

腹腔镜下阴式子宫全切术 228 例临床分析

殷艳红¹ 高娟²

(1 山东省文登市立医院, 文登市 264400; 2 山东省威海市文登中心医院, 威海市 264400)

【关键词】 腹腔镜; 子宫肌瘤; 子宫肌腺病; 功能性子宫出血

【中图分类号】 R 713.42 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)05-0562-02

子宫全切除术是妇科常见手术之一, 传统的术式多为开腹完成, 最大的缺点是腹部创伤大, 对腹腔干扰多, 术后病人恢复慢。随着腹腔镜技术的提高, 腹腔镜辅助下阴式子宫全切除术(LAVH)将传统的子宫切除术带入了微创领域。本院 2005 年 3 月至 2009 年 3 月行 LAVH 共 228 例, 取得了满意的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2005 年 3 月至 2009 年 3 月腹腔镜辅助下阴式子宫全切术患者 228 例, 其中子宫肌瘤 148 例, 子宫腺肌病 59 例, 功能性子宫出血 21 例。年龄 40~62 岁, 平均 46.4 岁。经期腹痛 49 例, 月经过多 66 例, 尿频等膀胱压迫症状 11 例, 贫血 72 例。既往有腹部手术史 31 例: 子宫肌瘤剥除术 9 例, 卵巢囊肿剥除术 3 例, 剖宫产术 7 例, 输卵管结扎术 11 例, 阑尾切除术 1 例。术前妇科检查、B 超检查或诊断性刮宫排除宫颈及子宫内膜恶性病变。

1.2 手术方法 (1) 腹腔镜部分建立气腹, 压力 11~14 mmHg, 3 个小切口: 脐孔上或下 10 mm、左下腹与麦氏点对应点 5 mm 和麦氏点 10 mm。保留双侧附件者, 超声刀断圆韧带、输卵管峡部及卵巢固有韧带。切除附件者, 电凝、切断圆韧带及骨盆漏斗韧带, 电钩打开子宫膀胱腹膜返折, 向下分离膀胱达宫颈外口水平, 两侧至圆韧带断端, 剪刀打开阔韧带后叶并分离疏松组织至血管, 电凝、切断、缝扎子宫血管。(2) 经阴道部分: ①1: 1 200 肾上腺素生理盐水溶液分别注入阴道穹窿黏膜下及子宫膀胱间隙和膀胱阴道间隙, 使局部黏膜稍水肿, 高血压、心脏病及老年患者应将肾上腺素浓度减小或仅用生理盐水; ②沿阴道穹窿环形切开阴道壁, 钝、锐性分离膀胱宫颈间隙和宫颈直肠间隙, 向上推进撑开, 分离数次可达前后腹膜返折, 剪开; ③钳夹并切断子宫骶、主韧带, 双重缝扎; ④取出子宫: 可应用肌瘤剔除、子宫对半切开和“削苹果皮”等方式将大子宫取出; ⑤全层缝合阴道断端及盆腹膜, 注意将阴道残端两角与子宫骶、主韧带缝合在一起可防止阴道顶脱垂的发生, 同时行阴道前后壁修补术。必要时可于阴道残端中间置橡皮引流管, 术后如无引流液, 可在 48 h 取出阴道填纱时同时拔除。子宫切除后, 在腹腔镜下检查盆腔各组织残端, 生理盐水冲洗盆腔。

2 结果

2.1 手术效果 228 例患者全部经阴道手术成功, 无 1 例中转开腹, 无邻近脏器损伤。切除子宫平均重量 310 g(150~

600)g; 平均手术时间为 90 min(65~150)min, 平均术中出血量为 180 mL(100~250)mL, 平均排气时间为 24 h(10~36)h, 住院时间平均为 7.5(6~8)d, 无 1 例感染, 术后病检结果均无恶性病变。

2.2 随访 术后随访 66 例月经过多患者均明显好转。49 例痛经患者均有不同程度缓解, 其中 43 例完全缓解, 6 例明显减轻。72 例贫血患者血红蛋白均恢复正常。11 例有膀胱压迫症状者全部得到改善。术后 2 个月妇科检查发现阴道残端息肉 5 例, 经处理痊愈, B 超检查未发现异常, 无性交不适等现象。

