DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.22.016
第26卷第22期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 22
2004年11月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Nov. 2004

文章编号:1000-5404(2004)22-2017-03

论著

腹腔镜下不同术式子宫肌瘤挖除126例分析

陈 勇,梁志清,徐惠成,熊光武 (第三军医大学西南医院妇产科,重庆 400038)

提 要:目的 评估腹腔镜不同术式治疗子宫肌瘤的效果。方法 筛选2000年8月至2002年12月期间我科收治126例子宫肌瘤患者,其中子宫浆膜下肌瘤70例,肌壁间肌瘤53例,阔韧带肌瘤3例。肌瘤直径大小为6.1 cm(3~12 cm),其中肌瘤直径<5 cm 33例(26.2%),≥5 cm 93例(73.8%),单发肌瘤57例(45.2%),多发69例(54.8%),根据患者本人保留子宫的要求采用不同术式行腹腔镜子宫肌瘤挖除术。结果 子宫肌瘤挖除术26例,子宫肌瘤挖除及子宫动脉结扎术70例,子宫肌瘤挖除及子宫动脉临时阻断术30例。所有病例腹腔镜手术均成功,无手术并发症及术后并发症。结论 根据不同的病例特点和要求,运用不同的术式,腹腔镜子宫肌瘤挖除术可取得满意临床疗效。

关键词:腹腔镜;子宫肌瘤切除术;子宫动脉;阻断
中图法分类号:R713.1;R737.33 文献标识码:A

Analysis of different laparoscopic approaches for hysteromyomectomy

CHEN Yong, LIANG Zhi-qing, XU Hui-cheng, XIONG Guang-wu (Department of Obstetrics and Gynecology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To evaluate the effects of different laparoscopic approaches for hysteromyomectomy. Methods Hysteromyomectomy was performed on 126 patients who required surgical treatment and preservation of the uterus from August 2000 to December 2002 with different laparoscopic approaches. A follow-up for 2—28 months was conducted in all patients. Results There were 70 cases of subserous fibroids, 53 cases intramural fibroids, and 3 broad ligament fibroids in those 126 patients. The average diameter of the fibroids was 6.1 cm (3—12 cm). The diameter of the fibroids less than 5 cm was found in 33 patients (26.2%), but equal to or larger than 5 cm in 93 patients (73.8%). A single myoma was found in 57 patients (45.2%), but numerous myomas in 69 patients (54.8%). Hysteromyomectomy, hysteromyomectomy and uterine artery blockage, and hysteromyomectomy and temporary uterine artery blockage were performed on 26, 70, and 30 patients, respectively. Operations were successful in all patients. There were no intra- and post-operative complications. Conclusion Different laparoscopic approaches for hysteromyomectomy can result in satisfactory clinical outcomes when different case properties and different requirements of patients are taken into consideration.

Key words: laparoscopy; hysteromyomectomy; uterine artery; blockage

子宫肌瘤是育龄妇女最常见的生殖道良性肿瘤之一。子宫肌瘤挖除术是为保留子宫或生育功能的传统术式。近年来,随着腹腔镜技术的推广和技术进步,腹腔镜下子宫肌瘤挖除术亦逐步开展。我科根据不同的病例及要求,采用不同术式行子宫肌瘤挖除取得满意临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2000年8月至2002年12月我院共行子宫肌瘤挖除术126例。平均年龄33.1(25~48)岁,其中已生育101例,未生育25例。子宫肌瘤挖除术26例,子宫肌瘤挖除及子宫动脉结扎术70例,子宫肌瘤挖除及子宫动脉临时阻断术30例。手术指征:B超检查诊断为肌壁间肌瘤或浆膜下肌瘤;临床症状包括疼痛,下腹不适及尿频,月经量增多,内科治疗效果不佳或合并不育。子宫小于12孕周大小。

1.2 手术方法

1.2.1 麻醉 所有腹腔镜手术者均采用气管插管静脉复合麻醉,持续心电监护。

1.2.2 手术设备 采用常规腹腔镜手术设备,包括腹腔镜、检测系统、CO_2气腹机、单、双极电凝装置,冲、吸引装置,及超声刀、抓钳、持针器、剥离器、剪刀、举宫器、组织粉碎器等手术器械。

