

改良腹腔镜辅助阴式大子宫切除术的临床应用

彭 幼 汪新妮 蔡美雪

CLINICAL APPLICATION OF MODIFIED LAPAROSCOPIC ASSISTED LARGE VAGINAL HYSTERECTOMY

PENG You, WANG Xinni, CAI Meixue

【摘要】 目的 比较改良腹腔镜辅助阴式子宫切除术(LAVH)与常规阴式大子宫切除术在大子宫切除术中的临床优势和安全性。方法 收集我院2013年1月~2014年1月以不同术式大子宫切除术58例的临床资料。其中阴式大子宫切除术31例。改良LAVH 27例,比较两组的手术时间、术中出血量、术中及术后并发症。结果 对照组中发生尿道损伤1例,转开腹行全宫切除术并行尿道修补术;1例因阴道较窄,盆腔粘连,手术困难,出血较多改开腹。研究组全部顺利完成手术,无中转开腹。随访:对照组阴道后壁轻度脱垂1例,研究组无严重并发症。结论 改良LAVH降低了阴道手术的难度,扩大了手术的范围而且安全,微创。

【关键词】 子宫切除术 改良LAVH

doi:10.3969/j.issn.1671-332X.2014.ZZ.002

自1989年REICH等完成首例腹腔镜下子宫切除术以来,微创观念逐渐被引入妇科临床手术,尤其1990年KOVAE提出的腹腔镜辅助阴式子宫切除术(LAVH)更加拓宽了阴式手术的选择范围,对于大于14周的大子宫阴式全宫切除也可以完成。

在提倡微创手术的今天,经腹子宫切除术(TVH)的比例逐渐降低而经阴道子宫切除术的比例显著上升,但由于阴道视野小,子宫大于12周,盆腔有轻度粘连,附件包块,盆腔手术史均为TVH的禁忌症,2013年以来我院对LAVH术式进行不断改良使其对子宫大于14周的大子宫切除的操作更简单易行,收到较好的临床效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对于>12周的大子宫,子宫腺肌病或子宫肌瘤,行子宫切除术的患者中行改良LAVH 27例,行TVH 31例,所有病例均行宫颈液基细胞学检查。阴道异常出血均行分段诊刮排除子宫内膜病变,改良LAVH中子宫肌瘤21例,子宫腺肌症6例,其中合并附件病变3例,下腹手术史4例。TVH中子宫肌瘤25例,子宫腺肌症6例,右下腹手术史2例。两组在年龄、体重、子宫大小及疾病类型方面均无显著性差异($p>0.05$)。

1.2 手术方法

1.2.1 对照组 采用连续硬膜外麻醉,手术步骤参照谢庆煌,柳晓春主编<经阴道子宫系列手术图谱来完成^[1]。

1.2.2 研究组 采用全身麻醉,①腹腔镜操作步骤:经阴道放置举宫器以操纵子宫,并留置尿管。术者主刀位于患者左侧,(双人操作)气腹针在脐孔上缘穿刺,建立气腹后放置

10 mm套管置镜探查,下腹左右两侧及左侧耻联上约2 cm分别置入5 mm,5 mm,10 mm(左下腹)套管置入操作器械,常规检查子宫、附件、盆腔情况,有盆腔粘连的给予松解,将子宫举向左侧,用双极电凝右侧圆韧带,保留附件者凝断输卵管峡部及卵巢固有韧带,不保留附件者凝断骨盆漏斗韧带,用超声刀断离或用单极凝断,同法处理左侧。打开阔韧带前后叶,自左下侧操作孔以推结器置入1号微桥线为套扎线,于峡部水平套扎子宫体2次,旋切大部分宫体并取出标本。②阴道手术:环切宫颈粘膜切缘,分离膀胱宫颈间隙及直肠阴道间隙,断离骶主带并依次打开前后腹膜,断离子宫血管后取出残存的部分子宫。1/0号可吸收肠线连续缝合腹膜及阴道残端。腹腔镜再次充气探查,见有渗血之处给双极电凝止血,冲洗盆腔。视情况置盆腔引流,排尽气体后缝合穿刺孔。

