

[文章编号] 1000-2200(2007)06-0654-03

不同术式子宫切除术 404例临床分析

王文艳¹, 朱 兰²

[摘要]目的: 评价腹腔镜子宫切除术(LH)、开腹子宫切除术(TAH)、阴式子宫切除术(TVH)3种术式的临床效果。方法: 回顾性分析各种术式子宫切除术404例的手术时间、出血量、并发症及术后恢复情况等。结果: TAH组手术时间、出血量、住院时间与LH组和TVH组差异均有统计学意义($P < 0.01$)。LH组手术时间与TVH组差异有统计学意义($P < 0.01$), 而出血量、住院时间与TVH组差异均无统计学意义($P > 0.05$)。3组手术并发症发生率差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 3种术式均为子宫切除的有效术式, 各有利弊, 应根据医师和患者的具体情况选择适宜的术式。

[关键词] 子宫切除术; 腹腔镜术

[中国图书资料分类号] R 713.42

[文献标识码] A

Clinical analysis of different operative patterns of 404 hysterectomies

WANG Wenyan¹, ZHU Lan²

(1. Department of Gynecologic Oncology, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Peking Union Medical College Hospital,

Peking Union Medical College, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China)

[Abstract] Objective: To evaluate the clinical efficacy of three different operative patterns of hysterectomy including laparoscopic hysterectomy (LH), transabdominal hysterectomy (TAH) and transvaginal hysterectomy (TVH). Methods: A retrospective analysis on 404 patients undergoing hysterectomy was carried out including the operating time, the bleed volume, the complications and the postoperative recovery. Results: The operating time, the bleed volume and hospitalized time in TAH group were longer and greater than those in LH group and TVH group ($P < 0.01$). The operating time was also longer in LH group than in TVH group ($P < 0.01$). It could be found that there was significant difference in surgical complications among the three groups ($P < 0.05$). All patients recovered well postoperatively. Conclusions: The three operative patterns are ideal for hysterectomy. Optimal choice for patients to undergo hysterectomy should depend on idiographic clinic circumstance such as patient condition and preference, the gynaecological surgeon's skills and so on.

[Key words] hysterectomy; laparoscopy

子宫切除术是治疗妇科疾病的常见手术方式。早在公元前5世纪的希波克拉底年代就有子宫切除的文献记录, 但直到19世纪子宫切除的技术才取得显著的进步^[1]。目前, 子宫切除术式主要有腹腔镜子宫切除术(laparoscopic hysterectomy, LH)、开腹子宫切除术(transabdominal hysterectomy, TAH)和阴式子宫切除术(transvaginal hysterectomy, TVH)^[2,3]。为了评价3种术式的临床效果, 现将北京协和医院2006年1~11月符合子宫切除术指征、经不同手术路径行单纯子宫切除术的404例的临床资料进行回顾性分析, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 404例均已婚已育, 其中子宫肌瘤

189例, 子宫腺肌症52例, 宫颈重度不典型增生、原位癌85例, 子宫脱垂78例。其中LH 84例(LH组), 年龄35~56岁, 子宫大小孕2.5~5个月; TAH 207例(TAH组), 年龄39~58岁, 子宫大小孕3~6个月; TVH 113例(TVH组), 年龄37~55岁, 子宫大小孕2.5~4个月。3组患者年龄及子宫大小差异均无统计学意义($P > 0.05$)。404例中有各种腹部手术史者56例(LH组11例, TAH组32例, TVH组13例)。

1.2 手术方法 采用硬膜外麻醉或气管插管全身麻醉。LH组术前无菌橡胶手套内填塞纱布自制阴道模具于阴道内同时放置举宫器, 腹腔镜下电凝电切双侧卵巢固有韧带、卵巢及圆韧带, 打开膀胱返折腹膜, 下推膀胱后电凝电切双侧子宫动静脉、主韧带、宫骶韧带, 环形切开阴道, 腹腔镜下可吸收线缝合阴道残端后从阴道取出子宫。TAH组采用传统的开腹手术方法, 腹部瘢痕者梭形切除原瘢痕作切口, 无瘢痕者采用耻骨上3cm横切口长8~10cm, 断扎双侧圆韧带、卵巢固有韧带、卵巢, 打开膀胱返