1.2.3 手术方式 麻醉后采用膀胱截石头低足高位。气腹

作者简介:陈 勇(1970—),男,重庆市铜梁县人,硕士,主治医师,讲师,主要从事妇科内镜方面的研究,发表论文7篇。电话:(023)65465133
收稿日期:2003-08-22;修回日期:2004-04-21

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

压力设定为12 mmHg。穿刺点为：脐部10 mm套管针置腹腔镜，左下腹部2个穿刺点分别为5、10 mm，右麦氏点置5 mm套管针。

子宫肌瘤挖除术，于子宫肌瘤突出最明显处用单极或超声刀切开子宫肌层至肌瘤表面，肌瘤大者行梭形切开，沿假包膜剥离子宫肌瘤，蒂部以双极电凝凝固、切断。创面电凝止血，大于2 cm创面缝合。肌壁肌瘤或浆膜下肌瘤挖除后残腔以2-0可吸收线间断“8”字缝合封闭残腔，若残腔穿透子宫内膜，行分层缝合，先缝合子宫内膜，再缝合子宫肌层和浆膜层。缝合子宫后，肌瘤用组织粉碎器粉碎后从10 mm套管取出。

子宫肌瘤挖除及子宫动脉结扎术，子宫肌瘤挖除前，先于阔韧带后叶近子宫颈处打开腹膜，游离暴露子宫动脉后，用双极电凝或超声刀凝固子宫动脉，必要时用钛夹或生物夹夹闭子宫动脉。然后按前述方式挖除子宫肌瘤。

子宫肌瘤挖除及子宫动脉临时阻断术，子宫肌瘤挖除前，先于阔韧带后叶近子宫颈处打开腹膜，游离暴露子宫动脉后，用2-0可吸收线或7号丝线结扎子宫动脉。行子宫肌瘤挖除术缝合子宫后，剪开结扎线。

1.3 统计学方法

数据采用 $\bar{x}\pm s$ 表示，SPSS10.0软件采用 t 检验。

2 结果

2.1 子宫病变及手术方式

术中发现子宫浆膜下肌瘤70例，肌壁间肌瘤53例，阔韧带肌瘤3例。肌瘤直径大小为6.1 cm(3～12 cm)，其中肌瘤直径＜5 cm 33例(26.2)，≥5 cm 93例(73.8%)，单发肌瘤57例(45.2%)，多发69例(54.8%)，最多1例肌瘤为6个。子宫肌瘤挖除术26例，其中浆膜下肌瘤17例，阔韧带肌瘤3例，肌壁间肌瘤6例。子宫肌瘤挖除及子宫动脉结扎术70例，其中浆膜下肌瘤34例，肌壁间肌瘤6例。子宫肌瘤挖除及子宫动脉临时阻断术30例，其中浆膜下肌瘤19例，肌壁间肌瘤11例。未生育25例中均未单发子宫肌瘤，行单纯子宫肌瘤挖除术11例，行子宫肌瘤挖除及子宫动脉临时阻断术14例。

2.2 手术时间及术中出血量

手术时间为(125.00±47)min，术中估计出血量(124.00±49)ml。子宫肌瘤挖除术组与子宫肌瘤挖除及子宫动脉阻断或子宫动脉临时阻断组手术时间无统计学差异(t=1.046 7，P>0.05)，术中出血量增多(t=2.645 8，P<0.05)。子宫动脉阻断组与子宫动脉临时阻断组手术时间和术中出血量均无显著性差异(t=1.243 8，1.250 3，P>0.05)，按肌瘤大小分组(＜5 cm和≥5 cm)，肌瘤≥5 cm与肌瘤＜5 cm者手术平均时间增加(t=2.456 4，P<0.05)，术中出血量无统计学差异(t=1.302 4，P>0.01)。

所有病例均在腹腔镜下完成，无中转开腹手术。无1例输血。无脏器损伤、术后出血、感染等并发症。术后2 d均下床活动并肛门排气。术后第1天发热8例(6.3%)，最高体温38.9 ℃，3 d内恢复正常。平均住院日(4.6±1.6)d。

2.3 术后随访

所有126例术后均随访，随访时间2～28个月，平均14个月。无1例复发和手术后并发症，有临床症状者术后均改善。所有肌壁间肌瘤病例随访未发现出现子宫腺肌症症状。未生育病例随访最长时间17个月，均避孕，尚无妊娠。

