



腹腔镜下良性卵巢囊肿手术50例探讨

腹腔镜手术在妇科疾病诊治中的应用逐渐广泛,已成为良性卵巢囊肿的主要手术方式。然而,腹腔镜手术替代剖腹手术进行卵巢囊肿手术一直存有争论,其焦点是术前如何排除恶性。2003年10月~2004年10月我院采用腹腔镜手术治疗良性卵巢肿瘤50例,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2003年10月~2004年10月采用腹腔镜手术治疗良性卵巢肿瘤50例,年龄18~45岁,平均33.5岁。未产妇11例,已产妇39例。其中单侧40例(80%),双侧10例(20%)。肿瘤直径3~7 cm 20例,8~15 cm 30例。术前诊断根据病史、妇科检查、B超检查、血清AFP及CA125检查,对恶性或可疑恶性肿瘤排除在外。既往有盆腹腔手术史14例(28%)。有高血压病、糖尿病等内科合并症3例。

1.2 手术方法

使用电视腹腔镜手术系统,均采用连续硬膜外麻醉,头低足高截石位,置尿管,经产妇放置举宫器,未产妇不放置举宫器。选择脐轮下缘作皮下环切口长1 cm,插入气腹针,注入CO₂气体,维持腹腔压力12~15 mmHg。脐部置入10 mm套管后放入30°斜面窥镜检视盆腔情况,并在镜子光源直视下避开腹壁血管。分别在耻骨联合上方2~3 cm旁开7~8 cm作10、5 mm切口,即为第2、第3穿刺点,置入组织钳、剪及电切刀等操作器械。常规检查盆腹腔脏器,特别注意大网膜、腹膜及肝脏表面,仔细查看卵巢囊肿及其周围组织,可疑病灶送冰冻病理切片,证实为良性病变后继续手术。卵巢囊肿剥除术:用5或10 mm穿刺式冲洗吸引器在囊肿包膜薄弱处穿刺,反复抽吸冲洗囊肿内容物3次以上,至吸出液色清,以免囊液流入腹腔;镜下仔细分辨正常卵巢组织和囊肿界线,距正常卵巢组织1~2 cm处剪除囊肿大部分,将囊壁与皮质分离,剥出囊肿基底部残余的囊壁,若有营养血管在分离时出血较多,立即使用双极电凝止血后继续分离,直至将囊壁完整剥出。卵巢-卵巢囊肿切除术:双极电凝处理卵巢固有韧带和输卵管系膜后切断,避免骨盆漏斗韧带损伤。输卵管-卵巢切除术:双极分次电凝并剪断卵巢悬韧带,卵巢固有韧带及输卵管峡部及系膜,若囊肿太大(>8 cm)或粘连的巧克力囊肿,穿刺吸出囊液后再双极分次电凝切除。

标本取出:切除标本直接或剪碎后经10 mm的孔中取出。畸胎瘤毛发等组织可以用10 mm大勺钳取出。盆、腹腔清洗:用3~4 L生理盐水反复多次冲洗盆、腹腔,畸胎瘤和巧克力囊肿者用温热生理盐水冲洗,根据患者情况放置腹腔引流条24 h。术后常规使用抗生素3~5 d。

2 结果

50例卵巢良性肿瘤患者,腹腔镜下剥除囊肿全部成功。施行卵巢囊肿剥除术46例(92%),卵巢囊肿切除术

2例(4%)，输卵管—卵巢切除术3例(6%)。手术时间30~120 min，平均58 min。术中出血<20 ml，无中转开腹者，无气栓、出血、感染等严重并发症发生。术后住院4~10 d，平均(5.5±2.6) d。术后禁食与置导尿管6 h，6 h后所有患者离床活动，腹部穿刺孔基本不痛，无需镇痛，胃肠功能恢复不超过24 h，1 d后恢复正常饮食，生活自理。术后第1天体温最高38.6 ℃，最低37 ℃，平均37.5 ℃；第3天体温恢复正常47例(37.5 ℃以下)，占94%。肛门排气时间(1±0.5) d。

本组50例术后病理诊断均为良性卵巢囊肿，其中卵巢巧克力囊肿23例(46%)、良性畸胎瘤10例(20%)、卵巢冠囊肿8例(16%)、黄素囊肿5例(10%)、浆液性囊肿3例(6%)、纤维瘤1例(2%)。

