

- docholithiasis: A Retrospective Study[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2016, 26(12): 972-977.
- [9] 唐辉蓉, 张家骅, 廖陈, 等. EST+ENBD对急性梗阻性化脓性胆管炎的治疗意义[J]. 中国当代医药, 2013, 20(23): 62-63.
- [10] 祝平, 詹银楚. 腹腔镜胆总管探查术治疗胆总管结石85例疗效分析[J]. 肝胆胰外科杂志, 2013, 25(1): 59-61.
- [11] 包蔚雷, 顾卯林. 胆总管探查T管引流术后并发症发生的原因及处理[J]. 肝胆胰外科杂志, 2016, 28(5): 419-420.
- [12] 高骥, 白剑峰. 胆管结石术后胆道镜诊治的临床体会(附592例报告)[J]. 腹腔镜外科杂志, 2016, 21(5): 351-354.
- [13] Lee HM, Min SK, Lee HK. Long-term results of laparoscopic common bile duct exploration by choledochotomy for choledocholithiasis: 15-year experience from a single center[J]. Ann Surg Treat Res, 2014, 86(1): 1-6.
- [14] Phillips E, Berci G, Barber K, et al. The Role of Choledochoscopy: The Eternal Problem of How to Remove a CBD Stone[J]. Surg Innov, 2015, 22(5): 540-545.
- [15] 孙长华, 白剑峰. 腹腔镜胆总管切开取石一期缝合术75例临床分析[J]. 腹腔镜外科杂志, 2014, 19(5): 325-327.

(收稿日期: 2017-03-10)

(英文编辑: 程玉刚)

文章编号: 1009-6612(2017)11-0846-02

DOI: 10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2017.11.846

· 临床经验 ·

腹腔镜子宫肌瘤误剔45例原因分析

朱剑飞

(扬州大学附属医院·扬州市第一人民医院, 江苏 扬州, 225001)

【关键词】 子宫肌瘤; 腹腔镜检查

中图分类号: R713.4 文献标识码: B

子宫肌瘤是妇科常见疾病, 近年腹腔镜子宫肌瘤剔除术成为保留子宫患者首选的手术方式, 但由于种种原因, 腹腔镜子宫肌瘤剔除时会发生误剔除现象, 本文即对此加以总结分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2015~2016年因子宫肌瘤行腹腔镜子宫肌瘤剔除术的55例患者为研究对象, 术中均存在子宫肌瘤误剔除情况。患者33~47岁, 既往体健, 无精神疾病及凝血机制异常史, 因多发性子宫肌瘤, 月经过多, 膀胱、直肠压迫症状等予以手术, 均有手术指征, 且与患方充分沟通后均要求保留子宫, 选择腹腔镜手术。入院后完善相关检查如血常规、凝血功能、心电图等无明显异常, 宫颈细胞学及病毒检查初步排除恶性疾病。

1.2 手术方法 采用全麻, 患者取膀胱截石位, 置入举宫器。分别于脐上缘、麦氏点及左下腹脐与髂前上棘处穿刺5 mm、10 mm Trocar, 常规建立CO₂气腹, 压力维持在12~14 mmHg。探查盆腔, 酌情分离粘连, 找到子宫肌瘤, 缩宫素注射宫体, 切开肌瘤表面, 循其假包膜向内、向下剔除肌瘤, 0号可吸收线缝合瘤腔, 肌瘤经粉碎机绞成条后取出。

2 结果

2.1 误剔除情况

2.1.1 一瘤变二瘤 12例患者术前B超提示单发肌瘤, 但术中腹腔镜下见子宫前壁及后壁均有明显瘤样突起, 此时用单极电凝钩切开单个肌瘤表面, 发现肌层较厚, 向下较深处才发现色白呈球形肌瘤, 剔除肌瘤, 欲再剔除另一个肌瘤时,

