

腹腔镜子宫切除术中输尿管损伤2例临床分析

李成纲¹, 尔雅娜², 李海涛¹

(河北省遵化市人民医院, 1. 外科; 2. 妇产科, 河北 遵化, 064200)

关键词: 腹腔镜; 子宫切除术; 输尿管损伤

中图分类号: R 713.4 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)14-115-02 DOI: 10.7619/jcmp.201314041

输尿管损伤为子宫切除术极少发生的并发症,随着腹腔镜技术的广泛应用,输尿管损伤发生率呈上升趋势。现将本院腹腔镜子宫切除术致输尿管损伤2例病案进行临床分析。

1 临床资料

例1:患者50岁,因子宫腺肌症行腹腔镜辅助下子宫切除术,术中见子宫增大如孕13周大小,形态饱满,质硬,双侧输卵管积水,手术经过较困难,术后留置经阴道腹腔引流管,患者于术后2d排气,但一直诉右侧髂腰区酸痛,排尿正常,阴道引流无液体,于术后3d拔除。当日大量清亮液体自阴道流出,术后4d行美兰稀释液膀胱注入,见阴道内仍为清亮液体流出,术后5d开始阴道流液明显减少,外阴开始肿胀,予补充蛋白及硫酸镁外敷均无好转。术后6d行静脉肾盂造影示:右肾显影延迟,右肾积水,右输尿管扩张,右侧输尿管下段近膀胱壁段见造影剂外渗,不排除输尿管阴道瘘。行输尿管镜检查见右侧输尿管距开口处有一2.5cm破口,输尿管严重水肿。试行右侧输尿管插管失败,左侧输尿管无异常。于当日行经腹右侧输尿管膀胱再植术+双J管置入术中顺利,术后外阴水肿消失。术后2.5个月拔除D-J管,复查静脉肾盂造影肾脏显影良好。

例2:患者50岁,因子宫肌瘤行腹腔镜辅助下子宫切除术,术中见子宫稍大于正常,形态饱满,质硬,双侧输卵管积水,手术经过较顺利,术后10d开始出现右侧腰痛及尿频,术后13d来院检查右肾区叩痛。入院后予抗感染治疗,入院3d开始阴道流水,检查阴道残端局部线结外露,予美兰稀释液膀胱注入,见阴道内仍为清亮液体流出,即行静脉肾盂造影示:右肾盂肾盏轻度积水,右输尿管中上段轻度扩张,右侧输尿管局段(近膀胱壁段)显示不清,不排除输尿管阴道瘘。于入院后第6天行经尿道右输尿管镜检查输尿管双J管植入

术,术后阴道逐渐无流水,术后4个月行输尿管双J管取出术。术后恢复好。

2 讨论

2.1 输尿管损伤原因

首先腹腔镜子宫切除术出现输尿管阴道瘘的原因主要为术中输尿管的电损伤和输尿管的血供受损所致。女性输尿管向前、向下、向内行进过程中,距子宫颈约2.5cm,从子宫动脉后下方绕过,在子宫阴道上部外侧约2cm向前行进,然后斜向内侧,经阴道前面至膀胱底,再斜行进入膀胱^[1]。因此,术中缝扎、钳夹或过分游离输尿管,均有可能造成输尿管的直接损伤或其血液供应受到直接影响。腹腔镜子宫切除术发生输尿管损伤主要有以下原因:术中用双极电凝分离止血时由于解剖层次不清或大面积电凝导致输尿管电凝损伤;术中游离输尿管损伤输尿管鞘膜,引起输尿管的缺血、坏死而形成尿漏;术者经验不足,尤其是手术开展初期,对手术部位的局部解剖不熟悉或术中发生大出血时慌乱钳夹或大块缝扎止血时易损伤输尿管^[2];其次,由于子宫内膜异位症、肿瘤浸润等原因使输尿管发生解剖变异,术中大块钳夹电凝,误认为结缔组织而损伤。因此,手术医师必须重视并熟练掌握局部的解剖关系,对避免副损伤尤为重要。另外:可能与术者所站位置有关,以上2例均发生在右侧输尿管。可能与术者处理左侧子宫血管时电凝器械与组织呈垂直关系,接触点小,热损伤面积小,而右侧则难以做到电凝时器械与组织的垂直关系,继而出现热损伤面积大,因此损伤右侧输尿管机率大于左侧。因此,对于较大的子宫,手术时,更要注意解剖关系、操作技巧。术者应熟知各种器械的性能及热损范围也是至关重要的。在电凝时应遵循“小功率、短时间、轻接触”的原则,尤其在输尿管走行部位^[3]。

2.2 输尿管损伤的诊断

术中极少能发现输尿管损伤,即使术中见输尿管蠕动好,也不能证明输尿管无损伤。往往患者出现腹胀、腰酸或阴道流液时才会引起重视。输尿管损伤致尿液外漏,留置腹腔会影响肠功能,从而出现腹胀;当尿液渗入周围组织,导致周围组织水肿,甚至感染。方法:① 超声检查,了解盆腔内情况及泌尿系统情况;② 美兰稀释液膀胱注入,适合阴道流液病人,检查阴道内液体颜色是否变化,如仍为尿色,则考虑输尿管损伤;③ 静脉肾盂造影,了解输尿管走形及造影剂是否外渗、外渗部位,从而了解输尿管损伤部位;④ 膀胱镜检查,了解输尿管开口喷尿情况及膀胱是否有瘘口;⑤ 肾图检查,了解患肾功能。经过上述检查可有助于诊断输尿管损伤。

