



(12) 发明专利申请

(10) 申请公布号 CN 104473689 A

(43) 申请公布日 2015. 04. 01

(21) 申请号 201410739849. 0

(22) 申请日 2014. 12. 08

(71) 申请人 敖云霞

地址 550000 贵州省贵阳市云岩区北京路 4
号贵医 2006 级学生集体宿舍

(72) 发明人 敖云霞

(74) 专利代理机构 贵阳中新专利商标事务所
52100

代理人 程新敏

(51) Int. Cl.

A61B 18/12(2006. 01)

权利要求书1页 说明书3页 附图1页

(54) 发明名称

一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术

(57) 摘要

本发明公开了一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术,采取术中使用子宫动脉阻断联合垂体后叶素的方法,在腹腔镜子宫肌瘤剔除中可以起到减少出血、降低术后肌瘤复发率的作用,通过临床试验,本研究表明,6 个月后,A、B 两组手术前后性激素水平变化一致,均无明显差异,说明子宫动脉阻断后,卵巢的内分泌功能无明显影响。

组别	n	术中出血(ml)	手术时间(min)	术后住院(h)	术后复发率%
研究组	61	105 ± 30	105 ± 28	21 ± 7	8/61 (13.11)
对照组	65	180 ± 25	97 ± 19	19 ± 9	18/67 (28.30)
		$t = -14.306$	$t = 1.876$	$t = 1.984$	$\chi^2 = 4.06$
		$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

1. 一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术,其特征在于:采取术中使用子宫动脉阻断联合垂体后叶素的方法,在腹腔镜子宫肌瘤剔除中可以起到减少出血、降低术后肌瘤复发率的作用。

2. 根据权利要求1所述的一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术,其特征在于:所述子宫动脉阻断方法包括以下两方面:一种是选择圆韧带、骨盆漏斗韧带及盆壁组成的三角区切开腹膜,沿骨盆漏斗韧带方向剪开腹膜桥,切口长度为3~5cm,向下向外分离暴露髂外动脉及髂外静脉,向内下方分离可见输尿管及髂内动脉,另一种是子宫峡部水平向子宫膀胱反折腹膜方向剪开阔韧带前叶,分离暴露子宫动脉,镜下可见子宫动脉迂曲、有搏动,紧靠子宫,用钛夹双重夹闭子宫动脉。

3. 根据权利要求1所述的一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术,其特征在于:所述子宫肌瘤剔除术过程为单极电钩切开子宫肌层达瘤体,用抓钳提住向上持续用力,同时用分离钳或剥瘤器剥离瘤体表面的假包膜,遇到血管丰富的假包膜及瘤体的根部用PK或双极电凝进行凝切和分离,直至将肌瘤完整的剥出,创面用1/0或2/0可吸收线连续缝合,一般为全层缝合,如果瘤腔较大较深,或者进入宫腔者,分层缝合以消除死腔,子宫旋切器将肌瘤粉碎后取出,送病理检查。

一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术

技术领域

[0001] 本发明涉及一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术,属于临床技术领域。

背景技术

[0002] 随着社会的发展,妇女对自身器官的保留意识越来越强,并且伴随着宫颈疾病诊断与治疗的发展,使得子宫肌瘤的患者保留子宫的可能性增加。目前,以腹腔镜手术为主的微创手术有逐步取代传统开腹手术的趋势。腹腔镜子宫肌瘤剔除术是一个实用性很强的手术,但术中出血多导致视野不清晰增加缝合的难度,术后复发等问题也影响手术的开展。

发明内容

[0003] 本发明的目的:提供一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术,该方法的使用在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中可以起到减少出血、降低术后肌瘤复发率的作用,效果显著,以克服现有技术的不足。

[0004] 本发明的技术方案

一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术,采取术中使用子宫动脉阻断联合垂体后叶素的方法,在腹腔镜子宫肌瘤剔除中可以起到减少出血、降低术后肌瘤复发率的作用。

[0005] 前述的一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术中,所述子宫动脉阻断方法包括以下两方面:一种是选择圆韧带、骨盆漏斗韧带及盆壁组成的三角区切开腹膜,沿骨盆漏斗韧带方向剪开腹膜桥,切口长度为3~5cm,向下向外分离暴露髂外动脉及髂外静脉,向内下方分离可见输尿管及髂内动脉,另一种是子宫峡部水平向子宫膀胱反折腹膜方向剪开阔韧带前叶,分离暴露子宫动脉,镜下可见子宫动脉迂曲、有搏动,紧靠子宫,用钛夹双重夹闭子宫动脉。

[0006] 前述的一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术中,所述子宫肌瘤剔除术过程为单极电钩切开子宫肌层达瘤体,用抓钳提住向上持续用力,同时用分离钳或剥瘤器剥离瘤体表面的假包膜,遇到血管丰富的假包膜及瘤体的根部用PK或双极电凝进行凝切和分离,直至将肌瘤完整的剥出,创面用1/0或2/0可吸收线连续缝合,一般为全层缝合,如果瘤腔较大较深,或者进入宫腔者,分层缝合以消除死腔,子宫旋切器将肌瘤粉碎后取出,送病理检查。

