

腹腔镜下腹膜代阴道成形术手术体会

冯文, 房瑜, 王维俊, 施绍红, 韩利伟

(徐州医学院附属连云港医院妇产科, 江苏 连云港 222002)

摘要:目的 探讨腹腔镜下腹膜代阴道成形术的手术技巧。方法 腹腔镜下行腹膜代阴道成形术(罗湖术式)治疗先天性无阴道4例,术中以4号丝线将隧道口前庭黏膜与腹膜周缘3、6、9、12点间断缝合4针,留线作牵引用,四点间可吸收线间断缝合数针,以避免阴道口过窄并可以防止支持人工阴道的避孕套填塞时引起下推腹膜卷曲,造成术后出血。结果 4例手术均获成功,手术时间100~115 min,术中出血量10~30 ml,4例术后随访1~8个月;阴道深9~10 cm,均可容阴道窥器插入,阴道黏膜粉红色、湿润、弹性良好;有性生活3例,均满意。结论 腹腔镜下腹膜阴道成形术使手术操作更方便,避免阴道口过窄及术后出血,手术效果良好。

关键词:先天性无阴道;腹腔镜;腹膜;阴道成形术

中图分类号: R713 **文献标志码:** B **文章编号:** 1000-2065(2009)10-0666-02

腹腔镜下腹膜代阴道成形术是近年兴起的术式。我院于2008年7月—2009年5月行腹腔镜下腹膜代阴道成形术(罗湖术式)^[1]治疗先天性无阴道4例,均获成功。现将手术体会报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 4例患者年龄17~40岁,社会性别均为女性,均未婚。临床表现:青春期后无月经来潮,无周期性腹痛。妇科检查:外阴及第二性征发育正常;无阴道,或仅在阴道外口处见一浅凹窝。腹部B超:卵巢大小正常,未见阴道气线。染色体检查为46,XX。所有患者既往体健,无腹部手术史,无腹腔镜手术禁忌证。术前诊断:①先天性无阴道;②始基子宫。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 ①术前3天起做肠道准备,少渣饮食,口服肠道抗生素。②腹膜推进棒(罗氏棒)由深圳市罗湖医院罗光楠主任发明并惠赠,长55 cm,直径1.8 cm,棒头10 cm处弯曲成30°角,距棒尾10 cm处有一0.5 cm的小孔,可插入一长10 cm、直径0.5 cm的同质小棒。③大腿内侧备皮,以备腹膜阴道成形术不能完成,可直接大腿取皮代阴道成形。

1.2.2 手术方法 ①取头低膀胱截石位,气管插管全身麻醉。②腹腔镜探查:脐部及右下腹各置入10 mm套管,左下腹置入5 mm套管,置腹腔镜及操作钳,探查盆腔,了解双侧附件及始基子宫情况,了解双侧始基子宫间索状带与直肠间盆腔腹膜松弛程度。③阴道造穴:在腹腔镜监视下从外阴前庭正中,以22号硬膜外麻醉穿刺针(无针芯)刺入尿道膀胱

与直肠间隙直达始基子宫后方之盆底腹膜外,加压注入含垂体后叶素6 U、肾上腺素0.1 mg的0.9%氯化钠溶液200~350 ml形成水垫,直至腹膜变白、变薄、向盆腔内呈球形隆起,然后边出针边推注,使液体能够很好地扩散、填充于尿道、膀胱和直肠间隙。用中弯钳将前庭黏膜刺破撑开,钝性分离间隙形成可容2~3指的隧道,直达盆底腹膜外,尽量大范围游离盆底腹膜,完成人工阴道隧道。④腹膜阴道成形:将腹腔镜镜头从右下腹10 mm套管插入,扩大脐部切口达20 mm,将直径为18 mm腹膜推进棒从切口伸入盆腔达盆底腹膜下推部位,术者以中、示指从隧道达其顶部腹膜外,引导腹膜推进棒在膀胱与直肠间隙将盆底腹膜向隧道中推进。边推进边游离被推下的腹膜,避免膀胱与直肠被推下,直到在前庭隧道口看到推进棒顶端及腹膜。用4号丝线将隧道口前庭黏膜与腹膜周缘3、6、9、12点间断缝合4针,留线头作牵引用,四点间可吸收线间断缝合2~3针,十字切开推进棒顶端腹膜,将推进棒从新形成的阴道口拉出,但仍留下约10 cm长在新形成的阴道内,其棒尾相当于始基子宫水平。⑤关闭盆底、置入阴道支撑物:恢复镜体于正中位置,在镜下以2-0可吸收线沿始基子宫、输卵管下方盆壁腹膜、同一水平线上的直肠前壁、直肠旁沟腹膜连续荷包缝合形成人工阴道之顶端。从人工阴道抽出推进棒,将避孕套置于新形成的阴道内,内置无菌凡士林纱条做阴道支撑,对合打结所留4号丝线,避免填塞物脱出,阴道口两侧小阴唇以7号丝线外缝2针,基本封闭阴道口。

