

· 病例报告 ·

宫颈原位癌合并子宫腺肌病行全子宫切除致肠损伤一例

钟亚娟 张蔚 周琦 易跃雄 郭婉茹 张文婷 李兰玉

患者41岁,已婚。因“宫颈环形电切术后6d,阴道大出血2h”于2010年7月4日急诊入院。末次月经:2010年6月19日。患者2010年5月20日外院体检,液基薄层细胞检测(TCT)示:中度炎症,不能明确意义的非典型鳞状细胞(atypical squamous cells of undetermined significance, ASC-US);超声示:子宫未见占位性病变,环位正常,双侧附件未见包块。遂于2010年6月29日在该院行宫颈环形电切术(loop electrical excision procedure, LEEP),术后给予抗感染等对症支持治疗(具体药名不详)。术后病理检查示:宫颈上皮内瘤样病变Ⅲ(cervical intraepithelial neoplasia, CINⅢ)累及腺体。2010年7月4日无诱因出现阴道大出血,量约150ml,色暗红,伴血凝块,无腹痛、恶心、呕吐,偶发心慌,无其他不适。遂急诊来我院就诊。既往史:2010年6月29日外院LEEP术史,孕4产1,顺产,人工流产3次。查体:T 36.2℃,P 69次/min,R 20次/min,BP 112/96 mm Hg,皮肤黏膜无黄染,浅表淋巴结未及肿大,心肺听诊无异常,腹平软,无明显压痛及反跳痛,肝脾肋下未及,双下肢无水肿。妇科检查:外阴血染,阴道通畅,见少量暗红色凝血块,宫颈可见LEEP术后结痂,由于患者紧张,双合诊不满意:子宫稍增大,前位,活动度欠佳,无压痛,双附件未及异常。辅助检查:2010年5月20日外院TCT示:中度炎症,ASC-US;超声示:子宫未见占位性病变,环位正常,双侧附件未见包块。2010年7月2日外院病理检查示:CINⅢ累及腺体。2010年7月5日我院会诊病理检查示:重度不典型增生,4号切片见原位癌累及腺体。2010年7月5日我院超声示:前位子宫,大小约5.1cm×4.1cm×4.8cm,肌层回声均匀,内膜显示清晰,居中,厚约0.6cm,宫内未见明显局限性异常回声,左、右卵巢大小分别为2.3cm×1.6cm、2.5cm×1.5cm,双侧附件未见明显异常,胸部X线、心电图未见异常。血常规:白细胞 $8.3 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.57,红细胞 $4.4 \times 10^{12}/L$,血红蛋白125g/L。初步诊断:(1)宫颈原位癌;(2)LEEP术后;(3)阴道出血原因待查。

入院后给予止血、抗炎等对症治疗,完善相关检查,做好术前谈话,提供宫颈切除术及全子宫切除术(腹腔镜和开腹)两种方案,患者及家属强烈要求并同意腹腔镜下全子宫切除。遂于2010年7月6日在全麻下行腹腔镜全子宫切除术。术中探查见子宫平位,稍增大,子宫后壁与周围肠管、网膜广泛黏连致密,界限不清,双附件外观正常,试行盆腔黏连分解术,因盆腔黏连广泛致密,腹腔镜下操作困难,创面电凝止血效果不好,分离面小部分肠管浆肌层较菲薄,损伤约2cm,向家属交代术中情况并取得同意后中转开腹,取下腹部横切口,长约10cm,依层次开腹,直视下钝、锐性分离子宫与肠管间黏连,并立即修补腹腔镜下黏连分解术时引起的肠损伤,后顺利切除子宫,标本送病检,腹腔放置引流管一根。因子宫后壁与周围肠管、网膜广泛黏连,腹腔镜分离术中出血较多,约500ml,输同型悬浮红细胞2U,输液2000ml。术后送ICU,心电监护示:BP 105/70 mm Hg,HR 93次/min,R 15次/min,SpO₂ 100%,GCS评分15分,伤口敷料干燥。血气分析示:pH 7.333,剩余碱-6,给予5%碳酸氢钠80ml处理,生命体征平稳后,于2010年7月8日返回病房。术后行抗感染等对症治疗,因术中见肠管黏连严重,腹腔引流管持续引流9d,导尿管持续导尿5d,并禁食,全静脉营养,其中多次给予扩肛治疗,未发生腹胀、腹痛、发热、肠痿。术后病理检查示:子宫腺肌病伴腺肌瘤性增生,增生期子宫内膜,宫颈组织呈重度慢性炎症伴广泛性出血和炎性肉芽组织增生,鳞状上皮轻度增生。术后第13天患者痊愈要求出院并门诊随访,至今未见明显异常。