1.3 统计学处理

用 t 检验进行统计学分析。

2 结果

2.1 两组术中情况比较

改良LAVH组手术时间无差异($p>0.05$),术中出血量明显减少($p<0.01$),但术后最高体温和排气时间差异均无统计学意义($p>0.05$),见表1;其中改良组有4例盆腔粘连,主要是肠管与盆壁粘连及附件与子宫后壁及盆腔粘连,1例行左附件切除术,1例行囊肿剔除术,TVH有1例术中损伤尿道,改开腹行子宫切除术+尿道修补术,另1例因阴道狭窄,盆腔粘连,手术操作困难出血较多改开腹。

2.2 术中并发症

改良组全部在镜下完成,无中转开腹,术中损伤肠系膜挫伤1例,无需处理,不影响手术操作,对照组术中发生尿道损伤1例,转开腹继续行全宫切除术并行尿道修补术。另1例因盆腔粘连,子宫大,出血多,手术操作困难,转开腹手术。

2.3 随访

基金项目:汕尾市医药科技计划项目(编号:2013C033)

彭 幼 汪新妮 蔡美雪:汕尾市人民医院 广东汕尾 516600

两组患者术后随访,随访 2~12 个月,对照组发生阴道前壁轻度脱垂 1 例,阴道后壁脱垂 1 例,阴道残端肉芽 5 例。改良组无阴道前后壁脱垂发生。阴道残端肉芽 4 例。两组术后性生活均满意。

表 1 两组患者手术情况比较 [n, ($\bar{x} \pm s$)]

分组	手术时间(min)	术中出血量(ml)	术后体温(°C)	肛门排气时间(h)	术后并发症(n)
LAVH 组	109.15 ± 20.30	90	37.49 ± 0.22	26.12 ± 4.06	0
TVH 组	105.90 ± 20.10	200	37.56 ± 0.4	25.34 ± 8.03	1
p	>0.05	<0.01	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

3.1 随着微创手术的大量开展,手术技巧的提高及医师经验的积累,TVH 的适应症发生了明显的改变。子宫 > 12 孕周的已不再是 TVH 的禁忌症^[2]。但子宫增大 > 14 周伴有阴道狭窄,盆腔粘连较严重仍是 TVH 的禁忌症,本组手术中 1 例因阴道较狭窄,子宫粘连较重致使手术困难出血较多改开腹手术。而改良 LAVH 使那些不能经阴道切除子宫患者能在腹腔镜辅助下安全完成子宫切除术,有的同时行附件囊肿剔除术或附件切除术,有腹腔粘连的子宫也能使手术顺利安全进行。由于腹腔镜的辅助,子宫大小不再是该术式的问题,改良 LAVH 的适应症^[3]是:①无阴道狭窄且有全子宫切除的指征;②阔韧带子宫肌瘤;③伴有附件切除或经阴道子宫切除困难;④合并子宫内膜异位症。在临床操作中,按常规方法经阴道切除大子宫,子宫形态不规则、空间狭小,由于视野小在经阴道处理子宫血管时较困难,有时出血较多,往往需多处缝扎处理,因需持续下拉子宫,易造成阴道前后壁脱垂、膀胱输尿管损伤等并发症^[4]。阴式手术痛苦少,术后并发症少,但由于阴式手术不能直视盆腔,如有粘连等会造成损伤,且阴式手术处理附件也有一定难度,而改良 LAVH 具有开腹手术及阴式手术的共同优点,通过腹腔镜有效的提高了阴式手术的成功率和安全性^[4]。改良后的 LAVH 作为一种子宫切除术,具有微创、安全等特点,扩大了阴式子宫切除术的适应症,能使大多数需开腹子宫切除的患者避免了开腹手术,使有阴式子宫切除术禁忌症的部分患者在腹腔镜辅助下能经阴道切除子宫。当然对有阴道狭窄,严重的子宫内膜异位症,严重的盆腔粘连等患者。仍应慎重考虑^[5]。

3.2 鉴于行阴式大子宫切除的缺点,我们改良了 LAVH 的手术技巧,在 LAVH 的基础上将腹腔镜、次全宫切除术与阴式子宫切除相结合,取两者之长,摒弃传统从阴道碎解子宫

(上接 2 页)

≥0.2 的眼数比较,有显著统计学差异。

闭角型青光眼合并白内障患者应根据术前眼压控制情况、前房角开放范围、核硬度等情况,选择适当的手术方式,以便获得较好的视力和眼压控制。

参考文献

[1] SIMMONS ST, LITOFF D, NICHOLS DA, et al. Extracapsular cataract extraction and posterior chamber intraocular lens implantation combined with trabeculectomy in patients with glaucoma [J]. Am J Ophthalmol, 2007, 104(5): 465-470.

