

[文章编号] 1000-2200(2008)03-0327-02

· 临床医学 ·

腹腔镜辅助阴式全子宫切除治疗非脱垂子宫良性病变 52 例

周洪燕

[摘要] 目的:探讨非脱垂子宫腹腔镜辅助下阴式全子宫切除术(LAVH)临床应用价值及安全性。方法:回顾性分析 52 例子宫良性病变的非脱垂子宫 LAVH 的临床资料,并与传统腹式全子宫切除术(TAH)50 例进行比较。结果:LAVH 组的术后排气时间早,住院时间短,术后疼痛时间短,与 TAH 组比较差异有统计学意义($P < 0.005 \sim P < 0.001$);LAVH 组的术后阴道残端息肉发生率少于 TAH 组($P < 0.05$);而手术时间及术中出血量两组差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论:应用腹腔镜行子宫切除术是安全可行的,LAVH 手术具有腹腔镜手术及阴式共同的微创优点。

[关键词] 子宫切除术,经阴道;非脱垂子宫;腹腔镜

[中国图书资料分类法分类号] R 713.42 [文献标识码] A

Laparoscope-assisted vaginal hysterectomy for treatment of non-prolapsed uterus benign diseases: A report of 52 cases

ZHOU Hong-yan

(Department of Obstetrics and Gynecology, Bengbu Third People's Hospital, Bengbu Anhui 233000, China)

[Abstract] **Objective:** To assess the value and safety of laparoscope assisted vaginal hysterectomy for normal-positioned uterus. **Methods:** The clinical data of 52 patients with normal positioned benign uterine diseases treated by laparoscope assisted vaginal hysterectomy (LAVH) were retrospectively reviewed and compared with those of 50 patients receiving total abdominal hysterectomy (TAH). **Results:** LAVH was accomplished with earlier anus exhaustion, shorter postoperative stay at hospital and less postoperative pain than the TAH ($P < 0.005 - P < 0.001$). The incidence of vaginal stump polyps was lower than that by TAH ($P < 0.05$), and there was no significant difference in operation duration and bleeding ($P > 0.05$). **Conclusions:** LAVH is safe and feasible, possessing the advantages of both laparoscopic operation and colpohysterectomy.

[Key words] hysterectomy, vaginal; non-prolapsed uterus; laparoscopy

子宫肌瘤是女性生殖器最常见的良性肿瘤,在育龄妇女中发病率为 20% ~ 25%^[1]。以前治疗大多数采用经腹式子宫切除术。近几年来,腹腔镜在妇科手术的应用越来越广,手术器械和操作技术日趋成熟。同时,腹腔镜辅助下阴式子宫切除术治疗非脱垂子宫亦在广泛开展^[2]。2004 年 1 月 ~ 2006 年 8 月,我院行非脱垂子宫腹腔镜下阴式全子宫切除(LAVH)52 例,现与传统腹式全子宫切除术(TAH)50 例进行对比分析,以探讨 LAVH 安全可行性及优越性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例术前均经妇检及 B 超确定子宫大小、肿瘤位置及数目、子宫内膜和附件情况。均符合以下条件:(1)非生殖道恶性肿瘤;(2)均为非脱垂子宫;(3)子宫活动度好;(4)子宫大小均 ≤ 16 孕周。LAVH 组 52 例,年龄 37 ~ 55 岁,有子宫肌瘤 36 例,子宫腺肌症 13 例,功能失调性子宫出

血(功血)3 例。TAH 组 50 例,年龄 38 ~ 57 岁,有子宫肌瘤 35 例,子宫腺肌症 12 例,功血 3 例。附件良性病变(直径 < 8 cm 的卵巢囊肿,输卵管积水,输卵管系膜囊肿)LAVH 组 6 例,TAH 组 9 例。有腹部手术史 LAVH 组 5 例,TAH 组 7 例。两组病例构成资料均具可比性($P > 0.05$)。

1.2 手术方法

1.2.1 LAVH 手术 患者取膀胱截石位,气管插管全身麻醉。使用德国 STORZ 电视腹腔镜手术器械,采用常规三孔法,经脐部穿刺点放入 10 mm 腹腔镜,气腹压力控制在 10 ~ 15 mmHg。常规探查盆腔情况,了解子宫及卵巢有无粘连及粘连程度,于右下腹相当于麦氏点略下方处,左下腹相应部位分别做第二、第三穿刺点通过 5 mm 和 10 mm Trocar 置入操作钳,于阴道内放置举宫器。如有粘连则锐钝性结合分离粘连,游离子宫和卵巢^[3]。腹腔镜下用双极电凝分别电凝,切断双侧圆韧带、输卵管峡部及卵巢固有韧带(切除附件者则切断骨盆漏斗韧带);剪开膀胱子宫反折腹膜钝性下推膀胱,分离其与宫颈间隙后改行经阴道操作。环形切开宫颈前壁膀胱沟稍下阴道黏膜,弧形切开绕宫颈一周,剪开宫颈膀胱筋膜,上推膀胱达腹膜反折处进入腹腔,剪开后穹

[收稿日期] 2007-11-03

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 妇产科,233000

[作者简介] 周洪燕(1969 -),女,主治医师。

隆处阴道壁及子宫直肠反折腹膜,依次钳夹切断、缝扎两侧宫颈韧带及子宫血管后,将子宫从阴道内取出(若子宫过大取出困难,可从中线剖开子宫分两半或分块取出或剔除肌瘤后取出)。将阴道前后壁与盆底前后腹膜四层一并用0号可吸收线连续扣锁缝合。腹腔镜再次探查腹盆腔各残端有无渗、出血,生理盐水冲洗盆腔后,关气,撤出器械,缝合腹壁小切口,结束手术。