3 讨论

3.1 腹腔镜子宫肌瘤挖除的运用价值

子宫肌瘤是育龄女性最常见的生殖道良性肿瘤之一，尤30～50岁妇女。传统的保留子宫或生育功能的术式是开腹子宫肌瘤挖除术。但这种术式的缺点在于腹部创伤大，术后恢复相对较慢[1]。腹腔镜下子宫肌瘤挖除术的优点在于腹部创伤小，腹腔干扰少，术后恢复快[2]。

本组126例子宫肌瘤均在腹腔镜下采用不同术式成功完成，无1例中转开腹。术后发热率为6.3%，明显低于文献[3]报道开腹子宫肌瘤挖除术后发热率(45%)。我们认为，在掌握良好的腹腔镜操作技术下，根据不同的病例特点和要求，运用不同的术式，可取得满意临床疗效。

3.2 手术指征和术式的选择

一般认为腹腔镜子宫肌瘤挖除以浆膜下和肌壁间肌瘤为宜，尤以单个浆膜下肌瘤为佳。Tulandi等[3]认为不宜行腹腔镜子宫肌瘤挖除术的指征为：多发子宫肌瘤；直径＞5 cm的3个以上；子宫体积超过妊娠16周；单个肌瘤≥15 cm。肌瘤多发及单个体积增大，增加了术中出血量和暴露及缝合的难度。本组中，多发子宫肌瘤占54.8%，最多1例肌瘤6个，均在腹腔镜下成功完成。单纯子宫肌瘤挖除较子宫动脉阻断或临时阻断后挖除肌瘤出血量增多，子宫动脉阻断或临时阻断后挖除肌瘤组，肌瘤直径≥5 cm与＜5 cm者术中出血量无统计学差异。提示腹腔镜手术方式的改进能更好的达到临床治疗目的和效果。手术实践显示，腹腔镜单纯子宫肌瘤挖除术以浆膜下肌瘤和肌壁间＜5 cm肌瘤为宜；子宫动脉阻断后肌瘤挖除术适于较大的肌壁间肌瘤；对术后有生育要求的妇女，子宫动脉阻断后对妊娠子宫血供产生可能潜在的影响，以子宫动脉临时阻断为宜。本组资料中未生育病例随访最长时间17个月，均避孕，尚无妊娠。长期效果有待进一步观察。

3.3 手术的注意要点

腹腔镜子宫肌瘤挖除术的关键在于肌瘤挖除后子宫残腔的处理和缝合技术。手术者熟练的缝合技巧是关键。有作者认为，无论浆膜下还是肌壁间肌瘤均应缝合子宫切口，以免瘢痕形成导致妊娠子宫破裂[4]。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

本组中,大于 2 cm 者子宫均创面缝合,若残腔穿透子宫内膜,行分层缝合,先缝合子宫内膜,再缝合子宫肌层和浆膜层。所有肌壁间肌瘤病例随访未发现出现子宫腺肌症症状,与文献[4]报道三层缝合法相似。

子宫动脉阻断或子宫动脉临时阻断术,手术成功的要点在于准确完整的暴露分离子宫动脉。子宫动脉的阻断方法中,双极电凝或超声刀凝固阻断血管应避免伤及输尿管,亦可能存在阻断血管不全;钛夹或生物夹阻断血管效果确切,但存在术后钛夹留于体内或生物夹成本较高等不足。子宫动脉临时阻断术后剪开动脉结扎线结应绝对避免损伤血管,否则整个手术将失败而中转开腹。若有相应适用于腹腔镜的血管夹,该操作将更为安全和简便。

参考文献:

[1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1999. 1822.
[2] 郎景和. 妇科腹腔镜手术现状、争议和发展[J]. 中华妇产科杂志, 1996, 31(6):323-326.
[3] Tulandi T, Al Took S. Endoscopic myomectomy. Laparoscopy and hysteroscopy[J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 1999, 26(1):135-148.
[4] Nkemayim D C, Hammadeh M E, Hippach M, *et al*. Uterine rupture in pregnancy subsequent to previous lapsroscopic electromyolysis. Case report and review of the literature[J]. Arch Gynecol Obstet, 2000, 264(3):154-156.