[收稿日期] 2007-01-23

[作者单位] 1 蚌埠医学院第一附属医院 妇瘤科, 安徽 蚌埠 233004; 2 中国医学科学院、中国协和医科大学、北京协和医院 妇产科, 北京 100730

[作者简介] 王文艳(1978—), 女, 博士研究生, 住院医师。

折腹膜,下推膀胱后断扎双侧子宫动静脉、主韧带、宫骶韧带,环形切开阴道取出子宫,可吸收线缝合阴道残端。TVH组在宫颈外口膀胱沟稍下方处环形切开阴道黏膜,分离宫颈与膀胱、直肠之间的疏松结缔组织,逆行向上断扎子宫主韧带、宫骶韧带,打开子宫前后腹膜返折,钳夹断扎子宫动静脉、圆韧带、卵管及卵巢固有韧带,从阴道取出子宫,经阴道可吸收线缝合阴道残端。IH组和 TVH组在子宫较大、取出困难时,采用子宫对半切开、子宫挖核等方法缩小子宫体积,取出子宫^[4]。IH组和 TVH组术中均无中转开腹手术病例。3组术后均予二联抗生素预防感染,应用 3天。

1.3 统计学方法 采用方差分析和 χ^2 检验及秩和检验。

2 结果

2.1 手术时间和术中出血量 IH组与 TAH组手术时间和出血量的差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); IH组与 TVH组手术时间差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 两组出血量差异无统计学意义 ($P > 0.05$); TAH组与 TVH组手术时间和出血量差异均有统计学意义 ($P < 0.01$) (见表 1)。

表 1 各组患者手术时间与术中出血量比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)
IH组	84	88 ± 20	85 ± 22
TAH组	207	105 ± 24**	119 ± 30**
TVH组	113	72 ± 18 $\Delta\Delta$	82 ± 21 $\Delta\Delta$
F	—	86.86	94.23
P	—	< 0.01	< 0.01
MS _{组内}	—	469.187	685.096

χ^2 检验: 与 IH组比较 ** $P < 0.01$; 与 TAH组比较 $\Delta\Delta P < 0.01$

2.2 术中、术后并发症 IH组术中膀胱损伤 1例, 输尿管损伤 1例, 术中并发症发生率 2.4%; 术后阴道出血 1例, 术后并发症发生率 1.2%。TAH组术中膀胱损伤 1例, 术中并发症发生率 0.5%, 术后无阴道出血。TVH组术中术后无一例并发症。3组并发症发生率差异有统计学意义 ($H_c = 7.36$, $P < 0.05$)。所有病例术后病理证实均为良性病变或癌前期病变。

2.3 术后恢复情况 3组术后平均体温均未超过 38℃, IH组术后体温与 TVH组差异无统计学意义 ($P > 0.05$); TAH组术后体温与 IH组和 TVH组差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。IH组术后住院时间与 TVH组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。TAH组术后住院时间与 IH组和 TVH组差异均有统计

学意义 ($P < 0.01$) (见表 2)。

表 2 各组患者术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	术后体温 (°C)	术后住院时间 (d)
IH组	84	37.3 ± 0.3	4.5 ± 0.8
TAH组	207	37.7 ± 0.5**	5.6 ± 0.5**
TVH组	113	37.4 ± 0.3 $\Delta\Delta$	4.4 ± 0.6 $\Delta\Delta$
F	—	35.81	187.70
P	—	< 0.01	< 0.01
MS _{组内}	—	0.172	0.361

