

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2007)22-2110-02

## 阴式卵巢肿瘤切除术 53 例手术指针探讨

杨炳, 孙丽君, 黄文霞, 杨誉佳

(遵义医学院附属医院妇产科, 贵州 遵义 563003)

【关键词】卵巢肿瘤 阴道途径 手术

【中图分类号】R737.31 【文献标识码】B

**0 引言** 卵巢良性肿瘤是常见的妇科肿瘤, 对于卵巢良性肿瘤治疗目前主要采取开腹和腹腔镜手术。腹腔镜手术因没有大的手术切口、患者痛苦少、恢复快而成为近年来治疗卵巢良性肿瘤的主要方法。尽管腹腔镜手术为患者带来诸多好处, 但也存在一些不足, 如费用较高, 需全身麻醉及腹腔镜手术特有的并发症如组织气肿、电外科损伤、穿刺套管引起血管及脏器损伤等<sup>[1]</sup>。为此, 我们对符合条件的 53 例卵巢肿瘤患者分别施行了阴式卵巢肿瘤切除术, 并借此对其手术指针进行探讨。

### 1 对象和方法

**1.1 对象** 2005-10/2007-07 因诊断卵巢肿瘤拟行手术治疗而入院的 216 患者, 所有患者均经仔细的盆腔检查, 腹部及经阴道 B 超检查, 血清 CA125, CEA, AFP, ADH, HCG 等肿瘤标志物测定, 必要时行 CT 或磁共振检查。其中, 满足下述条件者 53 例: 盆腔检查, 肿瘤呈囊性、表面光滑、活动、没有结节状突起, 盆腔内未扪及结节状物。腹部及经阴道 B 超检查满足: 包块为液性暗区、边界清楚且包膜完整、有间隔光带、无内外生乳头及结节。血清 CA125 < 35 mU, CEA, AFP, ADH, HCG 等肿瘤标志物在正常范围。所有患者均要求保留子宫, 年龄 25~44(平均 36.2 ± 8.1) 岁, 产次 0~4 次, 5 例患者既往有手术史, 其中 3 例为剖宫产, 1 例为阑尾切除术, 1 例为输卵管切除术, 上述患者均无盆腔炎病史。

**1.2 方法** 采用腰麻和(或)连续硬膜外麻醉, 取膀胱截石位, 常规消毒及导尿。钳夹宫颈前唇向下或上牵引, 将 1:1200 肾上腺素生理盐水注入拟切开的阴道穹窿以分离膀胱宫颈间隙或子宫直肠间隙。如果术前 B 超提示卵巢肿瘤位于子宫直肠陷窝, 则取后穹窿切口; 如提示肿瘤位于子宫膀胱陷窝, 则切开阴道前穹窿, 分离阴道直肠筋膜或膀胱阴道筋膜, 打开反折腹膜进入腹腔。首先显露肿瘤下极并探查其位置、大小、性质及活动度, 以皮钳夹持肿瘤最下缘包膜将其牵至阴道内, 直视下切开肿瘤包膜并完整剥除肿瘤。若肿瘤大, 不能进入阴道, 则用负压吸引器吸出囊内容物, 待肿瘤体积缩小后牵至阴道, 剥除肿瘤并送快速冰冻病理检查。若肿瘤有粘连, 则先分离粘连, 待完全游离后, 再行肿瘤剥除。修剪剩余卵巢 3~0 可吸收线成形卵巢, 勿留死腔, 以防术后感染。若卵巢不适合保留, 如较大的囊性肿瘤, 则暴露、断扎骨盆漏斗韧带、输卵管峡部及卵巢固有韧带, 切除肿瘤后, 探查子宫及对侧附件。2~0 可吸收线连续缝合反折腹膜及阴道壁, 并置 T 管引流。阴道内留置纱布预防出血, 放置气囊导尿管, 手术结束。术后抗

