

长度应不小于贲门上 10 cm。我们认为游离下段食管 8~10 cm 已足够,但应重视高位食管支尤其异位高位食管支的寻找,不宜过多游离食管,以减少吻合口漏和狭窄发生的可能。借助吻合器行经腹 Sugiura 手术临床效果较好,使经腹用自动吻合器行食管下横断术有取代贲门周围血管离断术的趋势。

在改良的 Sugiura 手术中我们做了几点改进:①进腹常规先结扎脾动脉,后行原位脾切除;避免了脾脏翻动过程中的出血,尤其是脾膈之间存在粘连时对减少出血更为有效。对于巨脾患者可先经脾动脉注射肾上腺素,使大量脾脏内血液回流,脾脏变小。②采用选择性贲门

周围血管离断术,在游离下段食管时,仅离断处理胃底、食管支曲张静脉,重视高位食管支尤其异位高位食管支的寻找。③可靠吻合食管吻合口,如有疑问,即予加强缝合。④经胃幽门环前壁切口行食管下横断吻合及幽门成形术,以利于术后胃排空。⑤术后早期积极的支持治疗、纠正低蛋白血症、消除腹水、防治肝性脑病是保障手术成功的重要因素。

参考文献

- [1] 关伟,张秀军,刘增会. 门脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血的双介入治疗. 中国危重病急救医学, 2005, 17(3): 160.
- [2] Hassab MA. Nonshunt operations in portal hypertension without cirrhosis. Surg Gynecol Obstet, 1970, 131(4): 648-654.

[3] Mathur SK, Shah SR, Nagral SS, et al. Transabdominal extensive esophago-gastric devascularization with gastroesophageal stapling for management of noncirrhotic portal hypertension: long-term results. World J Surg, 1999, 23(11): 1168-1174.

[4] Sugiura M, Futagawa S. Esophageal transection with paraesophagogastric devascularizations (the Sugiura procedure) in the treatment of esophageal varices. World J Surg, 1984, 8(5): 673-679.

[5] Sugiura M, Futagawa S. A new technique for treating esophageal varices. J Thorac Cardiovasc Surg, 1973, 66(5): 677-685.

(收稿日期: 2009-06-23)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

子宫颈巨大肌瘤 10 例诊治体会

宋引兰

(山西省夏县人民医院妇产科, 山西 夏县 044400)

【关键词】 子宫肌瘤; 宫颈; 诊断; 治疗

中图分类号: R711.74

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.01.022

宫颈肌瘤发生率占全部子宫肌瘤的 2.4%~7.0%, 而巨大宫颈肌瘤更为少见^[1]。由于宫颈特殊的解剖部位将其周围组织和器官推挤至腹腔, 致使解剖位置发生变化, 给宫颈肌瘤的诊治带来相当大的困难。本院 2003 年 1 月至 2007 年 12 月收治 10 例子宫颈巨大肌瘤患者, 现就临床诊治体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 10 例患者的年龄 41~52 岁, 均已婚已育; 发病时间 3~8 年。

1.2 临床表现: 10 例患者均有不同程度的尿频、尿急、排便困难、便秘和压迫症状。体检: 下腹部可触及实性、质硬、边界清晰的包块。妇科检查见宫颈移位、变形, 有 2 例无法暴露宫颈口; 子宫颈部位可触及质硬、活动欠佳的实性包块; 7 例可触及宫体, 与包块推移同步; 3 例因宫体被推挤至包块后上方而难以触及。超声检查均可见宫体下方有 1 个巨大的、实质性的低回声包块, 周边血流不丰富。

1.3 结果: 10 例患者均为单发宫颈肌瘤, 均在持续硬膜外麻醉下经腹行全子宫切除术, 手术时间 110~210 min; 肌瘤

直径 15~28 cm, 有 2 例输尿管积水。术中出血 200~600 ml, 均未输血; 病理证实为子宫颈平滑肌瘤。

2 讨论

巨大宫颈肌瘤的治疗原则以经腹手术治疗为主, 但是否切除子宫, 需依据患者的年龄、有无生育要求及肌瘤大小、部位等因素综合分析决定^[2]。因巨大宫颈肌瘤堵塞小骨盆, 使子宫及其阔韧带变形, 邻近器官解剖结构位置变异, 输尿管、膀胱及肠管的损伤机会增加, 且术野难以暴露, 手术难度大大增加。

手术时, 因巨大宫颈肌瘤将膀胱推至较高位置, 应注意在较高位将腹膜分离并将膀胱下推至较低位置后, 再尽量靠近切口上端切开腹膜, 以免损伤膀胱, 尤其是宫颈前壁巨大肌瘤更应小心。进腹后, 在决定手术范围前, 先要认清肌瘤与子宫及周围器官的解剖关系。①处理输尿管: 肌瘤向主韧带两侧生长, 常使输尿管与宫颈间的间隙消失, 输尿管紧贴于肌瘤表面, 应显露清楚输尿管后再行切除术, 必要时打隧道分离输尿管以利防护, 避免损伤, 其损伤的预防应贯穿于手术的始终。②处理直肠: 处理肌瘤后壁时要先推离直肠至瘤体下极, 使肌瘤

与周围组织全部游离。③处理血管: 肌瘤大, 血运丰富, 瘤体血管明显增粗, 子宫动、静脉移位变形, 特别是子宫静脉扩张易撕裂破裂, 造成难以控制的出血。应注意及时结扎血管, 以免出血、渗血影响手术视野及增加损伤。

由于巨大宫颈肌瘤嵌顿盆底, 手术野不易暴露, 宫颈部位的组织特别肥厚, 夹切宫颈组织时困难很大, 按常规的子宫颈切除术步骤难以进行。故大多学者主张先行肌瘤剔除, 然后再按常规操作切除子宫, 可减少手术损伤的发生。本组 10 例均为先剔除肌瘤, 再行子宫切除, 无一例损伤。

总之, 巨大宫颈肌瘤由于周围器官解剖位置变异, 瘤体大, 术野显露困难, 手术难度大, 手术损伤几率大。术中应小心操作, 仔细、谨慎, 以减少出血, 避免各种损伤的发生, 确保手术安全。

参考文献

- [1] 乐杰, 谢幸, 丰有吉. 妇产科学. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 295.
- [2] 蒋仕祥. 44 例宫颈肌瘤手术探究. 中国妇幼保健, 2007, 22(2): 226-227.

(收稿日期: 2009-11-02)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 宋引兰 (1962-), 女 (汉族), 山西省人, 副主任医师。