讨论 本例患者41岁,术前已明确诊断为宫颈原位癌,无生育要求,反复跟患者及家属交代病情后,患者及家属强烈要求切除子宫,但术前超声检查、妇科检查未发现子宫腺肌病,遂决定行腹腔镜下全子宫切除术,术中发现子宫后壁与周围肠管、网膜广泛黏连致密,界限不清,并且分离黏连时损伤肠管浆肌层,中转开腹,并及时修补腹腔镜下分离黏连时损伤的肠管浆肌层,术后给予禁食、全静脉营养、扩肛、抗感染等处理,未发生肠痿。

自20世纪80年代后期第一例腹腔镜下全子宫切除报道后^[1],腹腔镜在妇产科的应用发生重大变化。然而,腹腔镜手术运用的增加,随之而来的就是其并发症的发生率及类型的增加^[2]。其中,肠损伤的发生率从诊断性腹腔镜的0.06%~0.50%增加到治疗性腹腔镜的0.3%~0.5%^[3]。术中黏连松解程度被认为是肠损伤重要因素,而由腹腔镜引起的肠损伤的死亡率高达3.6%^[4]。据报道,肠损伤的解剖学分布为小肠58%、结肠32%、十二指肠11%及胃8%^[5]。

全子宫切除术中一旦发生肠损伤,及时处理及术后干预对患者的预后非常重要,若不能明确术中有无肠损伤、穿孔,应行直肠注气试验确诊,即在盆腔里灌满0.9%氯化钠液体,接着往直肠内注入气体,若水中有气泡溢出,则可确诊^[6]。如发生严重肠损伤,应请胃肠外科医师联合处理,有时可能需要二次手术。一般来说,诊断越晚,肠损伤的发病率和死亡率越高^[7]。本例由于术中早期诊断、及时修补,术后给予禁食、全静脉营养、扩肛、留置腹腔引流管观察引流液性质及抗感染等对症处理,患者未发生肠痿,预后满意。

当黏连阻碍物与腹腔镜探查术和良好的止血技术联合运用时,其可明显有效提高黏连松解成功率^[8]。我国已有报道关于腹腔镜下全子宫切除合并黏连如何减少出血和避免肠损伤的手术技巧:对于子宫后壁黏连严重者,不必先分离黏连,可将附件及圆韧带切断后,下推膀胱腹膜反折,先将子宫血管分离并切断,这样就可以明显减少分离子宫后壁黏连时出血,使分离黏连容易且层次清楚^[6]。如果黏连致密仍不能分离,可将阴道前穹窿切开,将子宫体自阴道前穹窿翻出,这样黏连于子宫后壁的肠管会自然分开。

本例患者术前超声检查未发现子宫腺肌病,由于患者紧张,双合诊不满意,导致手术方案选择不正确,从而延长了患者抗生素治疗及住院时间。

本例也告诫医务工作者,在诊断疾病前,不能仅仅局限于某一个方面,应该多方位考虑,即使是一些症状不典型及体征阴性的患者。当然,更重要的是术者在处理子宫腺肌病合并严重肠黏连时应手法熟练,动作轻柔,尽量减少肠损伤,加强腹腔镜操作技能培训,严格规范操作和术者的腹腔镜手术经验是减少腹腔镜肠道损伤的关键。

参 考 文 献

- [1] Chopin N, Malaret JM, Lafay-Pillet MC, et al. Total laparoscopic hysterectomy for benign uterine pathologies: obesity does not increase the risk of complications. *Hum Reprod*, 2009, 24(12):3057-3062.
- [2] Magrina JF. Complications of laparoscopic surgery. *Clin Obstet Gynecol*, 2002, 45(2):469-480.
- [3] Peterson HB, Huka JF, Philips JM. American Association of Gynecologic Laparoscopists' 1988 membership survey on operative laparoscopy. *J Reprod Med*, 1990, 35(6):587-589.
- [4] van der Voort M, Heijnsdijk EA, Gouma DJ. Bowel injury as a complication of laparoscopy. *Br J Surg*, 2004, 91(10):1253-1258.
- [5] Miranda CS, Carvajal AR. Complications of operative gynecological laparoscopy. *JSLs*, 2003, 7(1):53-58.
- [6] 姚书忠,姜红叶. 腹腔镜子宫手术的相关解剖、手术技巧及并发症防治. *实用妇产科杂志*, 2010, 26(5):324-326.
- [7] Brosens I, Gordon A, Campo R, et al. Bowel injury in gynecologic laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 2003, 10(1):9-13.
- [8] Kruschinski D, Homburg S, D'Souza F, et al. Adhesiolysis in severe and recurrent cases of adhesions related disorder (ARD)-a novel approach utilizing lift (gasless) laparoscopy and SprayGel adhesion barrier. *Surg Technol Int*, 2006, 15:131-139.

(收稿日期:2010-11-18)

(本文编辑:戚红丹)

钟亚娟,张蔚,周琦,等. 宫颈原位癌合并子宫腺肌病行全子宫切除致肠损伤一例[J/CD]. *中华临床医师杂志:电子版*, 2011, 5(4):1212-1213.