

· 临床指南 ·

妇科腹腔镜诊治规范

中华医学会妇产科学分会妇科内镜学组

腹腔镜手术作为一种微创化的手术方式,具有创伤小、恢复快、住院时间短等优点,已经和开腹手术、阴式手术一起成为妇科手术的三大基本技术。

一、腹腔镜手术的适应证与禁忌证

(一)最佳适应证

腹腔镜手术通常作为首选手术方法,能有效地明确诊断并进行相应的处理。

1. 急腹症:如异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转、卵巢囊肿破裂等。

2. 附件包块:如卵巢良性肿瘤、输卵管系膜囊肿、附件炎性包块等。

3. 内异症。

4. 慢性盆腔痛。

5. 不孕症。

6. 其他:如盆腔内异物、子宫穿孔等。

(二)选择性适应证

腹腔镜作为可供选择的手术方法。

1. 子宫肌瘤:在腹腔镜下进行子宫肌瘤剔除术或子宫切除术等。

2. 子宫腺肌病:在腹腔镜下进行子宫腺肌病病灶切除或子宫切除术等。

3. 早期子宫内膜癌、早期宫颈癌、早期卵巢交界性肿瘤及卵巢上皮性癌(卵巢癌)等;在腹腔镜镜下进行肿瘤分期、再分期手术以及早期宫颈癌保留生育功能的手术。

4. 盆底功能障碍性疾病:进行腹腔镜盆底重建手术。

5. 生殖器官发育异常:进行人工阴道成形术等。

6. 妊娠期附件包块。

7. 其他需要切除子宫和(或)附件的疾病等。

(三)绝对禁忌证

1. 严重的心、脑血管疾病及肺功能不全。

2. 严重的凝血功能障碍、血液病。

3. 膈疝。

(四)相对禁忌证

1. 广泛盆腹腔内粘连。

2. 巨大附件肿物。

3. 肌壁间子宫肌瘤体积较大(直径 ≥ 10 cm)或者数目较多(≥ 4 个)而要求保留子宫者。

4. 晚期或广泛转移的妇科恶性肿瘤。

二、腹腔镜围手术期处理

(一)术前准备

1. 术前检查:血常规、血型(包括 Rh 血型)、出凝血时间、肝肾功能、乙型肝炎五项、丙型肝炎抗体、梅毒及 HIV、心电图、胸片、B 超检查。必要时需完成心肺功能、超声心动图、宫颈细胞学、妇科肿瘤标志物、阴道分泌物以及盆腹腔 MRI、CT 检查等。

2. 皮肤准备:按照腹部和会阴部手术常规,特别注意脐部清洁。

3. 阴道准备:术前可酌情阴道冲洗。

4. 肠道准备:手术前 1 d 口服泻药,必要时灌肠或清洁灌肠,术前禁食 6 h 以上。

5. 膀胱准备:排空膀胱,导尿或留置尿管。

(二)术后处理

1. 术后酌情决定进食、下床活动、留置尿管的时间。

2. 仔细监测体温、手术切口、皮下血肿或气肿、排气或排便状况等症候及体征变化,及时发现和处理术后并发症,必要时监测外周血象等指标。

3. 术后上腹部(尤其是膈肋部)以及肩部疼痛一般不需特殊处理,必要时可给予口服止痛药。

(三)围手术期用药

根据手术情况酌情使用抗生素预防感染。

三、腹腔镜手术基本要求

1. 体位:平卧位或者改良膀胱截石位。可放置举宫器及肩托,术中采用头低臀高位。

2. 麻醉:首选全身麻醉。

3. 放置举宫器:对于已婚患者以及复杂腹腔镜手术应放置举宫器,便于手术操作;依据手术的不同,选择不同的举宫装置。

4. 气腹的建立:一般使用全自动高流量气腹机,使用 CO₂ 气体,腹腔内压力维持在 12 ~ 15 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。

5. 切口选择与穿刺套管置入:第一穿刺孔可选择脐部或脐与剑突之间。脐部切口可选择脐轮上、下缘或脐部正中央切口。一般先用气腹针形成气腹后再用直径为 10 mm 的穿刺套管穿刺。在腹腔镜直视下于下腹两侧穿刺置入 2 ~ 4 个直径 5 ~ 10 mm 的穿刺套管,然后进行手术。

