

AHI > 20 者 8 年病死率可达 37%。因而我们需要对本病给予高度的重视,进行持久的综合研究和干预,让患者及早识别该疾病,了解 OSAHS 的主要表现及其对全身各个脏器的影响,使患者能得到及时明确诊断和有效治疗,可以显著改善预后,有效预防并发症,以提高患者的生活质量和延长寿命。

#### 【参 考 文 献】

- [1] 叶任高,陆再英主编.内科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004:832-836.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸疾病学组.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(草案)[J].中华结核和呼吸杂志,2002,25(4):195-198.
- [3] 韦升利,李金霞,刘吉祥,等.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者术后血脂变化的研究[J].中国耳鼻喉颅底外科杂志,2007,13(5):360-362.
- [4] 黄席珍.阻塞性睡眠呼吸暂停研究进展[J].中华医学信息导报,2007,22(6):13.
- [5] 叶京英,王小轶,韩德民,等.中老年女性阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的社区调查[J].中华耳鼻喉头颈外科杂志,2005,40(8):611-616.
- [6] 侯冬青,王湘富,扬辉红.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的临床流行病学调查及相关因素分析[J].医学临床研究,2006,23(3):297-299.
- [7] Mortimore IL, Marshall I, Wraith PK, et al. Neck and total body fat deposition in nonobese and obese patients with sleep apnea compared with that in control subjects[J]. Am J Respir Crit Care Med, 1998, 15(7):280-283.
- [8] 高华,黄礼年,许启霞,等.睡眠呼吸暂停综合征 116 例临床特点与年龄及肥胖的相关性分析[J].蚌埠医学院学报,2006,31(3):251-253.
- [9] 刘辉国,张珍祥.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征与心血管疾病的联系[J].中华结核和呼吸杂志,2003,26(9):515-516.
- [10] 韩德民.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征研究[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(14):630-631.

【文章编号】1000-2200(2008)04-0456-02

· 临床医学 ·

## 腹腔镜下盆腔腹膜阴道成形术的临床应用

范建灵,张宁芝,肖红,宛杨,张静,王晖

【摘要】目的:探讨腹腔镜下盆腔腹膜阴道成形术的临床应用效果。方法:用水压迫穴法形成阴道腔穴,采用腹腔镜下指引盆腔腹膜,经阴道腔穴游离盆腔腹膜,覆盖腔穴创面。结果:手术时间 80~130 min,出血量 50~100 ml,恢复快,住院时间 9~12 天,临床效果好,人工阴道酷似自然阴道。结论:腹腔镜下盆腔腹膜阴道成形术损伤小,恢复快,接近生理阴道,实用性强,值得推广。

【关键词】阴道疾病/外科手术;腹腔镜术;盆腔;腹膜;阴道成形术

【中国图书资料分类法分类号】R 713.31;R 572 【文献标识码】A

先天性无阴道系双侧副中肾管发育不全或双侧副中肾尾端发育不良所致。病因不明,它既非单基因异常导致,也非致瘤物引起<sup>[1]</sup>。卵巢功能多正常。常合并无子宫,有时合并幼稚子宫。合并始基子宫伴有周期性腹痛者,术中要行始基子宫切除。人工阴道成形术的方法有多种。2005 年 2 月~2007 年 2 月,本院选择先天性无阴道无子宫者 5 例,采取腹腔镜下盆腔腹膜阴道成形术。现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组年龄 19~30 岁,3 例未婚,2 例已婚;有男朋友 2 例。临床表现:均为原发性闭经,无周期性下腹痛史。妇检:盆腔中央空虚,女性第二性征正常,相当阴道口处可见处女膜环 3 例,指压深约 2~4 cm。均为首次手术。