3 讨论

3.1 手术适应证

我国1997年制定了卵巢肿瘤腹腔镜手术的适应证：B超检查为液性暗区、囊壁薄、单房直径<8 cm、CA125测定值在正常范围的良性卵巢肿瘤[1]。近年来，随着腹腔镜技术的发展和普及，术前良恶性肿瘤鉴别能力的提高，卵巢囊肿的腹腔镜手术适应证也在不断扩大。目前，腹腔镜手术已经成为卵巢巧克力囊肿、良性畸胎瘤、单纯性囊肿、上皮性囊肿以及卵巢冠囊肿等良性卵巢囊肿的首选手术方式[2][3]。本文资料有3/5患者超出了上述适应证范围，其中卵巢囊肿直径>8 cm者占60%，最大直径达15 cm。育龄妇女中的绝大多数卵巢肿瘤是良性的。CA125联合盆腔超声检查对卵巢肿瘤术前良恶性的判断有较高的敏感性和特异性。因此，所有行腹腔镜手术的卵巢肿瘤患者应常规监测CA125及彩色B超。本组50例腹腔镜术后均病理证实为卵巢良性肿瘤，与术前诊断一致。因此，我们认为，只要临床医师作认真仔细的术前病史和辅助检查评价，术中准确判断，对于可疑病例及时作术中冰冻病理切片，可以降低腹腔镜手术卵巢恶性肿瘤危险性。国外大样本资料回顾分析认为经过严格的术前病例选择，腹腔镜手术卵巢肿瘤恶性的发生率仅为0.4%~0.7%[4]。

3.2 手术技巧

手术顺利与否影响因素有囊肿大小、粘连程度、囊肿性质、术野暴露程度、囊肿血供情况等。本组病例多数为卵巢巧克力囊肿和良性卵巢畸胎瘤，共占66%(33/50)。卵巢巧克力囊肿多与阔韧带、盆腔侧壁、子宫、输卵管粘连，直径>8 cm先行囊肿穿刺、冲洗，用10 mm组织钳钳夹大块囊壁，维持适当张力，用粘连分离器钝性分离粘连，使卵巢及囊肿完全游离，分离盆腔侧壁粘连时注意保持腹膜的完整性，避免输尿管损伤。辨认正常卵巢组织与囊肿的交界线，直接用剪刀切除部分卵巢及大部分囊壁(2/3~3/4)，找到残余的囊壁与正常卵巢组织的界线，予以完整剥除。卵巢巧克力囊肿患者双侧受累较多，对侧卵巢应作常规探查，必要时用单极电刀作卵巢纵行切开。手术结束用大量生理盐水清洗盆腹腔，尽量减少腹腔残留，降低术后复发。术后24 h放置腹腔引流管引流出血性或浆液性液体，对于盆腔粘连严重、手术创面较大的病例，放置腹腔引流及时排出渗出物，可以减少术后发病率，提高手术质量。

近年的临床验证认为，镜下手术是安全有效的，即使畸胎瘤在术中发生破裂、内容物外溢，也可以反复腹腔冲洗，并无化学性腹膜炎发生[5]。本组囊肿破裂后，用吸引器吸出或用组织钳钳取出溢出物，然后用大量生理盐水冲洗。术后随访患者无不适。

笔者认为先放入手套于卵巢肿瘤下，以防囊液外溢在囊肿剥出后立即放入手套内减少污染；手术钝锐结合的剥离，比单纯的钝性分离更不易损伤卵巢蒂部的血管；及时双极电凝明显的出血点，可以减少出血量，并保持手术野清晰，便于镜下操作，避免因创面广泛渗血积聚或出血多而影响电凝止血的效果。不断提高腹腔镜下操作熟练程度，可减少囊肿破裂例数。囊肿剥出后装入自制的袋中，提至腹壁穿刺孔，拔出10 mm套管，将袋口提出腹壁，刺破或剪碎囊壁，依次取出囊中物注意不要剪破橡胶袋，以免病变组织漏入腹腔。

本组资料表明，腹腔镜手术治疗良性卵巢肿瘤具有手术时间短、术中出血少、术后病率低、恢复快等优点。其价值与安全性取决于正确选择适应证和熟练的手术技巧。

(责任编辑：陈望忠)

参考文献:

- [1]中华妇产科杂志编辑委员会. 妇科内窥镜操作规范(草案)[J]. 中华妇产科杂志, 1997, 32: 267-75.
- [2]郎景和, 冷金花. 妇科腹腔镜的现状和展望[J]. 实用妇产科杂志, 2002, 18: 67-70.
- [3]梁志清. 子宫内膜异位症的腹腔镜手术[J]. 实用妇产科杂志, 2002, 18: 74-6.
- [4]Hulka JF, Parker WH, Surrey MW, et al. American association for gynecologic laparoscopists survey of management of ovarian masses in 1990[J]. J Reprod Med, 1992, 37: 599-602.
- [5]郎景和. 妇科腹腔镜手术的现状、争议和发展[J]. 中华妇产科杂志, 1996, 32: 321-8.

[回结果列表](#)