经验交流

文章编号:1000-5404(2010)17-1918-02

腹腔镜常用器械全子宫切除156例分析

石继红 (404000 重庆,重庆市万州区人民医院妇产科)

【关键词】 全子宫切除术;腹腔镜;双极电凝;杯形举宫器
【中图法分类号】 R713.42 【文献标志码】 B

全子宫切除术是妇科最常见的手术之一,随着腹腔镜下操作技巧的不断娴熟及腹腔镜器械的更新,腹腔镜全子宫切除术(total laparoscopic hysterectomy, LTH)的开展也随之增多[1]。我们总结156例因子宫良性病变需行子宫切除的患者,应用单、双极电凝,杯形举宫器行LTH的安全性和效果,并与123例同类疾病单用超声刀行LTH对比。

1 资料与方法

1.1 资料来源

收集本科2007年6月至2009年10月因子宫良性病变应用单、双极电凝,杯形举宫器行LTH的患者156例为常用器械组。156例术前诊断及手术指征为功能性子宫出血5例,子宫内膜不典型增生2例,子宫腺肌病44例,子宫肌瘤105例。156例中,26例曾有下腹部开腹手术史(包括子宫下段剖宫产、一侧附件切除及卵巢囊肿剥除、输卵管切除术等)。妇科检查:子宫正常大小7例,子宫增大如妊娠8周大小50例,孕9~12周大小81例,孕12周以上18例。另收集2006年1月至2007年12月因子宫良性病变采用超声刀行LTH的患者123例为超声刀组。2组病例在疾病种类和子宫大小上没有统计学差异($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 患者取膀胱截石位,常规消毒腹部皮肤、外阴、阴道,留置导尿管,常用器械组阴道放置杯形举宫器。超声刀组阴道放置举宫棒。

1.2.2 麻醉 采用静脉复合全身麻醉。

1.2.3 人工气腹 设腹腔内压力13 mmHg,人工气腹后于脐孔穿刺10 mm的套管进境,于左右下腹相当于麦氏点的位置,以及脐部与左侧麦氏点之间稍高的位置各穿刺5 mm套管,置入操作器械。

1.2.4 手术设备 使用德国STORZ-tricamSLⅡ2022320腹腔镜,法国Sonaalpo型超声刀,德国Stryker单、双极电凝钳,中国杭州康博杯形举宫器(由直径4~5 cm,长5~7 cm的宫颈杯和中心有直径为5 mm的子宫穿刺杆两部分组成)。

1.2.5 手术方法 常用器械组手术方法:①处理附件:双极电凝分别电凝子宫圆韧带、输卵管峡部及卵巢固有韧带后,剪刀分别剪断;②处理子宫血管:剪开阔韧带前叶及膀胱反折腹膜,并下推膀胱,达宫颈杯沿下2 cm处。剪开阔韧带后叶腹膜达子宫骶韧带附着处,钝、锐性分离宫旁组织,充分暴露子宫血管。用弯分离钳钳尖朝上于子宫峡部钳夹子宫血管,于分离钳上方用双极电凝充分电凝后剪断;③处理子宫主、骶韧带:靠近子宫颈钳夹、双极电凝主、骶韧带,紧贴子宫颈剪断,处理深度以越过宫颈杯沿下1 cm即可;④切除子宫:用单极电钩,沿宫颈杯沿切开阴道穹窿1周,切除子宫自阴道取出;⑤消毒阴道残端,用0号可吸收线镜下连续缝合。

超声刀组手术步骤同上,只是单用超声刀处理附件,子宫血管,子宫主、骶韧带,离断阴道。在离断阴道前阴道穹窿填塞纱布,防止切开阴道过程中漏气,但不能绝对避免。

1.3 统计学方法

采用SPSS 12.0统计软件,计量资料以$\bar{x}\pm s$表示,组间两样本比较行t检验。

2 结果

2.1 一般情况

两组患者全部在腹腔镜下顺利完成手术,无1例中转开腹。

2.2 平均手术时间、术中出血量及并发症比较

超声刀组有2例输尿管损伤,常用器械组无并发症发生。常用器械组手术时间(95.5±15.4)min,出血量(80.7±23.4)ml;超声刀组手术时间(100.5±15.8)min,出血量(90.0±30.1)ml,两组无统计学差异($P>0.05$)。

2.3 术后处理

2组术后无需用镇痛药,术后常规用抗生素4 d,48 h后拔去导尿管,无1例发生尿潴留。患者均于术后6~8 h进食半流食,术后16~24 h恢复肠道功能,术后体温37~38.2(37.5±0.5)℃,一般手术后3 d体温恢复正常,术后4~5 d全部出院。

3 讨论

全子宫切除是妇科最常见的手术之一,但LTH难度较大、技术要求高,据统计,到目前为止,全国只有10%~15%妇科医师能够熟练进行LTH[2]。本研究采用常用器械联合应用顺利开展了LTH。

3.1 杯形举宫器的应用

使用杯形举宫器有如下优点:①施行LTH时,必须在腹腔镜下把阴道切开,切开阴道过程中漏气,已成为妨碍LTH施行的一个问题。我们采用杯形举宫器,术中将宫颈杯推入阴道,将穹窿顶起,既可暴露阴道穹窿1周,同时可防止漏气。②术

【通信作者】 石继红,电话:(023)58212257,E-mail:wzqrmyy@163.com

中将举宫器用力向上推移子宫,使膀胱及反折腹膜充分伸展,很容易将膀胱充分分离,两侧输尿管也随之下移,有效避免了膀胱及输尿管的损伤。处理子宫动脉时,用力上推子宫,输尿管与电凝部位距离拉大,进一步保证了输尿管的安全。③用力上推子宫还有助于阴道穹窿两侧的游离,处理主、骶韧带时可紧贴杯沿电凝,剪断主、骶韧带,深度在举宫杯沿下 1 cm 即可,这样避免了韧带处理太低太靠外侧,减少了损伤膀胱、输尿管的机会。本研究超声刀组阴道未放置杯型举宫器,术中分离膀胱、处理子宫血管及韧带、切开阴道时界限不清,且阴道虽然填塞了纱球,但切开阴道过程中仍有漏气,手术相当不便。