发现突起已不明显, 试探性切开原突起表面, 未发现肌瘤痕迹。证实术中见到的两个肌瘤样突起为瘤体偏大或分叶状引起的, 实质上还是单发肌瘤。

2.1.2 缩宫素的影响 8例患者常规于子宫肌层注射缩宫素后见子宫收缩, 表面收缩变紧发白样, 出现疑似小肌瘤样突起, 误以为缩宫素将原本隐藏的小肌瘤暴露出来, 而于突起处表面切开, 结果未能发现肌瘤, 又重新缝合止血等。当缩宫素作用减弱消失后, 术毕发现原先突起并无明显异常, 错误地予以剔除了。

2.1.3 宫角处隆起 本组14例患者腹腔镜下见一侧宫角处明显隆起, 极似肌瘤突起, 而且患者子宫亦有其他数个肌瘤样突起, 切开表面, 出血较多, 但只见肌层, 不见肌瘤病灶, 这与宫角处血运丰富且天然有隆起样外观有关, 部分患者表现尤其明显, 因此错误地予以切开。

2.1.4 子宫腺肌症 本组中9例患者子宫肌瘤与子宫腺肌症并存, 尤其后壁子宫腺肌症病灶多见, 局部亦呈瘤样突起, 表面光滑, 切开表面后发现肌层增厚, 甚至有小紫蓝色病灶点, 但找不到肌瘤, 而腺肌症病灶广泛, 难以彻底切除, 造成误剔除。

2.1.5 剖宫产后粘连导致的肌瘤假象 9例患者有剖宫产史, 且术中见子宫下段与腹膜、部分膀胱表面较致密束带样粘连, 从而引起子宫解剖形态的改变, 使原本应该容易发现的肌瘤突起不明显, 而因为粘连引起的假性突起极似肌瘤样突起, 尤其小肌瘤样突起, 切开后才发现为肌层, 假性变异, 只能再次缝合, 重新剔除。

(下转第858页)

involvement identification in intermediate- to high-risk prostate cancer: a systematic literature review and meta-analysis[J]. *Eur Urol*, 2013, 63(6):1040-1048.

- [10] 管兆龙, 黄源, 柳金良, 等. 即刻辅助内分泌治疗在高危局限期或局部晚期前列腺癌根治性手术后的应用价值[J]. *中华男科学杂志*, 2014, 20(12):1093-1097.
- [11] 袁建林, 秦军. 高危前列腺癌: 以根治性手术为核心的综合治疗策略[J]. *临床泌尿外科杂志*, 2014, 19(9):753-756.
- [12] 韩邦旻. 根治术后即刻给予辅助内分泌治疗局部晚期高危前列腺癌[J]. *现代泌尿外科杂志*, 2011, 16(1):68-69.
- [13] 祁小龙, 刘锋, 张琦, 等. 腹腔镜前列腺癌根治术结合内分泌辅助方法治疗高危前列腺癌的初步研究[J]. *中国内镜杂志*, 2014, 20(9):897-901.

(收稿日期:2017-03-13)

(英文编辑:柳悄然)

(上接第846页)

2.1.6 举宫器错判 3例患者误将举宫器造成的突起当作子宫小肌瘤,多见于后位子宫患者,举宫器顶起的情况下,子宫前壁表面有发白的突起病灶,极似子宫小肌瘤突起,往往切开了发现仅为子宫肌层,无肌瘤。

2.2 预后 术后均常规予以促进子宫收缩、补液等治疗,均恢复良好,无血肿等并发症发生,按期出院。术后病理与术中诊断符合,随访患者无明显不良反应。

3 讨论

随着腹腔镜技术的普及、技术水平的不断提高,妇科腹腔镜的临床应用范围越来越广。子宫肌瘤是女性常见的良性肿瘤,当其体积较小或数量较少时,不会对机体产生不良影响,但体积增大到一定程度或数量过多时,机体常因为瘤体压迫子宫及其附近器官,出现月经过多、尿频、尿急、排尿及排便困难等各种临床症状,对于符合手术指征的子宫肌瘤患者,及时通过手术切除瘤体是十分有必要的。目前腹腔镜子宫肌瘤剔除术是广大女性患者为保留子宫而选择的常见术式。腹腔镜手术具有微创、康复快、痛苦小的优势,术后肠管排气时间、脏器粘连等均较开腹手术明显改善,缺点是多发性肌瘤难以全部剔除,缺乏术者手的直观触摸,容易遗漏、误剔除,而开腹手术中几乎不会发生。这固然与器械操作的缺点有关,也与术者的手术经验与技巧、术前细致准备、对患者病情的评估相关,尤其多发性子宫肌瘤,需引起重视^[1]。

