

[文章编号] 1000-2200(2010)09-0887-02

· 临床医学 ·

## 腹腔镜辅助子宫肌瘤剔除术的临床应用研究

王才智, 何 玉, 申庆文, 晋茂生

**[摘要]** **目的:**探讨腹腔镜辅助子宫肌瘤剔除术的临床应用价值。**方法:**对 47 例肌壁间子宫肌瘤患者,分别进行腹腔镜辅助子宫肌瘤剔除术 26 例和腹腔镜下子宫肌瘤剔除术 21 例,比较 2 组手术时间、出血量、术后肠功能恢复时间和患者住院时间。**结果:**辅助组的手术时间、出血量、肌瘤剔除的平均时间优于镜下组 ( $P < 0.05$ ),2 组患者术后肠功能恢复时间和住院时间比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:**腹腔镜辅助子宫肌瘤剔除术较腹腔镜下子宫肌瘤剔除术手术时间短,出血少,操作简便,术后恢复快,是一种较好的治疗子宫肌瘤的微创方法。

**[关键词]** 腹腔镜术;子宫肌瘤剔除术**[中国图书资料分类法分类号]** R 737.33;R 572 **[文献标识码]** A

## Study on the laparoscopic assisted myomectomy for the treatment of hysteromyoma

WANG Cai-zhi, HE Yu, SHEN Qing-wen, JIN Mao-sheng

(Department of Obstetrics and Gynecology, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

**[Abstract]** **Objective:** To explore the clinical applications of laparoscopic assisted myomectomy for treatment of hysteromyoma. **Methods:** Forty seven patients with hysteromyoma were randomly divided into two groups. One group (26 cases) was performed with laparoscopic assisted myomectomy, the other group (21 cases) with laparoscopic myomectomy. The operation time, amount of bleeding, removal time of single myoma, postoperative intestinal recovery and hospitalization-time were compared between the two groups. **Results:** The operation time, amount of bleeding, removal time of single myoma in laparoscopic assisted myomectomy group were significantly superior to those in laparoscopic myomectomy group ( $P < 0.05$ , respectively). The postoperative intestinal recovery and hospitalization-time was not significant between two groups. **Conclusions:** Compared with laparoscopic myomectomy, laparoscopic assisted myomectomy is supposed to be a more convenient and effective technique.

**[Key words]** uterine neoplasms; laparoscopy; uterine myomectomy

子宫肌瘤剔除术不仅保留了患者生育能力,更重要的是维持了子宫的生理功能,保留了女性生殖器官及盆底的完整性。近年来,随着微创技术的开展,腹腔镜下子宫肌瘤剔除术已取代了大部分剖腹手术,目前,国内外常采用腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,不但需要特殊的粉碎设备,对施术者的操作技巧亦有较高的要求,尤其是腹腔镜下的缝合、止血<sup>[1]</sup>等。而腹腔镜辅助子宫肌瘤剔除术较腹腔镜下子宫肌瘤剔除术更为简便,尤其是在缝合、止血、取肌瘤等方面更具优势。本文就其应用作一报道。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2007 年 1 月至 2010 年 1 月行子宫肌瘤剔除术,但需保留子宫的 47 例患者,肌瘤最大直径 7 cm,均为子宫肌壁间肌瘤或者浆膜下肌瘤,位于子宫底、前壁或后壁。随机分为 2 组,辅助组 26 例,镜下组 21 例,2 组均为生育期妇女,一般情况均具可比性。

1.2 方法 2 组均采用气管插管全身麻醉。腹腔镜辅助子宫肌瘤剔除术基本操作方法:取膀胱截石、头低臀高位,常规气腹穿刺,3 个套管分别置入脐上缘(穿刺套管直径 10 mm)、左右下腹(穿刺套管直径 5 mm),放置举宫器,脐部置镜。予垂体后叶素 6 u 用 20 ml 生理盐水稀释后注射于子宫肌瘤的包膜下,根据肌瘤体积、位置选择切口大小及方向,单极电凝切开肌瘤包膜深达瘤体,对瘤体稍做分离。然后自耻骨联合上二横指处作 3~4 cm 的横切口入腹腔,钳夹肌瘤包膜至切口下,伸入手指进一步钝性剥离出肌瘤,然后在切口下方直视分层缝合子宫。小肌瘤直接从切口取出,大肌瘤从切口取出困难者,可直视下切成 1/2 或 1/4 后取出,再次应用手指触摸子宫前后壁,寻找可能的小肌瘤并同法处理,缝合切口;腹腔镜再次进行盆腔冲洗。腹腔镜下子宫肌瘤剔除术操作见参考文献[2],肌瘤用国产电动粉碎机切成条状取出。

1.3 观察指标及评估标准 (1)手术时间:2 组病例麻醉均成功,手术开始到手术结束计时。(2)术中出血量:辅助组为吸出量 + 浸透纱布数量 × 纱布浸透前后重量差(g),按血液比重 1.05 g 换算为 1 ml<sup>[3]</sup>;镜下组为吸出总量 - 冲洗液量。(3)术后

[收稿日期] 2010-02-08

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 妇产科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 王才智(1968-),男,副主任医师,副教授。

住院时间为手术结束到患者出院时间。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验。

## 2 结果

镜下组 1 例子宫后壁下段肌瘤因术中出血中转开腹行肌瘤剔除, 1 例子宫肌瘤合并腺肌瘤剔除困难中转开腹行全子宫切除术; 辅助组全部如期完成手术。两组手术时间、术中出血量, 术后住院时间差异有统计学意义, 而术后肠功能恢复时间差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ) (见表 1)。

