3.2 手术难点

与一般动脉瘤相比,大型及巨大动脉瘤手术难点为:①瘤颈宽大,壁厚且硬;②瘤体大,难以暴露完全;③和周围组织没有间隙,剥离困难;④瘤腔内有血栓,血栓脱落可引起远隔部位栓塞;⑤术中载瘤动脉的重建及重新塑型。一些特殊的手术技术往往被应用来解决上述难点。有学者联合应用手术和血管内治疗(球囊辅助技术)进行治疗,术前将带内套管的球囊导管置于颈内动脉处,术中充盈球囊经内套管逆向抽吸导管远端的动脉内血液,瘤内压下降后夹闭瘤颈[3,4]。缺点是需要较高的设备条件,也有增加并发症的危险。有研究报道采用直接穿刺动脉瘤顶,然后通过静脉输液管回输患者体内的方法。但直接穿刺动脉瘤顶容易影响手术操作,且达不到持续减压的目的。我们通过颈内动脉逆向抽吸减压的方法治疗颅内大型及巨大动脉瘤,效果理想。

3.3 逆向抽吸减压法的优缺点

优点:手术中动脉瘤变瘪,张力下降,减少破裂机会,降低手术难度,减少手术风险。不足:不能实时造影,以便检验夹闭后载瘤动脉是否通畅和遗有残颈。对于有粥样硬化的患者,颈内动脉穿刺过程中可造成动脉损伤和远端栓塞等严重并发症。

关键词:逆向抽吸减压;动脉瘤;显微技术
中图法分类号:R739.41 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Tamatani S, Ito Y, Abe H, *et al*. Evaluation of the stability of aneurysms after embolization using detachable coils: correlation between stability of aneurysms and embolized volume of aneurysms [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2002, 23 (5): 762 - 767.

[2] Sluzewski M, Menovsky T, van-Rooij W J, *et al*. Coiling of very large or giant cerebral aneurysms: long-term clinical and serial angiographic results [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2003, 24 (2): 257 - 262.

[3] 刘宏毅, 马 骏, 常 义,等.血管内介入辅助巨大型颅内动脉瘤夹闭手术相关问题探讨[J].临床神经外科杂志,2007,4(3): 97 - 99.

[4] Parkinson R J, Bendok B R, Getch C C,*et al*. Retrograde suction decompression of giant paraclinoid aneurysms using a No. 7 French balloon-containing guide catheter. Technical note [J]. J Neurosurg, 2006, 105(3): 479 - 481.

(编辑 张 维)

经验交流

文章编号:1000-5404(2009)07-0650-02

腹腔镜下4种子宫切除术效果评价

黄 静 (重庆市巴南区人民医院妇科,重庆 401320)

目前,子宫切除术是妇科最常进行的手术。20世纪90年代之前主要有2种术式,其中75% ~80%经腹进行,25%是阴式子宫切除[1,2]。自1988年Reich医师施行首例腹腔镜下子宫切除术以来,现腹腔镜子宫切除术已成为妇科医师的第3种选择,由于其具有开腹手术无法比拟的优越性,近年来发展迅速。根据在子宫切除过程中使用腹腔镜完成手术步骤的不同,可以将腹腔镜子宫切除术分为以下4种术式:腹腔镜下子宫次全切除术(laparoscopic super cervical hysterectomy, LSH)、腹腔镜下筋膜内子宫切除术(classic intrafascial SEMM hysterectomy, CISH)、腹腔镜下全子宫切除术(total laparoscopic hysterectomy, TLH)、腹腔镜辅助阴式子宫切除术(laparoscopic assisted vaginal hysterectomy, LAVH)。为了评价这4种术式的临床效果,对我院2006年3月至2008年3月进行的120例腹腔镜下子宫切除术进行回顾性研究。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2006年3月至2008年3月在本院行腹腔镜下子宫切除术患者120例,术前诊断为子宫肌瘤81例,子宫腺肌症29例,功血10例。