如何避免腹腔镜子宫肌瘤误剔除现象的发生,最重要的是术者应分析发生的原因,针对原因寻找最佳的治疗手段。首先,术者应提高医疗水平,术前充分评估病灶性质、空间位

置、毗邻关系,术中有准确判断,精确的B超定位十分重要。术前患者均接受B超检查,但有的术者并未亲自核对肌瘤位置、大小、数量,过于看重自身手术经验。因此我们建议术前术者必须亲自复核,做到心中有数,必须明确肌瘤位于前壁、后壁、侧壁或单发、多发^[2-3]。其次,术中不能轻易切开子宫肌层,尤其术前提示单发肌瘤但术中出现两个突起时,更应结合B超结果,否则容易切开过深,甚至深达宫腔,创面较大,留下感染隐患等,选择大的、易于操作的突起切开为宜。对于缩宫素引起的假性肌瘤突起,可与未注射前的影像进行对比,如果是不规则的突起,不切开为宜,助手同时亦应提醒;同样对于宫角处的明显突起也是如此,一般不切开为宜,因宫角处血运丰富,且生长较大肌瘤的可能性很小,主要病灶还是在偏离宫角处,因此宁剔除中央病灶、宁少勿多地选择性切开,以减少对正常宫角的破坏与出血^[4-5]。术前需仔细询问病史与体检,合并子宫腺肌症的患者应心中有数,尤其后壁突起,如果错误地切开,难以切除干净、难以缝合,临床效果不佳,得不偿失。举宫器误判,只要切开前让举宫器换个方向,有无真性肌瘤就会明显区别开来,这对于开展初期尤其需要注意鉴别。剖宫产术后粘连引起的解剖变异,必要时先恢复解剖结构,切开致密粘连束带,恢复正常后即容易判断与鉴别了。必要时可行术中B超,虽然麻烦,但减少了误切的几率^[6]。

总之,腹腔镜子宫肌瘤剔除虽非常见,亦非极少见,临床上时有发生,只有术者保持高度的责任心,不断提高技术水平与责任心,术前仔细检查与评估,核对B超,术中辨清解剖结构,不盲目轻易切开子宫,才能减少误别的发生,避免对患者的伤害。

参考文献:

- [1] Taniguchi F, Koike N, Kikukawa T, et al. An evaluation of laparoscopic hysterectomy alone versus in combination with laparoscopic myomectomy for patients with uterine fibroids[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2017, 210:132-138.
- [2] Po LK, Liu GY. Development of Uterine Smooth Muscle Tumour of Uncertain Malignant Potential (STUMP) After Laparoscopic Myomectomy of an Atypical Leiomyoma[J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2015, 22(6S):S231.
- [3] Shah S, Odejinmi JF, Agarwal N. In Laparoscopic Myomectomy, Does a Caseload of 100 Patients During the Learning Curve Produce a Significant Improvement in Performance Measures?[J]. *J Obstet Gynaecol India*, 2016, 66(Suppl 1):422-427.
- [4] Kulkarni MR, Dutta I, Dutta DK. Clinicopathological Study of Uterine Leiomyomas: A Multicentric Study in Rural Population[J]. *J Obstet Gynaecol India*, 2016, 66(Suppl 1):412-416.
- [5] Yang W, Cheng Z, Yu J, et al. Multicentre study to evaluate the clinical effects of laparoscopic uterine artery occlusion in combination with myomectomy to treat symptomatic uterine leiomyomas[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2016, 204:9-15.
- [6] Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future[J]. *Hum Reprod Update*, 2016, 2(6):665-686.

(收稿日期:2017-06-30)