DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.12.042
第23卷第12期 第三军医大学学报 Vol. 23, No. 12
1474 2001年12月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Dec. 2001

论著

文章编号:1000-5404(2001)12-1474-02

改良腹腔镜筋膜内子宫切除术

梁志清,陈 勇,李玉艳,徐惠成,史常旭 (第三军医大学附属西南医院妇产科,重庆 400038)

提 要:目的 探讨改良腹腔镜筋膜内子宫切除术(MCISH)的手术效果及临床应用价值。方法 自2000年2月以来,45例因各种良性妇科疾病而需行子宫全切术的患者中25例采用采用MCISH术式,20例采用腹腔镜辅助阴道式全子宫切除术(LAVH)。结果 MCISH和LAVH相比术中失血量和术后并发症发生率较低($P<0.05$),其平均手术时间相对较短但无统计学意义($P>0.05$)。两组患者平均住院日无显著差异。结论 MCISH较LAVH术手术时间短、术中失血和术后并发症少。我们认为对于有宫颈病变的良性子宫疾病患者MCISH是首选的手术方式。

关键词:腹腔镜;筋膜内子宫切除术
中图法分类号:R713.44 文献标识码:A

Modified classic intrafascial hysterectomy under laparoscope

LIANG Zhi-qing, CHEN Yong, LI Yu-yan, XU Hui-chen, SHI Chang-xu (Department of Obstetrics and Gynecology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract Objective To evaluate the efficacy and clinical value of our modified classic intrafascial supracervical hysterectomy (MCISH) with laparoscopy. Methods The data of 45 women with benign gynecological disorders undergoing laparoscopic hysterectomy from February 2000 to April 2001 were reviewed. Of them, 25 women received MCISH, 20 had laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy (LAVH). Results The women undergoing MCISH had lower complication rate and less estimated blood than those of LAVH ($P<0.05$). Although MCISH had a shorter operating time, no statistically significant differences was found between the 2 groups. The average hospitalization time was similar in the 2 groups ($P>0.05$). Conclusion The self-modified CISH has fewer complications, less blood loss and shorter operating time. In our opinion, MCISH is an optimal treatment for benign uterine diseases, especially with cervical lesions.

Key words: laparoscopy; modified classic intrafascial supracervical hysterectomy

由于腹腔镜手术具有开腹手术无法比拟的优越性,近年来发展非常迅速。它可以完成妇科良性疾病的大部分手术,其中腹腔镜下子宫切除术的发展尤为突出。从最初的腹腔镜辅助阴式子宫切除到腹腔镜子宫次全切除和标准腹腔镜下筋膜内子宫切除术,标准腹腔镜下筋膜内子宫切除术(CISH)由Semm[1]教授于1991年发明,迄今被认为是治疗良性子宫疾病的首选术式,然而在实际应用中发现该术式仍有其局限性。我们从2000年开始在标准CISH的基础上进行改良,共完成25例手术,发现改良后的腹腔镜全宫切除术具有手术时间短、术中失血少、并发症少和费用低等优点,是一种更为理想的腹腔镜子宫切除术,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组45例,年龄34~56岁,平均年龄45岁,均已婚已育,有手术史的5例。术前诊断子宫肌瘤36例,进行性痛经伴子宫腺肌瘤7例,功能失调性子宫出血药物治疗无效2例。妇科检查子宫增大如妊娠6周大小5例,孕8~10周大小12例,孕11~12周大小17例,孕13~14周大小者10例。所有病人随机分成两组即改良腹腔镜筋膜内子宫切除术(MCISH)和腹腔镜辅助阴式子宫切除术(LAVH)。所有病例术前常规行宫颈刮片细胞学检查和诊断性刮宫术或分段诊断性刮宫术,病理检查以排外宫颈癌及宫体癌。

1.2 手术方法

1.2.1 麻醉方法 全部采用气管插管静脉复合麻醉。

1.2.2 手术设备 由腹腔镜、高清晰度摄像监测系统、二氧化碳(CO_2)气腹机、高频电凝装置、冲洗吸引装置组成的常规腹腔镜手术设备及抓钳、剥离钳、持钳、剪刀、切割缝合器等手术器械。