四、腹腔镜手术基本操作

1. 手术野的暴露:头低位使肠管移至上腹部,可充分暴露盆腔脏器,借助举宫器摆动子宫可暴露子宫前、后方的组

DOI:10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2012.09.022

通信作者:冷金花,100730 中国医学科学院北京协和医院妇产科,Email:lengjenny@vip.sina.com

织结构,术者或助手用手术器械在腹腔内拨动或提拉相应组织、脏器,必要时分离粘连,以达到有效暴露手术野的目的。

2. 组织切割:可用电刀、剪刀或超声刀等进行组织分离、切割。

3. 组织分离:可依据术中情况分别选择锐性(用分离钳、剪刀、电刀等)、钝性(用剥离棒、吸引器或者“花生米”剥离器)或水压分离法。

4. 打结:体外打结和腹腔内打结。

5. 止血:常用的止血方法有电凝、缝扎以及夹闭血管、纱条压迫等方法。

6. 脏器、组织修复:多采用缝合方法。

7. 组织或标本取出:可通过穿刺套管直接取出;子宫或子宫肌瘤标本可用组织粉碎器逐块切割取出,也可以通过阴道取出。组织标本建议使用标本袋取出。

五、术中监测

术中全面监测血压、呼吸、心率等生命体征;监测脉搏、血氧饱和度及 CO₂ 分压;同时监测术中出血量。

六、腹腔镜手术并发症的预防和处理

(一)腹腔镜手术并发症发生的特点

1. 因腹腔镜为二维影像,视野有局限性,并发症发生概率增加且不易被及时发现。

2. 脏器损伤与穿刺、能量器械使用等相关。

3. 损伤类型可以为机械性损伤或者热损伤。

4. 损伤后腹腔镜的处理比较困难,可能需要开腹手术治疗。

(二)腹腔镜手术并发症的高危因素

1. 第一穿刺套管盲法置入。

2. 二维影像,视野局限。

3. CO₂ 气腹的使用以及头低臀高位。

4. 能量器械的使用。

5. 盆腹腔粘连,肿瘤体积大或者位置特殊。

(三)常见的腹腔镜手术并发症及其防治

1. 出血:包括腹膜后大血管、腹壁血管损伤出血以及手术野出血。腹膜后血管、腹壁血管损伤多为由穿刺引起的机械性损伤;而脏器血管损伤多与手术操作相关。腹膜后大血管损伤是严重的并发症,可能导致患者死亡。(1) 预防措施:掌握穿刺和手术操作技术,熟悉盆腹腔解剖。(2) 治疗措施:如发生腹膜后大血管损伤,建议立即开腹止血,并和相关科室合作处理。

2. 泌尿系统损伤:包括膀胱和输尿管损伤。可为机械性损伤或者热损伤,其中热损伤在术中很难被发现,多为术后 1 周左右出现症状。(1) 预防措施:提高手术技术、术中排空膀胱、必要时术前放置输尿管支架或者术中解剖输尿管。(2) 治疗措施:术中发现及时修补;术后发现者,先行保守治疗,如膀胱损伤放置导尿管引流,输尿管损伤放置双“J”管引流,如果上述治疗措施失败则进行手术治疗。

3. 肠管损伤:包括穿刺造成的机械性损伤,或者术中的机械性、热损伤,其中热损伤在术中很难发现,多为术后出现

症状,出现症状的时间和严重程度与损伤的程度相关。(1) 预防措施:提高手术技术;对高危患者术前强化肠道准备;手术视野不清或者术中发现盆腔粘连严重者,酌情改开腹手术。(2) 治疗措施:根据损伤的情况酌情处理。

4. 气腹相关并发症:包括充气并发症以及 CO₂ 吸收后引起的腹膜局部或全身的酸碱平衡改变。充气并发症包括皮下气肿、气胸及气栓。(1) 预防措施:提高穿刺技术,在形成气腹时,充气速度不宜过快;尽量缩短手术时间;手术结束前充分冲洗盆腹腔;术后尽量排除残余气体。(2) 治疗措施:出现皮下气肿,不需特殊处理;发生气胸时,应立即停止手术,监测 CO₂ 分压、血氧饱和度、气道压力等,并进行胸腔穿刺抽气;气栓很少见,一旦发生可有生命危险。怀疑气栓发生时应立即停止充气,有条件时可进行中心静脉插管,抽取右心房内气体(或进行食道超声检查心脏内气体),其他抢救措施还包括输液、吸氧;出现肩部牵涉性疼痛,一般不需特殊处理,必要时使用止痛药物。

5. 其他并发症:包括麻醉并发症、神经损伤、切口疝及恶性肿瘤切口种植等。

七、妇科腹腔镜手术的分级

(一)一级手术

1. 腹腔镜检查术
2. 输卵管绝育术
3. 盆腹腔组织活检术
4. 输卵管妊娠注药术
5. 轻度盆腔粘连松解术
6. 早期腹膜型内异症病灶烧灼术

(二)二级手术

1. 输卵管妊娠开窗术
2. 输卵管切除术
3. 输卵管造口术
4. 输卵管系膜及卵巢冠囊肿剥除术
5. 单纯卵巢囊肿剥除术
6. 卵巢部分或楔形切除术
7. 卵巢打孔术
8. 卵巢(或)附件切除术(严重粘连者除外)
9. 腹腔游离异物取出术
10. 子宫圆韧带悬吊术