1.2 术前特殊检查项目 (1)染色体检查:排除两性畸形和性腺发育不全。(2)静脉肾盂造影:排除

泌尿系畸形。(3)妇检:肛诊及 B 超检查,了解有无子宫,估计手术成功率。(4)内分泌测定:了解卵巢功能。

1.3 手术方法 术前 3 天每天冲洗外阴 1~2 次。无渣饮食,并口服诺氟沙星 0.2 g,每天 3 次,作好肠道准备。采用气静麻醉。取膀胱截石位。于脐孔正中切一小口 1.2 cm, trocar 穿刺充气,使 CO<sub>2</sub> 腹压达 15 mmHg,再取下腹两侧各一小穿刺孔 0.5 cm,探双附件发育正常,附件近端各有一肌性结节,中间有条索状韧带相连。盆腔腹膜松弛度良好,盆腔无粘连。自相当于阴道口中央部,用 9 号穿刺针平行进入尿道膀胱直肠间隙,注入 1:1 000 肾上腺素生理盐水,边注边推,由前往后,使局部渐渐膨隆。一般进针 4~5 cm 停止,继续注入液体,共约 60~90 ml。从阴道前庭正中作一横弧形 3~4 cm 切口,钝、锐性分离,形成宽约 3 横指、深 10 cm 左右的腔穴,此时用小拉钩上下拉开穴壁,CO<sub>2</sub> 腹压调至 20 mmHg,借助腹腔镜光源,可见呈球形膨出的腹膜,有时内见透亮腹腔积液晃动。借助腹内压使盆腔腹膜有一定的张力,钝锐性分离膀胱、直肠腹膜间隙和侧盆壁腹膜,

【收稿日期】2007-02-02

【作者单位】安徽省阜阳市人民医院 妇产科,236000

【作者简介】范建灵(1970-),女,主治医师。

使游离面腹膜足够大,能完全覆盖穴壁。横形剪开腹膜顶端,用 2-0 可吸收线间断“u”字缝合腹膜切缘与前庭黏膜 1 周,使腹膜覆盖外口,创面光滑。上下小拉钩拉开人工阴道,自上向下塞满凡士林纱布,长约 10~12 cm,防止漏气。重新充气,腹压达 15 mmHg,用 1-0 线镜下缝合膀胱顶部浆膜层、两侧始基子宫肌性结节、直肠浆膜层及侧盆壁腹膜 1 周,打结要紧。或阴式缝合上述组织。本文 5 例,镜下缝合 2 例,阴式缝合 3 例。探盆腹腔无异常损伤、出血,排余气,撤除器械。4 号丝线间断缝合脐孔切口筋膜,创可贴盖腹壁穿刺孔。4 号丝线间断缝合小阴唇 2 针,防止阴道纱布脱落,另外也防污染。开口纱盖外阴,丁字带固定。

1.4 术后治疗 (1)术后 12 h 流质,第 1 天下床活动。(2)抗生素防感染。多选用氧哌嗪或喹诺酮类,使用 $\leq 5$ 天。(3)术后 5 天拔尿管,拆除阴唇缝线,取出凡士林纱布,见阴道顶端为盲端,黏膜面光滑,外口基本愈合。用醋酸氯己定液冲洗阴道,30 ml 注射器外壳(剪去乳头)外套避孕套,上涂 VitE 油剂、红霉素软膏,填充阴道,胶布交叉固定。每日同上法更换一次模具。至阴道外口愈合,并教会本人会更换模具再出院。术后 1 个月改每晚放入,次晨取出,术后 3 个月可结婚。未婚者,每晚放入,直至结婚。

## 2 结果

腹腔镜下盆腔腹膜阴道成形术的时间为 80~130 min,术中出血 50~100 ml,术后住院 9~12 天。本组 5 例手术均成功。无一例副损伤。

5 例出院时检查,人工阴道长度 8~10 cm,宽度容 2~3 横指。随访 0.5~1 年,窥阴器检查见阴道黏膜光滑、湿润、软、粉红色,酷似生理阴道。2 例术后半年结婚,性生活双方满意。