表 1 2 组临床指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

分组	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后肠功能恢复 时间(h)	术后住院 时间(d)
辅助组	26	58.6 ± 18.7	107.6 ± 88.9	18.7 ± 8.8	5.5 ± 0.4
镜下组	19	73.2 ± 20.5	300.8 ± 105	17.7 ± 7.9	5.0 ± 0.5
<i>t</i>	—	2.48	6.67	0.39	3.73
<i>P</i>	—	<0.05	<0.01	>0.05	<0.01

## 3 讨论

腹腔镜子宫肌瘤剔除术因其创伤小, 术后盆腔粘连少, 胃肠功能恢复快, 切口美观, 在临床应用日趋广泛<sup>[4]</sup>。但其亦存在一定的缺点: (1) 肌瘤剔除后子宫切口止血需要较好的缝合技巧, 子宫肌瘤剔除术的关键步骤是缝合, 缝合不仅可以止血, 而且可以关闭子宫切口, 恢复正常的解剖。腹腔镜下缝合深层缺损较困难, 手术时间长, 缝合不严密往往可以造成术后出血、血肿、继发感染等; 在腹腔镜下操作的主要困难是肌瘤剔除后肌瘤床的止血和子宫切口的缝合<sup>[5]</sup>。(2) 腹腔镜下深层子宫缺损难以精确对合, 术后有切口裂开、瘘管形成和术后妊娠子宫破裂可能。切口裂开和瘘管形成与多种因素有关, 如因深层缝合困难, 子宫切口仅作浆肌层单层缝合, 或创面采用电凝止血引起组织过度凝固坏死影响愈合等。对于有生育要求的患者来说, 子宫切口不能精确对合及愈合不良增加术后妊娠发生子宫破裂的危险性<sup>[6-7]</sup>。(3) 无法像剖腹手术可以触摸到子宫从而发现较小的肌瘤, 因此较小的肌瘤可能遗漏。

腹腔镜下辅助子宫肌瘤剔除术是腹腔镜与腹壁小切口途径相结合的子宫肌瘤剔除术, 术者通过小切口可直接触摸子宫, 从而可剔出深部的小肌瘤, 可使因囊性变、质地脆软而不易在镜下操作的肌瘤完整剔除。用传统方法对子宫缺损进行缝合, 缝合严

密, 避免了镜下对于较大、较深、较多的瘤腔以及位于子宫后壁峡部、阔韧带等复杂部位的瘤腔缝合因操作困难、技术不到位而导致出血多、缝合不严密、耗时长等弊端, 从而减少术后出血、子宫破裂等并发症的发生。本研究结果显示, 辅助组子宫肌瘤剔除术的平均手术时间较镜下组明显缩短, 这主要是辅助组接近剖腹手术, 术中的缝合、打结、吸引等所有操作容易掌握, 有剖腹手术基础的医生经过短期培训即可进行操作; 而镜下组操作与剖腹手术差别较大, 尤其对子宫肌瘤剔除术需要镜下多次缝合, 术者往往需要较长时间的专门培训方可达到熟练操作。故腹腔镜下辅助子宫肌瘤剔除术适应证更广<sup>[8]</sup>。

腹腔镜手术的优点之一是对患者损伤小, 术后恢复快, 而辅助组亦采取头低臀高位暴露盆腔, 不需排垫肠管, 不接触肠管等脏器, 缝合子宫切口在腹壁切口下方, 术者手指及器械进入腹腔机会少, 时间短。缝合子宫后在腹腔镜下检查及冲洗盆腔, 对盆腔内环境干扰少, 对术后肠功能恢复及预防肠粘连有利。本研究结果表明, 辅助组子宫肌瘤剔除术后患者的胃肠功能恢复时间与镜下组相当, 而辅助组耻骨联合上 3~4 cm 横切口, 术后 3~5 天拆线, 愈合后亦不影响出院时间及腹部的外观。

腹腔镜下辅助子宫肌瘤剔除术即能满足患者的对微创手术的愿望, 保留了腹腔镜的优点, 并且适应证较腹腔镜下子宫肌瘤剔除术为宽, 手术方式简单易行, 值得推广。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 林金芳, 顾斌, 华克勤, 等. 腹腔镜辅助下腹壁小切口肌壁间子宫肌瘤切除术与开腹手术的比较[J]. 中华医学杂志, 2002, 82(13): 883-885.
- [2] 夏恩兰, 李自新. 妇科内窥镜学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 368-373.
- [3] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 841-847.
- [4] 周金凤, 张锦华, 曹淑侠, 等. 改良腹腔镜子宫肌瘤剔除 45 例分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2009, 34(9): 802-803.
- [5] 朗景和. 新世纪的妇科腹腔镜手术[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(11): 641-643.
- [6] Paul PKoshy AK, Thomas T. Pregnancy outcomes following laparoscopic myomectomy and single-layer myometrial closure[J]. Hum Reprod, 2006, 21(12): 3278-3281.
- [7] 林金芳, 冯缙冲, 丁爱华. 实用妇科内窥镜学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2004: 262.
- [8] 沈立翥, 朱岚, 瞿鹭, 等. 腹腔镜辅助下腹壁小切口子宫肌瘤剔除术的临床应用研究[J]. 中国微创外科杂志, 2010, 10(3): 220-222.