[0007] 由于采用上述技术方案,与现有技术相比,本发明通过临床试验,A组的术中出血量明显少于B组,虽然A组行双侧子宫动脉阻断术占据了一定的时间,但由于术中用于止血以及辨别解剖的时间减少,所以总体手术时间较B组无明显差异,行双侧子宫动脉阻断后,减少了瘤腔出血的机会,所以A组术后病率较B组低,两组肛门排气时间无明显差异,术后,对入组的病例进行6个月的随访,A组肌瘤复发的概率明显低于B组,说明子宫动脉阻断可以控制子宫肌瘤的复发。子宫动脉阻断后,是否会影响卵巢功能是广泛关注的问题,研究表明,6个月后,A、B两组手术前后性激素水平变化一致,均无明显差异。说明子宫动脉阻断后,卵巢的内分泌功能无明显影响。

附图说明

[0008] 附图 1 为研究组与对照组观察指标比较统计图；

附图 2 为手术前后性激素水平的变化比较统计图。

具体实施方式

[0009] 下面结合附图对本发明作进一步的详细说明,但不作为对本发明的任何限制。

[0010] 本发明的实施例：

1 资料和方法

1.1 研究对象及分组

选择 2008 年 8 月～2010 年 8 月收治的子宫肌瘤患者 126 例,所有患者术前行 B 超以及妇科检查明确诊断,患者年龄 21～53 岁,均为已婚或有性生活史,平均(42±4.5)岁,有手术史的 35 例,20 例为剖宫产术,5 例为子宫肌瘤剔除术,3 例为阑尾切除术,3 例为宫外孕手术,4 例为附件囊肿手术,术前行 TCT 检查排除宫颈病变,有不规则阴道流血的患者常规行诊刮排除子宫内膜病变,若 B 超提示肌瘤压迫宫腔并有节育环者术中取环。肌瘤数目从单枚肌瘤到 12 枚不等,最大直径约 9 cm,所有患者均无严重的内科合并症,术前检查未发现有凝血功能障碍等问题,研究组 A 组 61 例行腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,同时行双侧子宫动脉阻断术并使用垂体后叶素,对照组 B 组行常规腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,冠心病、高血压、心脏病患者禁用垂体后叶素,不纳入研究组。

1.2 手术方法

术前完善常规检查,选择月经净后 3～7 d 行手术,采用气管插管全麻,患者取头低足高的膀胱截石位,消毒铺巾,留置导尿,放置举宫器,常规 4 点穿刺,需要的腹腔镜器械有:单极电钩、双极电凝或 PK 钳、持针器、囊肿穿刺针等。

1.2.1 垂体后叶素的使用及子宫动脉阻断术

垂体后叶素 6 U 用 10 ml 注射用水稀释后,在腹腔镜的监视下,用专用囊肿穿刺针选择在宫体部位进行注射,注射后 1～2 min 可见宫体迅速收缩,浆膜面变苍白,肌瘤凸出更明显,子宫动脉阻断术一般有 2 种方法,一种是选择圆韧带、骨盆漏斗韧带及盆壁组成的三角区切开腹膜,沿骨盆漏斗韧带方向剪开腹膜桥,切口长度为 3～5 cm,向下向外分离暴露髂外动脉及髂外静脉,向内下方分离可见输尿管及髂内动脉,如果暴露困难,可以通过牵拉同侧的侧脐韧带,以帮助判断寻找髂内动脉的位置,解剖髂内动脉前支,可见子宫动脉,解剖游离子宫动脉,其形状迂曲,可见搏动,其下方见输尿管穿过。阻断前要求游离子宫动脉长度达到 2.0 cm 以上,使用双极电凝或 PK 刀在腹腔镜直视下闭合子宫动脉,电凝带宽度达到 1.0 cm。也可以于子宫峡部水平向子宫膀胱反折腹膜方向剪开阔韧带前叶,分离暴露子宫动脉,镜下可见子宫动脉迂曲、有搏动,紧靠子宫,用钛夹双重夹闭子宫动脉,对于子宫后壁的肌瘤,如果暴露阔韧带后叶困难可采用第 2 种方法。

1.2.2 子宫肌瘤剔除术

单极电钩切开子宫肌层达瘤体,用抓钳提住向上持续用力,同时用分离钳或剥瘤器剥离瘤体表面的假包膜,遇到血管丰富的假包膜及瘤体的根部用 PK 或双极电凝进行凝切和分离,直至将肌瘤完整的剥出,创面用 1/0 或 2/0 可吸收线连续缝合,一般为全层缝