2.3 输尿管损伤的治疗

术中发生输尿管损伤,通常采取即时外科修复。然而,手术修复时机和治疗方式选择一直存在争议。有人主张早期修复,也有人主张瘘发生3个月后手术最佳。主张早期修复者认为延期手术可增加引流不畅或输尿管梗阻导致肾功能丧失的危险性,且局部炎症难以控制,瘘管不能自行愈合,患者要经历等待手术过程中漏尿对身体或精神带来的巨大痛苦^[4]。主张早期修复的报道中,成功率86%~100%,不仅减轻病人在等待手术期间精神上和经济上的压力,同时,外科清创也不需要等待时机,延期修复反而增加了操作风险,也因局部组织增生导致操作困难。主张延期手术者认为,手术太早,由于尿外渗引起的组织炎症反应没有完全消失,瘘道周围组织的修复能力差,易导致手术失败。应先做尿道引流,待局部炎症控制,输尿管供血改善后再行修复手术,这样会提高成功率。提倡延期修补的成功率为88%~94%,两者无明显差异。以上2例病案均在输尿管损伤1个月内治疗,效果满意。因此,在病人身

体状况允许的情况下,尽早治疗,也是可行的,这样可以减少病人等待手术过程中漏尿对身体或精神带来的巨大痛苦。对于输尿管损伤的治疗方法有放置输尿管支架管、输尿管修补术、输尿管端端吻合术、输尿管膀胱抗返流再植术、肾造瘘或肾切除术等,还可考虑行肠代输尿管或自体肾移植术,具体选择因视输尿管损伤的时间、程度、患者的一般情况、及患肾肾功能而定。对于病程短、损伤轻、上尿路梗阻不明显的患者,可通过膀胱镜或输尿管镜放置输尿管支架管,保留3~6个月,这样处理可能使损伤小的瘘口愈合,并且具有创伤小、费用低的优点^[5]。

综上所述,妇产科医生应具有高度的泌尿系保护和损伤识别意识,同时应及时与泌尿科医师沟通,以提高修补质量、减少并发症。对于腹腔镜手术要求术者一定要了解解剖学关系,熟练掌握腹腔镜手术技巧,掌握器械的性能及使用方法,术中谨慎操作,遇到突发情况要做到不慌乱,避免大块钳夹电凝,必要时改开腹手术,不要盲目追求微创,从而造成重创。另外,术前根据病人的具体病情充分估计术中难度,必要时术前放置输尿管支架。术后严密观察病人,重视患者主诉,拓宽思路,以快捷的检查手段做出准确的诊断及为病人施行最佳的治疗,最大程度减少病人病痛,减少医疗纠纷的发生。

参考文献

- [1] 梅骅,苏泽轩,郑克立. 泌尿外科临床解剖学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 37.
- [2] 王辅,杜维成. 膀胱阴道瘘并发输尿管阴道瘘诊治研究(附11例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志, 2005, 20(11): 677.
- [3] 马志松,苏悦. 腹腔镜子宫切除术输尿管损伤的预防[J]. 腹腔镜外科杂志, 2012, 17(2): 153.
- [4] 张道新,吴国荃. 输尿管阴道瘘的早期修复[J]. 中华泌尿外科杂志, 1998, 19(1): 20.
- [5] 许海斌,关超,谷明利. 输尿管阴道瘘9例诊治分析[J]. 泸州医学院学报, 2011, 34(1): 56.

(上接第114面)

- [9] 黄晓芳,刘青云,庞战军. 子宫肌瘤患者VEGF、ER及PR的表达及相关性[J]. 现代生物医学进展, 2010, 10(12): 2308.
- [10] 宣自华,李有文,刘海珍,等. 舒尔经片对实验性子宫肌瘤及痛经的作用[J]. 中药材, 2011, 34(5): 768.
- [11] 吴际,程云英. 子宫肌瘤组织雌激素受体及细胞增殖相关抗原与激素及细胞核体关系的探讨[J]. 中华妇产科杂志, 2006, 8(10): 238.
- [12] 徐晔. 探讨米非司酮配伍内美通与长效GnRH-a治疗子

- 宫肌瘤的比较[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2007, 28(19): 2330.
- [13] 孙桂芳,王佩娟. 少腹逐瘀汤治疗原发性痛经的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(11): 1251.
- [14] 代翠婷,李莉. 少腹逐瘀颗粒联合野菊花栓治疗盆腔炎性包块临床观察[J]. 航空航天医学杂志, 2012, 23(7): 867.
- [15] 贺克. 少腹逐瘀丸抗痛经作用机制研究[J]. 河北中医药学报, 2012, 27(2): 3.