3.2 双极电凝优点

LTH 关键步骤是子宫血管的处理。在处理子宫血管时最容易发生出血和输尿管损伤[3]。本研究常用器械组单用双极电凝加剪刀处理子宫动静脉[4],取得满意效果。但由于双极电凝的电流是通过两个电极流通,且组织穿透力不强,因此剪开阔韧带后叶腹膜达子宫骶韧带,分离宫旁组织很有必要:一是可充分地裸露子宫血管,让电凝效果更理想;二是可使输尿管向后下方移动,避免了热损伤。另外因为输尿管距离宫旁组织只有 2 cm 的距离,先用弯分离钳在子宫峡部钳夹子宫血管及结缔组织,再充分电凝,这样既可使局部组织密度增大,热传导减少,同时亦阻断了血管内血液流动异常的热传导,使输尿管得到了进一步保护[5],常用器械组无 1 例输尿管、膀胱损伤。

3.3 单极电凝的应用

我们仅对常用器械组在切开阴道穹窿时应用了单极电凝。在切开阴道穹窿时,举宫杯用力向上推,将阴道穹窿顶起,用单极电钩沿宫颈杯沿切开阴道穹窿 1 周,可顺利切除子宫,由于电钩接触面积小,且能准确定位,操作简便,可避免损伤肠道、膀胱等。

3.4 超声刀的应用

超声刀在切割组织时无大量烟雾产生,手术视野清晰。在切割主、骶韧带等较厚的组织时,无需钳夹、止血,且切割部位周围的组织损伤少,在分离重要脏器黏连时,可提高手术的安全性。但当血管直径大于 3 mm,血管回缩或组织创面广泛渗血时,超声刀止血会出现一定的困难,本研究中,超声刀组有 2 例在处理子宫血管时反复出血、止血,术野不清造成输尿管热损伤,术后 4 d 出现漏尿,另外用超声刀增加了患者的费用。

本研究结果显示阴道放置杯形举宫器,掌握单、双极电凝的使用技巧,开展 LTH 是很安全可行的,这几种器械经济,操作简便,值得推广应用。特别适用于经济不发达地区开展腹腔镜手术。

参考文献:

[1] 夏恩兰,陈春林,袁瑞. 推行微创观念发展微创技术[J]. 中华妇产科杂志,2009,44(9):650 - 654.

[2] 刘彦. 子宫切除术回顾与展望[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2009,25(1):8 - 9.

[3] 李光仪. 实用妇科腹腔镜手术学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:299.

[4] 梁志清,陈勇,李玉艳,等. 改良腹腔镜筋膜内子宫切除术[J]. 第三军医大学学报,2001,23(12):1474 - 1475.

[5] 陈露诗,李光仪,林娟,等. 腹腔镜双极电凝全子宫切除术 133 例临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2009,25(5):384 - 385.

(收稿:2010-03-15 修回:2010-04-27)

(编辑 王小宴)

(上接 1907 页)

胺等相关药物,结合症状、体征及辅助检查,可以排除 SLE、HBV 等引起的继发性肾损害,可明确诊断为 RA 合并 MN。MN 的临床表现常为持续性蛋白尿、肾病综合征、血尿。肾脏活检组织形态学显示肾小球基底膜弥漫性或节段性增厚,钉突形成;免疫荧光下有细颗粒状免疫球蛋白和补体的沉积。本病的发病机制为免疫复合物长期、缓慢沉积于上皮细胞下所致,通过补体的终末成分 C_{3b}-C_9 导致基底膜损伤;此外 T 淋巴细胞亚群存在异常引起的细胞免疫功能障碍亦是致病因素之一[6]。RA 合并 MN 主要针对原发病治疗,该病例采用甲强龙联合环磷酰胺出现的副作用与文献[7]报道一致。本病例提示我们:当 RA 患者出现水肿、持续的蛋白尿时,应及时行肾穿刺活检明确是否合并有肾损害及其病理分型,同时应详细的采集患者传染病史、服药史,完善相关实验室检查排除继发性肾损害的其他病因,以便尽早的诊断、正确的治疗。

参考文献:

[1] Li L S, Liu Z H. Epidemiologic data of renal diseases from a single unit in China: analysis based on 13, 519 renal biopsies[J]. Kidney Int, 2004, 66(3): 920 - 923.

[2] D'Agati V. Renal disease in systemic lupus erythematosus, mixed connective tissue disease, sjogren's syndrome, and rheumatoid arthritis[M]// Jennette J C, Olson J L, Schwartz M M, *et al*. Heptinstall's Pathology of the Kidney. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 587 - 592.

[3] 曾彩虹,刘志红,胡伟新,等. 类风湿性关节炎相关肾损害的临床病理特征[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2008,17(4):311 - 317.

[4] 章友康,王素霞. 继发性膜性肾病的病因和诊断[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2008,17(3):254 - 255.

[5] 梅小斌,崔若兰. 类风湿关节炎肾损害[J]. 国外医学:泌尿系统分册,2002,22(2):113 - 117.

[6] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:2164.

[7] 赵洪雯,吴雄飞,陈红,等. 霉酚酸酯治疗难治性肾病综合征和狼疮性肾炎的临床研究[J]. 第三军医大学学报,2002,24(4):461 - 463.

(收稿:2010-05-20 修回:2010-06-20)

(编辑 王小宴)