1.2.3 手术步骤 术前准备:术前阴道冲洗1~3 d,清洁脐部,术前禁食并清洁灌肠。麻醉后取膀胱截石头低足高位。气腹针在脐孔部穿刺注入CO_2气体建立气腹至腹内压达2 kPa(12 mmHg),用10 mm套管针(Trocar)穿刺置入腹腔镜,于左侧下腹部麦氏点及左腹直肌外缘平脐各置入第2、第3,分别为5 mm及10 mm,于右侧下腹部麦士点置入第4个5mm套管针。

1.2.3.1 LAVH组 术式参照标准LAVH进行,主韧带由阴道断离,0/2可吸收缝线关闭阴道残端。

1.2.3.2 MCISH 经阴道由颈管放入子宫校正器达宫底,由助手配合固定子宫位置。双极电凝钳钳夹、电凝双侧子宫圆韧带、输卵管及卵巢固有韧带,并剪断,如行附件切除则切断漏斗韧带。用单极电凝钳钝性分离阔韧带前后叶并切开子宫膀胱反折腹膜,用分离钳钝性下推膀胱,分离宫旁疏松结缔组织,游离子宫动静脉,双极电凝子宫动静脉或用钛夹阻断血流,此时子宫因缺血变成暗紫色,将宫颈剜切器套入子宫校正器,顺时针旋转切割宫颈移行上皮、宫颈管粘膜、宫体中央部内膜直达宫底并穿透浆膜层,连同组织及子宫校正器、剜切器一同取出阴道外。于左侧下腹部靠内侧10 mm穿刺孔,置入15 mm扩张器,再置入子宫粉碎器,分次将子宫体及瘤体组织粉碎取出体

作者简介:梁志清(1963-),男,四川邛崃县人,博士,副主任医师,副教授,主要从事微创妇科、生殖免疫和胎儿疾病诊断治疗方面的研究,发表论文19篇。电话:(023)68754409

收稿日期:2001-05-10;修回日期:2001-09-05

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

外。残端用双极或单极电凝止血, 0/3 带线雪橇针缝合膀胱反折腹膜和颈管后壁腹膜包埋宫颈残端, 两侧腹膜各缝合 1~2 针"8"字使盆腔腹膜化, 冲洗盆腔, 0/4 薇乔线皮内缝合 3 个穿刺孔。0/2 保护薇乔线扣锁或环形缝合颈管口外鞘, 关闭颈管残腔。

1.2.4　观察指标　　包括术中平均失血量、平均手术时间、术后并发症和术后病率以及平均住院时间。

1.2.5　统计学处理　　采用 student's t 检验。

2　结果

本 2 组病例全部在腹腔镜下完成, 手术过程顺利, 无一例中转开腹, 无一例手术并发症发生。术后随访 2~10 月。

2.1　平均手术时间及术中失血量, 见表 1

表 1　两组术式手术时间和失血量比较

Tab 1　Comparison of operating time and estimated blood loss of the patients in the 2 groups

Operation	Operating time (min)	Estimated blood loss (ml)
LAVH	145.1±34.3	120.6±18.6
MCISH	102.5±31.2	50.7±14.5
P	>0.05	<0.05

2.2　术后病率及恢复情况, 见表 2

表 2　两组手术术后恢复情况比较

Tab 2　Comparison of post-operative condition of the patients in the 2 groups

Operation	Temperature (℃)	Hospitalization days	Recover sexual (d)	Total costs (RMB)
LAVH (n=20)	38.0±0.8	4.5±0.6	45.2±7.1	4500±300
MCISH (n=25)	38.0±0.3	4.0±1.0	35.6 ±5.3 *	4700±400

*: $P<0.05$ *vs* LAVH

随访 3 个月时见阴道形态无改变, 检查宫颈残端, 发现其后形成的假宫颈, 外口较原来的大, 质地稍松软, 宫颈移行上皮层消失, 原有宫颈炎表现的亦已消失, 阴道穹窿仍在。