合,如果瘤腔较大较深,或者进入宫腔者,分层缝合以消除死腔,子宫旋切器将肌瘤粉碎后取出,送病理检查。

[0014] 1.3 观察项目

比较两组的术中出血量、手术时间、术后肛门排气时间及术后病率,并比较术前、术后6个月性激素E₂、FSH、LH的水平(均选择在月经期第2天检测)。

[0015] 1.4 统计学方法

用SPSS 11.0软件进行统计学分析,术中出血量、手术时间、术后肛门排气时间采用t检验,术后子宫肌瘤复发率、术后病率采用 χ^2 检验,术前术后性激素水平比较采用F检验,以 $P < 0.05$ 设定为有统计学意义。

[0016] 2 结果

2.1 两组患者手术情况比较

所有病例均在腹腔镜下完成,无一例中转进腹,无并发症发生,两组相比,手术时间和术后肛门排气的时间差异无统计学意义($P > 0.05$),A组出血量、术后病率均明显少于B组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见附图1。

[0017] 2.2 术后随访情况比较

术后随访6个月,A组子宫肌瘤复发率为4.91%(3/61),B组为16.92%(11/65),两组相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。随访内容还包括术后性激素水平的变化,6个月后复查E₂、FSH、LH水平,两组患者术后6个月的性激素水平和自身术前比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),见附图2。

[0018] 3 讨论

本研究发现,A组的术中出血量明显少于B组,虽然A组行双侧子宫动脉阻断术占据了一定的时间,但由于术中用于止血以及辨别解剖的时间减少,所以总体手术时间较B组无明显差异,行双侧子宫动脉阻断后,减少了瘤腔出血的机会,所以A组术后病率较B组低,两组肛门排气时间无明显差异,术后,对入组的病例进行6个月的随访,A组肌瘤复发的概率明显低于B组,说明子宫动脉阻断可以控制子宫肌瘤的复发,子宫动脉阻断后,是否会影响卵巢功能是广泛关注的问题,研究表明,6个月后,A、B两组手术前后性激素水平变化一致,均无明显差异,说明子宫动脉阻断后,卵巢的内分泌功能无明显影响,有资料表明,子宫动脉阻断术对于合并有子宫腺肌症的患者术后痛经有改善的作用,局部注射垂体后叶素具有显效性,但由于垂体后叶素半衰期短,缺乏持续性,而且由于垂体后叶素对心血管的作用,不宜反复多次使用,而同时行子宫动脉阻断则弥补了这些不足,不但可以进一步优化手术效果,还可以起到减少术后感染、出血、复发的概率,而且还不影响卵巢功能,二者联合使用尤其对于相对困难的腹腔镜下子宫肌瘤剔除术具有很好的实用性,值得推广。

组别	n	术中出血(ml)	手术时间(min)	排气时间(h)	术后病率(%)
研究组	61	105 ± 30	105 ± 28	21 ± 7	8/61 (13.11)
对照组	65	180 ± 25	97 ± 19	19 ± 9	18/47 (38.30)
		$t = -14.396$	$t = 1.876$	$t = 1.984$	$\chi^2 = 4.08$
		$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

图 1

组别	E_2 (mol/L)	FSH/(U/L)	LH/(U/L)
研究组术前	223.12 ± 6.22	10.35 ± 3.02	7.15 ± 2.32
研究组术后	218.46 ± 2.78	9.68 ± 2.25	6.23 ± 1.79
	$F = 0.28$	$F = 1.23$	$F = 1.32$
	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$
对照组术前	192.89 ± 4.56	9.27 ± 2.12	7.65 ± 1.29
对照组术后	197.32 ± 6.23	8.79 ± 1.68	6.91 ± 2.03
	$F = 0.31$	$F = 1.12$	$F = 2.01$
	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$

图 2

专利名称(译)	一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术		
公开(公告)号	CN104473689A	公开(公告)日	2015-04-01
申请号	CN201410739849.0	申请日	2014-12-08
[标]发明人	敖云霞		
发明人	敖云霞		
IPC分类号	A61B18/12		
外部链接	Espacenet SIPO		

摘要(译)

本发明公开了一种改进后的腹腔镜子宫肌瘤剔除术，采取术中使用子宫动脉阻断联合垂体后叶素的方法，在腹腔镜子宫肌瘤剔除中可以起到减少出血、降低术后肌瘤复发率的作用,通过临床试验，研究表明，6个月后，A、B两组手术前后性激素水平变化一致，均无明显差异,说明子宫动脉阻断后，卵巢的内分泌功能无明显影响。

组别	n	术中出血(ml)	手术时间(min)	排气时间(h)	术后随访(例)
研究组	61	105±30	105±28	21±7	8/61(13.11)
对照组	68	180±25	97±19	19±9	18/67(26.90)
		$t=-14.396$	$t=1.876$	$t=1.994$	$\chi^2=4.08$
		$P<0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$	$P<0.05$