感染治疗 3~5 d, T 管、阴道纱布及导尿管均于术后 24 h 取出, 常规监测患者的体温、血象、肠功能恢复时间及负压引流流量。病理结果为良性肿瘤, 于术后第 3~5 日出院。所有患者于术后 1~2 mo 门诊复查。

**2 结果** 53 例患者手术均获成功, 无一例中转开腹, 亦无邻近脏器损伤。肿瘤大小 5~16(平均 8.2) cm, 肿瘤均为囊性, 肿瘤部位: 单侧 53 例。病理类型: 成熟型囊性畸胎瘤 36 例, 浆液性囊腺瘤 12 例, 黏液性囊腺瘤 5 例。5 例较小肿瘤完整从阴道剥除, 其余均因肿瘤大, 无法牵至阴道内而先负压抽吸囊内容物后再从阴道剥除或切除。手术时间(31.0 ± 7.5) min, 术中出血量(42.0 ± 8.3) mL, 无一例体温超过 38℃, 体温恢复正常时间(1.7 ± 0.5) d, 术后肠功能恢复时间(21.1 ± 9.2) h, 术后 T 引流(10.5 ± 3.0) mL, 术后住院时间(4.4 ± 1.2) d, 无术后病率及并发症。患者均于术后 1~6 mo 每月门诊复查, 阴道切口愈合好, 无明显瘢痕, 手术 2 mo 后同房, 性生活均满意, 与术前无明显区别。

### 3 讨论

**3.1 手术适应证及禁忌证** 临床上出现症状的卵巢恶性肿瘤几乎都属于晚期, 因易于出现盆、腹腔及淋巴结转移而不能采取经阴道途径手术切除。而卵巢巧克力囊肿多与周围组织及脏器致密粘连, 且多合并盆腹腔子宫内异位症, 经阴道途径由于术野局限而不能将之完全清除。据文献报道, 卵巢巧克力囊肿经阴道手术剥除, 术后 2 mo 即有复发<sup>[2]</sup>, 故卵巢巧克力囊肿也不宜采取经阴道途径手术切除。反复发作的盆腔炎性包块及其他粘连性包块也增加手术难度, 增加中转开腹的机会, 增加患者不必要的痛苦。而实性的卵巢良性肿瘤, 如勃勒纳瘤、纯的卵泡膜细胞瘤、纤维瘤在术前很难与恶性肿瘤相鉴别, 故实性肿瘤也不宜采取经阴道途径。因此, 手术指针的正确把握决定了手术的成败, 术前除详细的询问病史外, 均进行阴道及腹部 B 超检查, 了解肿瘤的位置、大小、性质、有无结节状突起、有无内外生乳头及有无腹水, 必要时应做彩色多普勒了解肿瘤的血流阻力指数等, 同时进行血清 CA125, CEA, AFP, ADH, HCG 等肿瘤标志物测定。通过综合分析, 排除卵巢恶性肿瘤、盆腔子宫内异位囊肿及粘连严重的盆腔炎性包块。通过对 53 例患者的总结, 我们认为如果同时满足下述条件: ① 没有反复发作的盆腔炎病史; ② 盆腔检查肿瘤呈囊性、表面光滑、活动、没有结节状突起, 盆腔内未扪及结节状物; ③ 腹部及阴道 B 超检查: 包块外形规则、边界清楚、内为液性暗区、无内外生乳头及结节; ④ 血清 CA125 < 35 mU, CEA, AFP, ADH, HCG 等肿瘤标志物在正常范围。对于满足上述条件的患者采取阴式卵巢肿瘤切除术是安全可靠的。