的方法,避免了在阴道小术野碎解子宫造成周围器官的损伤,以及过度向下牵拉子宫造成日后的阴道前后壁脱垂。在腹腔镜监视下,以子宫粉碎器从辅助穿刺孔中取出,宫体或肌瘤,视野清晰,避免了经阴道碎解子宫时的盲区,减少了副损伤。镜下直观套扎宫体,进行施切,只剩宫颈及少部分宫体。套扎止血牢固,无需单独处理子宫血管,减少损伤输尿管的并发症,而且视野清晰,再经阴道切除宫颈及剩余的少部分宫体,使经阴道手术由难转易,降低手术操作的难度,避免了因过度向下牵拉子宫造成日后的引导前后壁膨出。

4 体会

TVH 和 LAVH 都是较好的微创技术^[6],而 TVH 利用阴道这一天然孔径,无疑也受到各方面的限制,LAVH 术式仅是 TVH 的辅助,仅起到盆腔探查及附件处理的作用,改良后的 LAVH 兼有腹腔镜与阴式手术的优点,同时降低了二者的难度,是两者的完美结合。改良 LAVH 所需器械要求极低,只需有单级或双级电凝和有阴道子宫切除的技术即可完成微创大子宫切除的微创手术。适合基层医院推广,使广大的基层患者都能够享受到微创技术带来的益处。本组资料显示,研究组术中出血量较对照组明显减少,但因旋切巨大子宫费时较多,总体手术时间比传统手术时间略长,差异无统计学意义($p > 0.05$),术后肛门排气时间和术后最高体温相似,无统计学意义。故改良 LAVH 作为一种大子宫切除术,更加有效、微创,更加安全,扩大了阴式手术的适应症,降低了阴式大子宫切除术的难度及并发症的发生,充分显示了的优点和长处。值得临床推广应用^[7]。

参考文献

[1] 谢庆煌,柳晓春. 经阴道子宫系列手术图谱[M]. 北京:人民军医出版社,2007:43-60.
 [2] 韦德华,王丽. 非脱垂大子宫经阴道全切除术 55 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2007,23(12):751-753.
 [3] 花蕾,施如霞. 腹腔镜子宫切除术与传统腹式手术的比较[J]. 中华全科医学,2008,6(12):1287.
 [4] 黄秀斌,周荣向. 改良腹腔镜辅助阴式子宫切除术行大子宫切除 89 例临床观察[J]. 实用妇产科杂志,2013,29(1):68-69.
 [5] 刘凤珠,郎景和,孙大为,等. 阴式大子宫切除 25 例临床分析[J]. 中华妇产科杂志,1999,34(8):456-458.
 [6] 屈晓洁,席晓薇. 改良腹腔镜下阴式子宫切除术治疗子宫肌瘤的临床分析[J]. 蚌埠医学院学报,2009,34(8):701-703.
 [7] 关铮. 微创外科学[M]. 11 版. 北京:人民军医出版社,2004:239.

[2] 李春玲. 白内障超声乳化吸除治疗原发性闭角型青光眼合并白内障观察[J]. 中国实用眼科杂志,2012,30(2):156-159.
 [3] 岳艳菊,陈立新,吴华. 小切口白内障手术治疗闭角型青光眼探讨[J]. 中国实用眼科杂志,2010,28(1):61-63.
 [4] 刘旋. 白内障超声乳化联合房角分离手术治疗闭角型青光眼合并白内障[J]. 中国实用眼科杂志,2011,29(10):1088-1090.
 [5] 付海涛,宋磊,唐正香,等. IV 级以上硬核白内障手术方式的选择[J]. 中国实用眼科杂志,2009,27(12):1414-1416.
 [6] 刘晶,肖林. 单切口和双切口青光眼白内障联合手术的治疗效果比较[J]. 中国实用眼科杂志,2012,30(11):1353-1356.