3 讨论

随着微创技术的不断开展, LAVH 的开展日趋广泛, 该术式组织损伤小, 术中出血少, 肠道干扰少, 术后疼痛轻, 并发症发生率低, 患者康复快, 切口小、美观, 住院时间短。LAVH 具有开腹手术和阴式手术的优点, 镜下分离粘连, 处理附件和圆韧带, 同开腹手术一样视野清晰, 避免了单纯阴式手术不能进行上述操作的弊端, 扩大了阴式子宫切除术的范围。手术成功的关键是选择合适的患者, 同时需术者具备丰富的经阴式子宫切除术的经验。

LAVH 适用于子宫≤孕 12 周者, 过大会影响手术视野的显露, 增加手术难度及术中、术后的并发症。子宫体积如孕 10~12 周, 因肌瘤生长部位靠近宫底, 子宫下段较长, 能通过阴道钳夹子宫血管, 顺利经阴道切除子宫。我们认为, LAVH 必须综合考虑子宫的大小、活动度、肌瘤部位、阴道弹性和 B 超结果。单纯子宫体积大不是手术的禁忌证, 而子宫形状及肌瘤生长部位对手术成功则更重要。手术的关键步骤是否能顺利结扎子宫血管, 若能顺利结扎子宫血管, 即使子宫大小超过孕 12 周, 无严重盆腔粘连, 仍能通过对半剖开, 分次取子宫的方法完成 LAVH。

LAVH 的并发症主要是脏器损伤(膀胱、直肠及输尿管)或术中出血等。膀胱与宫颈、直肠与宫颈处阴道黏膜切口的选择对保证手术的顺利进行及预防并发症十分重要。我们体会: 膀胱附着于宫颈下约 0.5 cm 处环宫颈 1 周切开阴道黏膜深约 0.4 cm, 用组织钳钳夹阴道黏膜, 提拉数次后, 膀胱子宫间隙及直肠子宫间隙可明显显露。剪刀稍试分离阴道黏膜, 手指紧贴子宫, 很容易通过膀胱宫颈及直肠间隙进入盆腔。若切口选择不当, 很容易损伤膀胱及直肠。直肠子宫凹陷粘连者可通过手指紧贴子宫后壁分离进入盆腔。如直肠子宫凹陷粘连, 无法打开直肠子宫返折腹膜, 可通过逐渐钳夹宫旁组织, 从子宫前方经宫旁绕至子宫后方分离粘连后将子宫成功

切除。术中正确使用两把阴道拉钩对预防并发症的发生至关重要。为避免发生并发症,我们认为,不同部位的子宫肌瘤需区别对待。肌瘤若妨碍阴式手术进行,可先于镜下切除,待子宫切除后,经阴道取出切除的肌瘤。子宫经阴道取出时,应用前后两把阴道拉钩拉开膀胱和直肠,以防误伤。阴道手术由于视野较小,手术野的暴露尤为重要。处理宫旁组织时,特别是子宫较大、阴道容量较小者,在切断宫旁组织缝扎时,为了暴露术野,可将子宫向盆腔内推移。为避免损伤输尿管,必须紧贴子宫依次钳夹、切断。采取盆腹膜与阴道残端黏膜一起连续内翻缝合,可减少阴道残端缝合肠线及阴道残端组织的外露,避免术后阴道残端息肉的发生,但对大块组织的切除及镜下缝合技术要求高且难度大、耗时长;经阴道手术无腹壁切口,但当盆腔粘连严重、合并附件病变时,手术野暴露困难、盆腔探查不清,因空间狭小,缝扎难度较高,尤其是大的子宫,这就要求术者有扎实的阴道手术基础,以保证缝合时进出针的确切位置和打结的绝对牢固,钳夹宫旁组织时紧靠宫旁,以免

损伤输尿管。

参 考 文 献

- [1] 商九香,张红梅,刘彦,等.腹腔镜辅助的次全子宫切除手术与传统开腹手术的比较研究[J].中国微创外科杂志,2005,5(10):830-804.
- [2] 朱兰,郎景和,刘珠凤.三种途径子宫切除术的评估[J].中国实用妇科与产科杂志,2003,19(10):623-625.
- [3] 尚慧玲,李光仪.腹腔镜全子宫切除术1006例分析[J].实用妇产科杂志,2006,22(9):557-558.
- [4] 雷嘉.阴式大子宫切除术30例临床分析[J].广西医学,2005,27(4):572-573.
- [5] 夏维珍.腹腔镜下子宫切除术206例临床分析[J].微创医学,2006,1(4):317-318.