1.2.2 经腹子宫切除术 腰硬联合麻醉,常规术式进行。

1.3 统计学方法 采用 t (或 t')检验和 χ^2 检验。

2 结果

两组术中和术后情况比较显示,LAVH组术后镇痛药例数、排气时间、术后3个月复查阴道残端息肉形成及住院时间均明显优于TAH组($P < 0.005 \sim P < 0.001$),而手术时间和术中出血量两组差异均无统计学意义($P > 0.05$)(见表1)。

表1 两组术中、术后情况比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	手术时间 (min)	手术出血 量(ml)	术后镇痛 药(n)	术后排气 时间(h)	阴道残端 息肉(n)	住院时间 (d)
LAVH组	52	65.2±13.5	110±33.6	5	23.6±5.7	2	5.9±1.9
TAH组	50	69.5±14.3	115±36.7	50	37.6±6.6	9	9.5±2.6
t	—	1.56	0.72	83.81 ^{△△}	11.48	5.31 ^{△△}	7.96 [△]
P	—	>0.05	>0.05	<0.005	<0.001	<0.05	<0.001

△示 t' 值;△△示 χ^2 值

3 讨论

3.1 LAVH与TAH对比 随着近年来微创技术的发展,妇科腹腔镜技术得以在临床上广泛应用^[3]。LAVH已成为技术成熟的子宫切除方法之一。本研究通过比较腹腔镜辅助下阴式子宫切除术与传统的经腹子宫切除术患者术中术后的情况,认为实施LAVH手术患者痛苦少,术后康复快,住院时间明显短于经腹子宫全切患者,恢复正常工作及生活早,胃肠功能紊乱等并发症少。同时LAVH可通过腹腔镜处理一些伴随病变,如粘连松解,能发现并治疗盆腔子宫内异位症的微小病灶,或剔除卵巢囊肿(保留卵巢)等,使原来不宜行阴式全子宫切除的患者可转为阴式子宫切除。因此,LAVH手术结合了腹式手术和阴式手术的优点,并且有比开腹手术清晰的视野,避免了阴道手术处理附件较困难,对盆腔情况缺乏全面的评估等弊端。阴道残端缝合后再次行腹腔镜探查有无盆腔出血及脏器损伤,降低了阴式子宫切除术的难度及并发症发生率。但对合并盆

腔内子宫内异位症及慢性炎症引起粘连子宫固定者,盆腔手术致广泛粘连者,生殖道恶性肿瘤探查和淋巴结清扫者不及TAH。对于绝经后的患者一般不主张行腹腔镜辅助的子宫切除术。Dorsey等^[4]对502例不同途径的子宫切除术研究发现,老年妇女更宜开腹途径,而少用腹腔镜途径,因为老年妇女的呼吸系统和循环系统多有不同程度障碍,腹腔镜途径增加了手术的危险性。

3.2 并发症的预防 腹腔镜手术并发症包括腹腔镜手术过程中盆腔器官的直接损伤及由手术操作间接引起的一系列并发症,常见的有麻醉意外、气腹形成有关的并发症如皮下气肿及高碳酸血症。Lowell等^[5]认为LAVH增加了输血风险和术中并发症。本资料提示,有经验的内镜医生行腹腔镜子宫切除术并不增加手术时间,术中出血量也不多于开腹手术。严格掌握手术适应证是顺利完成腹腔镜手术和降低并发症的关键,对于术中探查判断难以在腹腔镜下完成的手术,应果断中转开腹,手术安全是判断的重要标准之一。冷金花等^[6]报道我国腹腔镜手术并发症发生率为1.3%。并发症的发生与手术难度有关,熟练的镜下缝合及打结技术是完成高难度手术的基本保证。还应避免器械使用不当造成邻近器官损伤。

通过对52例腹腔镜辅助下阴式子宫切除术进行回顾性分析,我们认为腹腔镜行子宫切除术安全、可靠,可适用大部分子宫良性病变者;为保证手术成功,腹腔镜术前要严格掌握其适应证、禁忌证,术中要严格手术操作,分清解剖层次,避免并发症的发生,才能充分发挥腹腔镜的优势。此术式完美地结合了腹腔镜手术和阴式子宫切除的优点,具有广阔的应用前景^[7]。

[参 考 文 献]

- [1] 顾美皎主编. 现代妇产科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2002:761.
- [2] 韦继红,徐建平,李忻琳,等. 腹腔镜筋膜内子宫切除术的临床研究[J]. 实用妇产科杂志,2003,19(1):28-30.
- [3] 边爱平,赵倩. 两种腹腔镜子宫切除术与开腹子宫切除术的临床效果分析[J]. 实用诊断与治疗杂志,2005,19(8):555-557.
- [4] Dorsey JH, Steinberg EP, Holtz PM. Clinical indications for hysterectomy route: patient characteristics or physician preference [J]? *Am J Obstet Gynecol*, 1995, 173(5): 1452-1460.
- [5] Lowell L, Kessler AA. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. A suitable substitute for abdominal hysterectomy? [J]. *J Reprod Med*, 2000, 45(9): 738-742.
- [6] 冷金花,郎景和,黄荣丽,等. 腹腔镜手术并发症34例分析[J]. 中华妇产科杂志,2001,36(3):146-149.
- [7] 张菊新,凌策鸣,李荣丽,等. 腹腔镜辅助阴式全子宫切除术29例分析[J]. 河南诊断与治疗杂志,2003,17(2):85-86.