1.2 术前准备

病例术前均做TCT排除宫颈恶变可能,术前准备同一般开腹,估计盆腔粘连者术前3 d开始肠道准备。麻醉方式与体位:全麻与膀胱截石位。

1.3 手术方法

腹腔镜下子宫次全切除术(LSH):双极电凝常规处理圆韧带、卵巢固有韧带及输卵管,分离阔韧带前后叶,打开膀胱子宫反折腹膜,下推膀胱,分离宫旁组织暴露子宫动静脉并予以电凝切断。用电动组织粉碎器分次旋切宫体组织,将切成条状的组织经左下腹穿刺孔取出。经腹缝合宫颈残端。关闭后腹膜。

腹腔镜下筋膜内子宫切除术(CISH):子宫血管及以前处理步骤同LSH。经阴道置入直径5 mm穿引杆,经宫颈管到达子宫底固定,将切割器(有大、小号之分)套入穿引杆,紧贴宫颈外口中心部,旋转切割器,切割掉宫颈柱状上皮及转化区及宫颈管组织。经阴道间断缝合宫颈阴道部。同LSH经左下腹穿刺孔取出标本。经腹缝合宫颈残端。关闭后腹膜。

腹腔镜下全子宫切除术(TLH):子宫血管及以前处理步骤同LSH。双极电凝后切断主韧带及骶韧带,经阴道在阴道前穹窿部上顶,经腔镜切开前穹窿,环切阴道穹隆,经阴道完整或者

作者简介:黄 静,女,重庆市人,主治医师,主要从事妇科方面的研究,发表论文5篇。E-mail: huangaijing0275@qq.com

收稿日期:2008-07-04;修回日期:2008-08-25

分解后取出子宫。经阴道用纱布包裹不锈钢小量杯(直径 5 cm)上顶以防漏气及将阴道残端暴露利于缝合。腔镜下缝合阴道残端。关闭后腹膜。

腹腔镜辅助阴式子宫切除术(LAVH):子宫血管及以前处理步骤同 LSH。镜下切断子宫动静脉后转阴式手术。在膀胱附着宫颈稍下方切开宫颈上皮,钝性分离,手指打开阴道前穹隆,直视下打开后穹隆,切断主骶韧带并分次缝合,自阴道取出子宫,经阴道缝合阴道残端。腔镜下缝合后腹膜。

1.4　统计学分析

采用 SPSS 13.0 统计软件,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,4 组间计量资料的比较采用方差分析。

2　结果

116 例手术顺利完成,1 例因盆腔粘连严重中转开腹,1 例因术中出血中转开腹,2 例 CISH 因出血不止转 LAVH,腹腔镜手术成功率为 96.7%。

LSH 组 25 例占总病例 20.9%,其中子宫肌瘤 18 例,子宫腺肌症 6 例,功血 1 例。手术时间为 45 ~ 160 (98.00 ± 18.56) min,出血量为 20 ~ 480 (86.12 ± 19.34) ml。手术时间、出血量较其他 3 组少($P < 0.05$)。

CISH 组 42 例占总病例 35.0%,其中子宫肌瘤 35 例,子宫腺肌症 7 例。有腹部手术史 6 例(阑尾切除 2 例,卵巢囊肿切除 4 例)。1 例子宫腺肌症盆腔广泛粘连中转开腹,1 例切除子宫后宫颈残端渗血不止转 LAVH,1 例旋切宫颈时因中心偏离损伤右侧主韧带出血转 LAVH。其余手术时间为 78 ~ 180 (115.00 ± 20.15) min,出血量为 50 ~ 520 (118.00 ± 23.12) ml。术后 2 个月随访患者宫颈残端愈合良好,形成一光滑的小宫颈。

TLH 组 15 例占总病例 12.5%,其中子宫肌瘤 11 例,子宫腺肌症 4 例。腹部手术史 3 例(宫外孕手术 2 例,阑尾切除 1 例)。手术时间为 80 ~ 200 (150.30 ± 23.21) min,出血量为 20 ~ 560 (165.60 ± 30.65) ml。术后 1 个月复查,2 例患者有下腹不适感,随访 2 个月后症状消失。

LAVH 组 38 例占总病例 31.7%,其中子宫肌瘤 25 例,子宫腺肌症 10 例,功血 3 例。腹部手术史 2 例。1 例宫颈峡部后壁损伤止血困难中转开腹,1 例阴道残端出血中转开腹。其余手术时间为 100 ~ 210 (162.00 ± 31.24) min,出血量为 50 ~ 710 (150.00 ± 33.01) ml。术中输血 1 例。