## 3 讨论

腹腔镜下盆腔腹膜阴道成形术的改进要点:(1)阴道成形术时,由于尿道膀胱直肠隔较薄,界限不清,造穴时损伤机会增加<sup>[2]</sup>。采用水压法,不仅可减少出血,而且降低了副损伤。若有助手的手指伸入直肠指引,则损伤机会更少。手术时间也明显缩短。(2)造穴时采用腹腔镜光源向下照射指引,更易辨认盆腔腹膜,更有利于腹膜的游离,此时腹压调至 20 mmHg,使腹膜呈球形隆起,增加了腹膜的张力。可准确找到尿道膀胱、直肠间隙,确定盆底腹膜的游离范围。但要避免膀胱、直肠损伤。我们的体会是游离腹膜要足够长,防止日后腹膜片卷入,致阴道口瘢痕挛缩和狭窄。缝合阴道口时,采用“u”

字间断缝合,使腹膜覆盖创缘,不仅防止了阴道口狭窄,同时也提高性生活质量。(3)腹膜具有吸收、分泌、防御的功能,愈合能力强,接触面光滑,所形成的阴道柔软、湿润,弹性好,外观接近自然阴道。是较为理想的阴道成形术式。(4)关于阴道顶端封闭,我们采用了镜下缝合打结 2 例,阴式缝合 3 例,而后者方法简单,易于操作。术中要注意的是,缝膀胱浆膜、直肠浆膜层时,不宜过深,防止穿透黏膜和损伤输尿管,打结要紧,使阴道顶端和盆底腹膜化,防止疝形成。术后保持大便通畅,避免腹压增加,正确使用阴道模具。术后 3~6 个月人工阴道形成,腹膜与周围组织黏合形成腹膜化,阴道顶端封闭。此时阴道宽松,长度 $> 10$ cm,术后 3 个月可进行性生活。未婚者,每晚上模具 1 次,次日取出。(5)既往多为腹阴联合手术,对患者损伤大<sup>[3]</sup>,而腹腔镜下手术,患者不需开腹、拆线,避免了腹壁瘢痕以及开腹所致的肠粘连等并发症<sup>[4]</sup>。另一方面,有效缓解了手术及腹壁瘢痕带给患者的身体痛苦和心理压力,婚后双方不会造成心理障碍。(6)由于腹腔镜的微创技术,结合腹膜作为重建阴道覆盖物的理想材料,在镜下与阴道手术联合,完成腹腔镜腹膜阴道成形术,大大缩小了创伤,并且克服了传统手术方法的缺点(损伤大、手术时间长),手术简单(尤其阴式缝合阴道顶端),安全,时间短,出血少,术后恢复快,以小的创伤赢得了好的效果。

到目前为止,我院的术式与其他医院相比有所不同:(1)我院 5 例采用腹部切口 2~3 个,脐部切口长 1.2 cm,外院腹部切口 4 个,脐切口 2 cm。(2)外院采用盆底腹膜下注水,以利游离腹膜。然后使用特制的腹膜推进器下推腹膜至阴道外口。我们采取横形切开游离腹膜,下牵至阴道外口,不需使用腹膜推进器,方法更简单。(3)关于阴道顶端形成,本院采用镜下缝合打结,而外院采用镜下缝合,腔外打结。对先天性无阴道无子宫施行腹腔镜下盆腔腹膜阴道成形术,是一种理想术式。腹部穿刺孔 2~3 个,更加微创,若阴道顶端采用阴式缝合法,大大降低了手术的难度,使该术式在临床上可进一步推广应用。

### 【参 考 文 献】

- [1] 葛秦生,连利娟. 生殖内分泌与妇科疾病诊治手册[M]. 北京:科学技术文献出版社,2002:165-166.
- [2] 廖蔚,杜敏,许可可,等. 腹腔镜腹膜阴道成形术的临床研究[J]. 中国临床医学,2005,12(5):873-875.
- [3] 曹泽毅主编. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:1306-1307.
- [4] 刘彦. 实用妇科腹腔镜手术学[M]. 北京:科学技术出版社,1999:7-9.
- [5] 冷金花,郎景和,李华军. 腹腔镜下盆腔腹膜移植阴道成型术[J]. 中华妇产科杂志,2004,39(12):844-845.