(三)三级手术

1. 子宫全切除及附件切除术或腹腔镜辅助的阴式子宫切除术(LAVH)
2. 子宫次全切除术
3. 子宫肌瘤剔除术
4. 卵巢子宫内异位囊肿剔除术或附件切除术
5. 子宫腺肌病病灶切除术
6. 剖宫产术后瘢痕妊娠病灶切除术
7. 盆腔包裹性积液的手术治疗
8. 中、重度盆腔粘连松解术
9. 盆腔脓肿切开引流术

10. 子宫修补术
11. 残角子宫切除术
12. 子宫骶神经切断术
13. 高位宫骶韧带悬吊术
14. 合并严重粘连的附件切除术
- (四)四级手术
1. 子宫体积 ≥ 12 孕周的子宫全切除术
2. 深部浸润型内异症病灶切除术
3. 合并重度内异症的子宫全切除术
4. 广泛性子官切除术
5. 盆腔淋巴结切除术
6. 腹主动脉旁淋巴结切除术
7. 大网膜切除术
8. 广泛性子宫颈切除术
9. 骶前神经切断术
10. 输卵管吻合术
11. 子宫和(或)阴道骶骨固定术
12. 膀胱颈悬吊术
13. 阴道成形术
14. 双角子宫成形术

15. 中孕期腹腔镜手术

八、跨学科手术

1. 膀胱内异症病灶切除术
2. 肠管内异症病灶切除术
3. 肠管修补术
4. 血管修补术
5. 膀胱修补术

妇科内镜学组成员:中国医学科学院北京协和医院(郎景和、冷金花);首都医科大学附属复兴医院(夏恩兰);首都医科大学附属北京妇产医院(段华);上海长征医院(刘彦);中山大学附属第一医院(姚书忠);广东省佛山市第一人民医院(李光仪);北京大学第一医院(周应芳);浙江大学医学院附属妇产科医院(林俊);首都医科大学附属北京朝阳医院(张震宇);第三军医大学第一附属医院(梁志清);哈尔滨医科大学附属第一临床医学院(卢美松);郑州大学第三附属医院(申爱荣);四川大学华西第二医院(石钢);北京大学人民医院(崔恒);西安交通大学医学院第二附属医院(薛翔);中国医科大学附属盛京医院(王永来);复旦大学附属妇产科医院(林金芳);中南大学湘雅二医院(方小玲)

(收稿日期:2012-06-14)

(本文编辑:潘伟)

· 会议征文 ·

《中华妇产科杂志》创刊 60 周年庆典暨妇产科学高峰论坛征文通知

为庆祝《中华妇产科杂志》杂志创刊 60 周年,展示我国妇产科学和期刊事业发展的成果,《中华妇产科杂志》编委会将于 2013 年 4 月 18—21 日在北京举办以“传承、感恩、超越”为主题的《中华妇产科杂志》创刊 60 周年庆典,同时举办“妇产科学高峰论坛”。

《中华妇产科杂志》创刊 60 周年庆典活动将邀请科技部、卫生部、中科院、中国科协、中华医学会及杂志社和相关专科分会的领导和嘉宾出席,同时,还将邀请为我国妇产科学事业做出贡献的历届编委代表、审稿专家代表、优秀作者代表、读者代表、合作伙伴代表参加,共同见证《中华妇产科杂志》60 周年走过的辉煌历程。

庆典活动之后,《中华妇产科杂志》编委会将举办妇产科学高峰论坛。妇产科学高峰论坛将邀请国内妇产科学界著名的专家、教授就妇产科学中的各亚学科 60 年的发展历程及创新展望进行精彩的演讲。参加本次论坛者将获得中

华医学会继续教育学分 6 分。现将征文的有关事项通知如下:1. 征文内容:产科、普通妇科、妇科恶性肿瘤、生殖内分泌和计划生育等妇产科领域的基础与临床研究的论著性文章。2. 征文要求:(1)中文摘要(500~800 字)1 份,应包括研究目的、方法、结果、结论 4 个部分,文责自负。(2)凡未在全国性公开出版的刊物上发表的论文均可投稿。论文请按文题、单位及通信地址、邮政编码、作者姓名、正文的顺序编排,请以 Word 格式排版并发电子邮件至 zhfcckzz60@163.com。(3)请打印纸版稿件 1 份并加盖单位公章,寄至北京东四西大街 42 号中华医学会《中华妇产科杂志》编辑部,邮政编码:100710。信封上请注明“60 庆妇产科学论坛”字样。联系电话:010-85158211。3. 截稿日期:2013 年 1 月 30 日,以邮戳日期为准,请自留底稿,录用与否恕不退稿。欢迎积极参与、踊跃投稿。