**3.2 阴式卵巢肿瘤切除术的优点** 通过成功实施 53 例经阴道卵巢肿瘤切除术, 我们认为, 该术式具有许多经腹及腹腔镜手术所不可比拟的优点。首先, 经阴道手术完全避开腹壁, 没有腹壁手术疤痕之嫌, 更符合现代人的健康概念和心理要求; 其二, 卵巢肿瘤由于解剖及重力关系多坐落于盆腔低位, 经阴道前(后)穹窿进入腹腔后, 容易显露肿瘤下极而无需排垫肠管, 几乎没有干扰腹腔脏器; 其三, 该手术操作简便、快捷, 避免了腹腔镜气腹及镜下操作的复杂性; 其四, 腹腔镜下剥离肿瘤易致囊壁破裂, 内容物污染腹腔, 而阴式手术则无需此虑,

收稿日期 2007-10-05; 接受日期 2007-11-08

作者简介: 杨炳, 硕士, 副教授。Tel: (0852) 8608162 Email: yangbing2188@163.com

即使发生破裂,肿瘤内容物只能从阴道流出而易于清除,而不会污染腹腔,其五,由于创伤小,对腹腔干扰小,手术时间短,故术后恢复快,术后病率低,多数患者术后不到24h即可排气。术后约1/3患者体温不超过37℃,无一例超过38℃,术后住院时间明显缩短,3~5d即可出院。最后,因手术无需特殊器械与设备,费用低,易于掌握与推广,适合我国国情。

## 【参考文献】

- [1] 杨慧云. 妇科腹腔镜手术并发症临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2004, 5: 379-380.
- [2] 焦鲁霞, 宋磊, 赵恩锋. 保留子宫的经阴道卵巢良性肿瘤切除术62例报告[J]. 解放军医学杂志, 2004, 29(3): 269-270.

编辑 袁天峰

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2007)22-2111-01

## 以性早熟为临床表现的鞍上蛛网膜囊肿1例

杨建平, 王莹, 彭秋平

(吉安市中心人民医院, 江西吉安 343000)

【关键词】性早熟 鞍上蛛网膜囊肿

【中图分类号】R739.41 【文献标识码】B

**0 引言** 以性早熟为临床表现的鞍上蛛网膜囊肿是一种罕见的颅内占位, 2005-08 我们收治了1例, 通过复习文献资料, 对鞍上蛛网膜囊肿的发生机制、临床特点、诊断、病理、治疗和预后进行总结。

**1 病例报告** 患儿, 男性, 6岁, 主因“声音变粗, 性征发育3mo”于2005-08-19入院。患儿既往体健, 家属发现其声音变粗, 生长发育较同龄儿快, 性器官发育。无头痛, 无恶心呕吐, 无多饮多尿, 无视力障碍及视野缺损, 无肢体活动障碍。入院查体: 神清语利, 查体合作, 双侧瞳孔等大, 直径约2.5cm, 光反应(+)。眼球各向运动充分, 颈无抵抗, 四肢肌力肌张力正常, 未引出病理征, 阴茎发育如成人, 头颅MRI平扫示鞍上、三脑室长T1长T2信号影, 边界清楚, 无强化, 大小约3cm×4cm×5.5cm(图1)。内分泌检查FSH, LH, PRL, cortisol, ACTH, GH, TSH皆正常。入院初步诊断: 颅内占位性病变(三脑室)蛛网膜囊肿, 不排除表皮样囊肿、颅咽管瘤。入院后在全麻下行右额开颅经胼胝体透明间隔间穹隆间入路三室占位切除术。术中见病变呈囊性, 向前突入鞍区, 向后位于中脑导水管上口前缘, 未堵塞中脑导水管, 向两侧堵塞室间孔, 囊壁厚薄不均, 部分粘连, 囊液呈无色透明, 压力不高, 镜下切除大部分囊壁, 打通脑脊液循环。术后病理报告: 符合蛛网膜囊肿。患儿术后一般情况好, 无头痛头晕, 无水电解质平衡紊乱、尿崩等并发症, 内分泌复查无异常, 术后1wk患儿出院, 第二性征发育改善情况有待远期随访。