1.2.3 术后处理 ①抗炎治疗;②外阴擦洗;③术

后 7~10 天拔除导尿管;④术后第 10 天拆线,取出阴道内支撑物,以 0.1% 碘伏冲洗阴道 10 天左右;⑤术后 15 天每日以手指扩张阴道,先用 1 指,渐增加至 2 指;⑥术后 17 天后,每日用阴道模型作阴道扩张,每日 1 次,每次 10~20 min,依次由小号扩至大号。术后 3 个月复查后可行性生活。

2 结果

2.1 手术情况 4 例手术均获成功,手术时间 100~115 min;术中出血量 10~30 ml;无尿道、膀胱、直肠损伤。

2.2 手术效果 术后体温最高 38℃,术后 1 天可进流质及下床活动;术后平均 1 天排气;术后第 10 天拆线后取出阴道内支撑物,阴道宽松,深达 10 cm 左右。术后 15 天进入瘢痕挛缩期,阴道变窄、变浅、变硬,经手指扩张阴道、阴道模型作阴道扩张等处理,术后 3 个月复查,阴道黏膜粉红色、湿润、有弹性,走向符合解剖结构,深 8~10 cm,可容窥器插入。术后随访 1~8 个月,有性生活 3 例,1 例结婚,男女双方均满意。

3 讨论

阴道成形术的术式有 Vecchiotti 阴道成形术、乙状结肠阴道成形术、腹膜阴道成形术、皮肤移植阴道成形术、人工合成组织阴道成形术等^[2]。作为再造阴道内衬的材料,必须具有提供整形效果,较低的维护费用,较少的并发症,长期耐用的功能等特点^[3]。腹膜作为人工阴道的内衬柔软且具有良好的弹性,分泌物类似正常且有满意的性生活^[4]。且近年来渐兴起的腹腔镜腹膜阴道成形术,手术在腹腔镜监视下分离隧道及游离、下推盆底腹膜,解剖层次清晰,可以准确地找到尿道、膀胱与直肠间隙,确定盆底腹膜的游离范围,且腹腔镜手术腹壁没有开腹手术的瘢痕^[1]。廖蔚等^[4]利用结合女性骨盆特点与阴道走向发明的腹膜阴道推进棒,能够将腹膜完整推移至前庭“阴道口”,可降低手术难度,术中出血少。应用腹腔镜的手术特点与腹膜推进棒完成腹膜阴道成形术,以较小的手术创伤取得良好的手术效果,优于其他阴道成形术,值得推广。我们的手术体会如下:

3.1 阴道造穴 ①因体位为头低膀胱截石位,故尿道膀胱与直肠间隙的长轴和水平面有一定的角度,硬膜外穿刺针刺入盆底腹膜外的方向应取水平偏下,这直接影响隧道及日后形成人工阴道的方向、位置,并可预防膀胱、直肠损伤。②硬膜外穿刺针刺入的力度不能过大,否则,直接刺入盆底腹膜可导致手术的失败。③硬膜外穿刺针针头应直达始基子宫后方,至直肠窝的腹膜处,而不是膀胱与始基子宫处腹膜,因为前者较容易下推。

3.2 腹膜阴道成形 充分游离阴道穴顶端腹膜是手术成功的重要步骤。下推腹膜是手术成功的关键,腹膜推进棒即为解决这一问题而设计,其棒头为圆形,最大面积地完整下推腹膜,为减少损伤选择始基子宫后方、至直肠窝的腹膜处,由术者示指引导腹膜推进棒下推方向,将直肠向后推移,避免损伤直肠。下推腹膜完成后在缝合阴道黏膜与腹膜前还必须常规行肛诊检查,避免将直肠与前庭隧道口阴道黏膜缝合在一起。我们以 4 号丝线将隧道口前庭黏膜与腹膜周缘 3、6、9、12 点间断缝合 4 针,留线头作牵引用,四点间可吸收线间断缝合 2~3 针,以避免阴道口过窄,并可防止支持人工阴道的避孕套填塞时引起下推腹膜卷曲,阴道长度变短,以及术后再造阴道黏膜脱落出血。

3.3 关闭盆底、置入阴道支撑物 腹腔镜下关闭盆底腹膜时注意缝合脏器的浆膜层,勿损伤输尿管及直肠。缝合须彻底可靠,以免阴道穹窿顶塌陷。置入阴道支撑物时注意动作轻柔,避免将阴道口腹膜卷入。

参考文献:

- [1] 廖蔚,杜敏,许可可,等.腹腔镜下腹膜阴道成形术[J].中华妇产科杂志,2003,38(5):312-313.
- [2] 高志敏.人工阴道成形术的术式进展[J].现代妇产科进展,2007,16(7):539-541.
- [3] Thomas JG, Brock JW. 3rd Vaginal substitution: attempts to create the ideal replacement [J]. J Urol 2007, 178(5): 1855-1859.
- [4] 廖蔚,杜敏,许可可,等.腹膜推进棒与腹腔镜在阴道成形术(罗湖术式)中的应用研究[C]//2008 全国微创妇科新进展论坛论文集.北京:《中国微创杂志》编辑部,2008:193-197.

收稿日期:2009-06-18 修回日期:2009-09-12

本文编辑:吴进