或“U”形缝合阴道残端, 连续缝合关闭盆底腹膜, 保证把创面全

[作者简介] 王英 (1963~), 女, 云南大理州人, 大学本科, 副主任医师, 主要从事妇产科临床工作。

[通讯作者] 于杰. E-mail:790879250149@qq.com

部留在盆腔, 减少术后残端息肉的形成; (7) 冲洗盆腔, 确认无出血及异物后排空腹腔内 CO₂, 取出手术器械, 皮内缝合腹壁上 10 mm 的穿刺孔, 结束手术。

1.2.5 观察指标 观察指标包括术中出血量、留置尿管时间、术后应用抗生素天数、术后患者下床时间、术后阴道残端愈合情况、术后患者住院天数。出血量的计算方法, 吸引瓶内的液体总量减去冲洗液量。腹腔镜患者术中出血量 50~250 mL, 一般在 50~150 mL, 术后留置尿管 12~48 h, 一般在 24~36 h, 拨除尿管后, 观察排尿情况, 尿色均正常, 术后应用抗生素 2~3 d, 患者 12~24 h 下床活动, 住院天数 4~5 d。

2 结果

2.1 手术情况

所有患者的手术均在腹腔镜下完成, 术中、术后无一例输血。手术中有 1 例患者肌瘤位于子宫右侧壁突向阔韧带, 约 6 cm, 给予注射垂体后叶素 6 U, 将阔韧带前、后腹膜分开, 剥离出肌瘤, 这样处理子宫血管较彻底, 避免损伤输尿管。所有患者手术均无肠管、膀胱、输尿管损伤。

2.2 随访情况

常规于术后 3 月、半年进行随访。术后 12~20 d 有少许阴道流血患者 7 例, 均无需特殊处理。术后 3 月、半年查阴道残端愈合好、无明显息肉形成。术后平均 3.6 月开始性生活, 性生活时无性交困难和性功能障碍。术后 3~4 月 2 例患者阴道分泌物稍多, 经化验、分泌物培养均正常。

3 讨论

内镜手术是先进的科学技术与现代医学的完美结合, 成为微创外科的象征。近 10 a 来, 随着腹腔镜技术和手术器械的发展, 腹腔镜手术日趋扩大和成熟, 腹腔镜手术在临床的应用大大改变了医生

的思维观念, 技术路线和操作技巧。TLH 始于 1989 年, 随着各种手术器械的发展, 这一术式广泛开展, 与腹式全子宫切除术相比, 有以下优势: (1) TLH 可以通过创伤更小的方式获得腹腔和盆腔更好的暴露, 具有腹部切口小, 对盆腔干扰小, 并且腹腔镜有放大作用, 可以发现一些微小的病变, 可以对盆、腹腔进行全面的探查, 不易遗漏病变; (2) 宫颈周围有重要的感觉神经, 对性生活有重要作用^[2]; (3) 沧州市人民医院妇科开展腹腔镜下全子宫切除术以来, 使用杯形举宫器进行举宫, 能非常好地暴露宫旁组织, 减少出血, 沿杯形举宫器杯口环形切开阴道穹窿, 避免损伤输尿管、膀胱及直肠, 利于手术操作, 缩短手术时间, 避免气体泄漏问题。阴道残端镜下缝合, 减少残端感染机会; (4) 腹腔镜切口小, 可以避免腹部切口大造成的并发症, 如切口愈合不良、感染、切口疼痛, 切口疤痕不美观等, 且腹腔镜对肠道干扰小, 术后肠粘连、肠梗阻发生率低, 对于肥胖、糖尿病等患者是最佳选择; (5) 在进行腹腔镜全子宫切除的同时, 还可以进行其他疾病的腹腔镜手术治疗^[3], 如子宫内膜异位症病灶切除, 卵巢肿瘤切除(剥)除, 阴道残端悬吊、腹腔镜下盆底缺陷修补、膀胱颈耻骨梳韧带悬吊等^[4]。作为微创手术的重要组成部分, 腹腔镜下全子宫切除术解除了患者的病痛, 具有良好的应用前景。

[参考文献]

- [1] 姚书忠. 腹腔镜全子宫切除术的应用[J]. 中国微创外科杂志, 2009, (6): 64-65.
- [2] 李光仪. 实用妇科腹腔镜手术学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 279-299.
- [3] 徐秋莲. 四种腹腔镜子宫切除术在良性妇科疾病中的临床效果比较[J]. 中国现代医生, 2011, (14): 25-26.
- [4] 全进毅, 朱春芝, 卓新, 等. 腹腔镜辅助阴式子宫切除术在腹腔镜子宫切除术开展过程中的作用[J]. 中国内镜杂志, 2006, (7): 38-39.

(2012-07-07 收稿)