**2 讨论** 蛛网膜囊肿为少见颅内病变, 患者多数没有临床症状, 但如果囊肿长期对脑组织压迫则产生相应的症状, 如表现为癫痫发作、轻瘫、性早熟, 还可见局部症状, 如眼球突出和头部不对称等<sup>[1]</sup>。

性早熟分为促性腺激素释放激素(GnRH)依赖型和非GnRH依赖型<sup>[2]</sup>。目前认为女孩在8岁以前, 男孩在9岁或9岁半之前出现第二性征发育的表现可以考虑性早熟诊断<sup>[3]</sup>。查阅近20年国内外文献, 以性早熟为临床表现的鞍上蛛网膜囊肿国内尚未报道, 国外Hoffman等<sup>[4]</sup>报道了54例鞍区蛛网膜囊肿, 其中只有8例表现为性早熟(14.8%)。有学者对性

早熟的鞍区蛛网膜囊肿进行了连续病例报道, 20例患者中有4例发生性早熟(20%)<sup>[5]</sup>。Pierre等<sup>[6]</sup>分析了6例继发于鞍区蛛网膜囊肿的性早熟患者, 认为鞍区蛛网膜囊肿发生性早熟的发病机理仍存在争议。我们认为该例蛛网膜囊肿位于鞍区, 向上突入三脑室内, 病变累及下丘脑, 影响下丘脑-垂体-性腺轴(HPGA), 使促性腺功能提前活跃, 因而表现为性早熟。



图1 头颅MRI平面扫描图

鞍上蛛网膜囊肿的治疗措施有: ①经胼胝体囊肿切除<sup>[7]</sup>; ②经皮质-脑室囊肿切除<sup>[8]</sup>; ③额下入路切除或穿通囊肿<sup>[8]</sup>。文献<sup>[9]</sup>报道, 由于脑组织的慢性移位, 即使治疗得当, 囊肿短期内仍无法完全消失, 鞍上蛛网膜囊肿术后仍可有内分泌异常。本例患儿经胼胝体-透明隔-穹隆间入路切除大部分囊壁, 打通脑脊液循环, 近期效果较好, 术后无内分泌异常, CT复查囊肿明显缩小, 第二性征改善, 远期效果有待进一步随访。

## 【参考文献】

- [1] 张玉琪, 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2004: 355-366.
- [2] Iragai C, Stanhope R. Disorders of pubertal development[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2003, 17(1): 41-56.
- [3] Lalwani S, Reindollar RH, Davis AJ. Normal onset of puberty have definitions of onset changed[J]? Obster Gynecol Clin North Am, 2003, 30(2): 279-286.
- [4] Hoffman HJ, Hendrick EB, Humphrey RP, et al. Investigation and management of SSAC[J]. J Neurosurg, 1982, 57: 597-602.
- [5] Brauner R, Pierre K, Kah A, et al. Precocious puberty caused by a suprasellar arachnoid cyst. Analysis of 6 cases[J]. Arch Fr Pediatr, 1987, 44(7): 489-493.
- [6] Pierre Kahn A, Capelle L, Brauner R, et al. Presentation and management of suprasellar arachnoid cysts. Review of 20 cases[J]. J Neurosurg, 1990, 73: 355-359.
- [7] Albright L. Treatment of Bobble-Head Doll Syndrome by Transcallosal Cystectomy[J]. Neurosurgery, 1981, 8: 593-595.
- [8] Pierre-Kahn A, Capelle L. Presentation and Management of Suprasellar Arachnoid Cysts (Review of 20 cases)[J]. J Neurosurg, 1990, 73: 355-359.
- [9] Greenberg MS 著. 赵继宗, 主译. 神经外科手册[M]. 5版, 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 179-180.

编辑 袁天峰

收稿日期 2007-10-11; 接受日期 2007-11-06

作者简介 杨建平. 硕士, 主治医师. Tel: (0796) 8259309