4 种手术病例均无肠道、输尿管损伤等并发症发生。仅 1 例术中有输血史。术后 24 h 拔除导尿管,小便均能自解。术后第 2 天肠道功能基本恢复。术后 3 d 平均体温均未超过 38 ℃。

3　讨论

LSH 是我院最早进行的腹腔镜下子宫切除术,其手术时间短,术中出血少,术后并发症少、恢复快,且保持了盆底的完整性,损伤性小。对膀胱和阴道神经损伤小,术后能保持较好的性和膀胱功能。如果术前可确实除外子宫颈病变,LSH 为年轻患者的首选。

目前国内外文献报道均认为对于宫颈炎性病变或者 CIN Ⅰ级,CISH 是一种手术时间短,术中出血少,术后并发症低、恢复快、安全性高的术式[3,4]。它最大限度保留盆底结构的完整性,不缩短阴道长度,提高患者术后生活质量;切除宫颈柱状上皮、移行带和宫颈管内膜,减少术后宫颈残端癌变的可能性。此外由于子宫峡部以下的操作在筋膜内进行,减少输尿管、膀胱和肠管损伤的可能性。但是我们认为 CISH 术后仍应重视宫颈残端病变问题,虽然宫颈旋切已经去除了最易恶变的鳞柱交界组织,但是不能完全切除宫颈腺体。对合并宫颈重度糜烂或宫颈陈旧裂伤不规则者,宫颈旋切器完全规整切尽宫颈移行上皮及宫颈管内膜往往较困难,很可能造成术后复发、残端愈合不良。故术前选择合适病例尤为重要。

TLH 一旦出现术中出血,镜下止血往往较为困难,因此在切割组织前应尽量闭合周围血管,特别是子宫动脉。我们设计的经阴道用纱布包裹不锈钢小量杯上顶以防漏气及将阴道残端暴露利于缝合。TLH 避免了过多阴道手术操作也减少了感染,并适用于无法经阴道手术及阴道手术操作有困难的患者,且 TLH 不仅可用于良性子宫病变、子宫内膜异位症及附件良性肿瘤等患者,还适用于子宫颈及子宫内膜癌前病变及宫颈原位癌等病变的处理。

LAVH 腔镜处理子宫血管后减少出血,镜下下推膀胱可避免切开前穹隆时损伤膀胱,同时腔镜下可以清楚看见直肠与后穹隆有无粘连,避免了直肠损伤,故较单纯阴式子宫切除更简单。LAVH 既有开腹手术清晰的视野,又可避免阴道手术不能了解盆腔情况所带来的弊端,因此其适应证较广,腹部或盆腔手术史不再是 TVH 的绝对禁忌证。使阴式手术更加安全实用。

CISH、LAVH、LSH 及 LTH 都是安全可行的,各有优缺点。选择腹腔镜子宫切除术的术式,应根据患者年龄、宫颈有否病变及病变程度来综合考虑。子宫良性病变且年轻(年龄 < 45 岁)的患者,若宫颈光滑及宫颈细胞学检查正常,排除恶性子宫肿瘤的患者,应保留宫颈多选用 LSH,如子宫颈有良性病变者,先处理子宫颈后,再选择 LSH;年龄 45 ~ 50 岁者多选择 CISH;如伴有重度宫颈糜烂、宫颈上皮内瘤变Ⅱ ~ Ⅲ级或复杂型子宫内膜增生,多选用 TLH;如阴道壁较松弛,或有轻度子宫脱垂者可选择 LAVH。

关键词:腹腔镜;子宫切除术

中图法分类号:R713.42　　**文献标识码**:B

参考文献:

[1] Reich H. Total laparoscopic hysterectomy: indications, techniques and outcomes[J]. Curr Opin Obstet Gynecol,2007,19(4):337 - 344.

[2] Gimbel H. Total or subtotal hysterectomy for benign uterine diseases? A meta-analysis[J]. Acta Obstet Gynecol Scand,2007,86(2):133 - 144.

[3] 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.

[4] 罗春兰. 改良子宫全切除术 158 例临床分析[J]. 重庆医学,2006,35(12):1146 - 1147.

(编辑　龙　亮)