3　讨论

3.1　子宫良性疾病行子宫切除保留子宫颈的意义

宫颈周围有重要的感觉神经, 对性生活有重要作用。据统计, 全子宫切除术后患者性无能的有 20%, 如发生膀胱阴道瘘、阴道前后壁膨出等并发症则增加到 100%[2]。在良性子宫疾患必须切除子宫时, 保留正常的宫颈组织, 对垂体-卵巢-子宫轴以及保持盆底的张力起相当大的作用, 尤其是随着人们生活质量的提高和人均寿命的延长, 要求保留宫颈的病人越来越多。目前国内腹腔镜保留子宫颈的手术方法主要有筋膜内子宫切除术(CISH)和子宫次全切除术, 其中以 CISH 的效果较好。我院从 2000 年 2 月开始开展此手术, 共进行 25 例, 经 3 月到半年的观察发现, 25 例病人性生活恢复时间较短, 且没有明显的性功能障碍, 说明该术式能较好地保留子宫颈结构和盆底功能。而 LAVH 术式由于去掉了子宫颈使盆底组织的支撑力削弱, 阴道顶端创面大等, 使性生活恢复时间延长。

3.2　CISH 在预防宫颈残端癌中的价值

目前认为, 筋膜内子宫切除术后宫颈残端癌的发生率仍极低[3], 安全性高。本组 25 例病人, 术后病理检查发现切除了子宫颈管内组织, 说明子宫颈管内膜切除较完全。随访发现原有的子宫颈外口处慢性炎痊愈, 无一例发生子宫颈上皮组织不典型增生。说明 MCISH 在预防宫颈癌的发生方面与开腹筋膜内子宫切除术相当。同时切除宫颈管内组织后, 用双极电凝器加热宫颈管内创面可以将切除不全的子宫颈管内组织破坏, 因而更具有优势。

3.3　CISH 操作方法的改良及临床优势

本组病人对文献报道的标准 CISH 技术操作进行了部分改进, 以求操作更为简捷, 减少损伤、出血等并发症和病人住院费用。

本技术主要有以下几个方面的优点: 首先子宫动静脉的处理: 用钛夹或双极钳夹电凝双侧子宫动静脉使血管腔完全闭塞, 血流阻断, 不必切断子宫动静脉, 可以使子宫血运完全断流。可以避免用三套圈扎颈管外鞘以阻断子宫动静脉血流[4]的缺陷, 如套圈线价格昂贵, 易滑脱至残端出血等。本组病人共 25 例采用此改良法无一例出血, 手术时间也明显缩短手, 术中出血量明显减少, 而且钛夹价格仅相当于三套圈的百分之一, 既经济又方便实用。其次宫颈残端的处理: 当子宫颈管、子宫体中心部分被剜切取出后用双极或单极电凝对宫颈残端止血, 无需再次缝合残端, 节省了手术时间。宫颈口外鞘可连续扣锁缝合也可颈管内环状缝合封闭残腔。

因此, 该术式既取腹腔镜手术创伤小、出血少、恢复快的优点, 又取普通筋膜内全宫切除术之优点, 可以达到防止子宫颈残端癌[5], 保持盆底、阴道完整性和部分子宫颈的目的, 手术感染机会少, 腹部疤痕小, 明显提高了患者术后的生存质量。经过技术改良后的腹腔镜筋膜内全子宫切除术, 简化了手术过程, 术中出血明显减少, 所以我们认为改良 CISH 是全子宫切除术的一种较理想术式。

参考文献:

[1] Semm K. Hysterectomy via laparotomy or pelviscopy. A new CASH method without colpotomy[J]. Geburtshilfe Frauenheilkd, 1991, 51(12): 996—1003.

[2] Kovac S R. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications[J]. Obstet Gynecol, 2000, 95(6 Pt 1): 787—793.

[3] Hannoun—Levi J M, Peiffert D, Hoffstetter S, *et al*. Carcinoma of the cervical stump: retrospective analysis of 77 cases[J]. Radiother Oncol, 1997, 43(2): 147—153.

[4] Semm K. Endoscopic subtotal hysterectomy without colpotomy: classic intrafascial SEMM hysterectomy. A new method of hysterectomy by pelviscopy, laparotomy, per vaginam or functionally by total uterine mucosal ablation[J]. Int Surg, 1996, 81(4): 362—370.

[5] Kim D H, Bae D H, Hur M, *et al*. Comparison of classic intrafascial supracervical hysterectomy with total laparoscopic and laparoscopic—assisted vaginal hysterectomy[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 1998, 5(3): 253—260.

（编辑　王　红）

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