(编辑 刘洪娥)

文章编号:1000-5404(2004)22-2019-01

个案与短篇

腋下滑膜肉瘤的 MRI 诊断 1 例

Diagnosis of subaxillary synovio sarcoma by MRI: a case report

肖 珊,杨春山,陈华江 (第二军医大学长征医院放射科,上海 200003)

患者,女性,46 岁,因左腋下无痛性肿块于 2002 年 06 月 22 日入院。患者于 2 个月前左腋下无痛性肿块,渐增大,伴左手阵发性麻木。查体:一般状况好,心肺无明显阳性体征,左乳未触及明显肿块,左腋下可触及鸽蛋大无痛性肿块,质软,左手背尺侧触觉略减退,左肱二、三头肌肌力 5 级,左伸屈腕肌肌力 5 级。行左乳钼靶像显示:左乳未发现明显肿块。行 MRI 示:左腋下肿块,3 cm×2 cm×2.5 cm,TIW1 为低信号,T2W1 为不均匀高信号,边界尚清,病变呈不均质强化,似可见少量神经纤维束穿过肿块。择期于全麻下行左腋下肿块摘除术。术中示肿块位于腋窝上部,臂丛下方,可见少量神经纤维束于肿瘤后部穿过肿块,肿瘤包膜完整。

术中冰冻示"恶性肿瘤"。术后病理:肿瘤大体观切面呈鱼肉状,略经;镜下示瘤组织以圆形、卵圆形细胞为主,大部分呈旋涡状排列,少部分为条索状排列。肿瘤组织内可见小片坏死并呈浸润性生长,包膜尚完整,免疫组化示:EMA(+)、Vim(+)、CKL(+)、CKH(-)、CEA(-)、ER(-)、PR(-)。术后病理诊断为:左腋下滑膜肉瘤。

患者术后行放疗 1 个疗程,总剂量约 60 Gy;行化疗 2 个疗程。术后 16 个月出现肿瘤局部复发。再次行化疗及局部热疗。目前带瘤生存。

讨论

滑膜肉瘤常发生于青壮年,多见于 20~40 岁之间。发生部位多于关节旁,与腱鞘、滑囊及关节囊关系系密切。但尚无足够证据证明其来自滑膜组织[1]。也可发生在肌肉内、腹壁及腹膜后。本例肿瘤位于左腋下软组织内,发病机制尚不能明确。90%的滑膜肉瘤有 X 和 18 号染色体相互易位,由此产生 SYT-SSX 融合基因产物。

MRI 是发现及诊断滑膜肉瘤的重要手段。不仅能显示滑膜肉瘤及其范围,还有助于判断滑膜肉瘤侵犯程度。滑膜肉瘤在 T1 加权像上一般呈低到中等信号(低于或等于肌肉的信号强度),在 T2 加权像上均呈低信号。注射 Gd-DTPA 增强后,肿瘤呈不均匀强化或强化不明显,出血、坏死区不强化。在 MPI 上腋下滑膜肉瘤应与其它肿瘤性疾病相鉴别。血管瘤 MRI 主要表现为境界清楚的类圆形病灶。在 T2 加权上均可表现为高信号并混杂有点状的低信号区,注射造影剂后血管瘤可明显增强。乳腺癌腋下淋巴结转移与滑膜肉瘤在影像学表现上类似,但淋巴结转移多为多发,同时应注意有否原发病灶。

有研究认为滑膜肉瘤肿瘤的大小与预后有关[1]。肿瘤直径小于 4 cm 及肿瘤有广泛钙化或骨化者预后较好。但该病例表明,虽然肿瘤体积较小,但仍于首次手术后 16 个月出现肿瘤复发。因此首次手术时应强调局部根治切除。

关键词:MRI;滑膜肉瘤
中图法分类号:R730.44 文献标识码:B

参考文献:

[1] 甄 平,刘兴炎. 滑膜肉瘤浸润臂丛神经一例[J]. 中华手术外科杂志, 1999, 15(3):148.

(编辑 刘洪娥)

作者简介:肖 珊(1974-),女,上海市人,技师,主要从事磁振技术方面的研究。电话:(021)63610109

收稿日期:2004-08-02;修回日期:2004-10-22

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net