(收稿日期:2009-06-08 修回日期:2009-07-27)

小切口手术治疗注射性臀肌挛缩症17例临床分析

农新盛

(广西南宁市第三人民医院骨科,南宁市 530003)

【关键词】 臀肌挛缩症;并发症;小切口手术

【中图分类号】 R 682.24 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)05-0563-02

注射性臀肌挛缩症是一种医源性疾病,是反复多次臀部肌肉注射药物后,肌肉组织出现无菌性炎症,逐渐发生纤维化,形成纤维挛缩带引起的。多发生于儿童时期,至成人后常因骨盆或脊柱畸形和双下肢不等长致出现明显跛行等,影响手术疗效。自2004年5月至2008年10月,我们采用小切口手术治疗双侧注射性臀肌挛缩症17例,均获满意效果。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者17例均为双侧患病,男11例,女6例;年龄15~24岁,平均(17.61±1.56)岁。婴幼儿期均有多次臀部肌肉注射史,主要症状体征为外八字步态,跳跃状跑步,尖臀,不能并膝下蹲,划圈征阳性,蛙腿征阳性,Ober征阳性,交腿试验阳性。13例X光片示有轻度的骨盆倾斜,无髋外翻。

1.2 手术方法 持续硬膜外阻滞麻醉。双侧交替侧卧位完成手术。传统手术切口取髂骨嵴中后1/3交界处向股骨大转子方向作直切口,长约8~12cm。本改良小切口以患侧股骨大粗隆尖向后方作一斜切口,长约5~6cm。切开皮肤皮下组织,沿切口两侧稍作钝性分离,显露出增厚的臀肌筋膜,直视下垂直切断臀大肌筋膜挛缩组织,然后将髋关节屈曲、内收、内旋,并以手指深入创口深部探查,如有深部组织紧张,则进一步松解。注意臀中小肌的挛缩纤维的松解,避免损伤坐骨神经。术中活动髋关节屈曲达到120°以上,内收、内旋达到10°以上,弹响征消失,创面严密止血,常规放置尿管引流。

1.3 术后处理 术后将患者双下肢并拢屈膝90°固定,术后

24~48h拔除引流管。术后3~5d鼓励患者床上进行屈曲髋关节活动,从小角度开始,逐步加大角度,每天3~5次,同时观察伤口有无渗血或裂开;术后5d后开始扶床栏并膝进行下蹲锻炼,进而步态训练。

1.4 疗效评价 术后随访3~6个月,根据患者步态、并膝下蹲、交腿试验以及对运动和体力劳动的影响进行综合评价^[1]。优:4项均正常;良:步态正常,并膝不能完全下蹲和(或)交腿试验完成稍差,对运动和体力劳动基本无影响;可:轻度外八字步态,并膝下蹲受限和(或)交腿试验完成差,对运动和体力劳动有一定影响;差:手术无效。

2 结果

本组17例患者均能在小切口下顺利完成手术,切口长度5~6cm,平均(5.2±0.5)cm,双侧病例手术时间40~60min,平均46min。术后切口均一期愈合。本组优良16例(94.1%),患髋功能满意,无切口感染、裂开、坐骨神经损伤、髋关节僵硬或不稳等并发症。

3 讨论

3.1 适应证 目前有各种手术方式应用于臀肌挛缩症,但小切口治疗注射性臀肌挛缩症其适应证更为严格,作者认为软组织挛缩累及关节囊不严重,且骨盆倾斜轻是较好的指征,否则应慎重选择小切口手术。