χ^2 检验: 与 IH组比较 ** $P < 0.01$; 与 TAH组比较 $\Delta\Delta P < 0.01$

3 讨论

3.1 不同子宫切除术式的评价 Gary等^[3]通过对英国和南非 28个医疗中心, 1380例进行子宫切除手术患者前瞻性研究发现, 经腹腔镜子宫切除手术与开腹子宫切除手术相比, 前者出现并发症的几率明显增高。本组资料显示, IH组手术并发症发生率明显高于 TAH组, 与 Gary等^[5]的研究结果一致。IH手术是在腹腔镜辅助的阴式子宫切除术 (LAVH) 上的进一步发展, 它减少了 LAVH术式中经阴道断扎宫骶韧带、主韧带及子宫动静脉的手术操作步骤, 纠正了经阴道手术野小、解剖结构不易暴露、组织粘连分离困难的缺点; 但因为 IH对腹腔镜手术者的手术技术要求较高, 学习周期较长, 初学者在进行 IH手术时易出现膀胱输尿管损伤的并发症, 目前尚未在国内广泛开展。北京协和医院开展 IH手术 4年, 本研究中出现的 1例膀胱损伤为两次剖宫产手术史合并子宫内膜异位症的患者; 1例输尿管损伤为重度子宫内膜异位症患者, 术后静脉肾盂造影提示左侧输尿管下段少量造影剂外溢, 给予患侧输尿管留置 D-管保守治疗 3个月后治愈。术后出现阴道大出血需要治疗的 1例为术后 28天剧烈活动的患者, 给予阴道顶端出血点纱条填塞并止血治疗好转。在 207例 TAH患者中, 有 2次以上手术史或严重子宫内膜异位症 (R-AFS评分 > 40分) 的患者共 38例 (18.4%), 多于 IH组 6例 (7.1%), 而 TAH组术中术后并发症发病率明显少于 IH组。因此对于有多次手术史怀疑有严重盆腔粘连的患者如需行子宫切除术, 建议行开腹手术治疗。

阴式子宫切除术自 1800年法国的 Baudelocque 开始实施以来已有 200多年的历史^[1]。随着微创技术的开展, 阴式子宫切除术被越来越多的国内外妇科医师所重视^[6-8]。由于 TVH手术野固有的局限性, 对于严重盆腔粘连、盆腹腔存在恶性病变的患者不建议行阴式子宫切除术。

3.2 子宫切除术式的选择 TAH手术是行子宫切除手术的传统术式。本研究资料显示,在3种术式中,TAH组手术时间最长,出血量最多,术后住院时间最长,但TAH手术避免了LH手术气管插管全身麻醉、腹腔充盈CO₂气体及头低臀高体位对患者呼吸循环系统的影响,克服了TMH手术术野小、暴露困难的缺点,在年龄较大、合并心肺疾病、盆腹腔粘连严重、怀疑盆腔恶性肿瘤需要行子宫切除术的病例中,TAH仍然是首选手术方式。本研究资料及国内外多篇研究文献^[6~8]均证实TMH手术具有手术时间短、创伤小、费用低、腹壁无瘢痕、术后恢复快的特点,同时有研究发现^[5]大子宫切除已经不是TMH手术的绝对禁忌。因此,目前TMH术式在肥胖、合并盆腔器官脱垂、轻度盆腹腔粘连、排除盆腔恶性肿瘤的患者及具有丰富阴式手术经验的医师中得到了广泛应用。3种术式中,LH手术具有微创、术野暴露清楚、术后恢复快的特点,但由于其手术费用高,对术者腹腔镜手术技术要求高,目前尚未在全国范围普及运用。

综上所述,3种术式各有利弊,应根据患者的意

愿、病情、经济能力,医师对每种手术径路的熟悉程度,每种手术的危险性等方面综合分析后进行选择。

[参 考 文 献]

- [1] 杨来春,段涛,朱关珍主译. 铁林迪妇科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2003: 721.
- [2] 桑学梅,陈子云,唐桂娥,等. 腹腔镜辅助阴式子宫切除术32例临床分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2006, 31(4): 370-372.
- [3] 高建武. 3种途径子宫切除术的临床对照研究[J]. 实用临床医药杂志, 2006, 10(1): 79-80.
- [4] 刘珠凤,郎景和,孙大为. 阴式大子宫切除术25例分析[J]. 中华妇产科杂志, 1999, 34(3): 456-457.
- [5] Gary R, Fountain J, Mason S, et al. The evaluate study: Two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy[J]. BMJ 2004, 328(7432): 129-133.
- [6] Cosson M, Querleu D, Subtil D, et al. The feasibility of vaginal hysterectomy[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996, 64(1): 95-99.
- [7] 冯琼,唐家龄,叶明. 大子宫经阴道与经腹子宫切除术对比分析[J]. 实用妇产科杂志, 2006, 22(6): 348-349.
- [8] 单丽芳,范作升. 阴式与经腹子宫切除术的临床比较[J]. 中国微创外科杂志, 2004, 4(2): 108-109.

(上接第653页)纤溶、炎症等反应,具有促进动脉粥样斑块作用,刺激巨噬细胞表达细胞因子及组织因子,增强低密度脂蛋白(LDL)的摄取,同时对其他炎症介质所致动脉硬化作用有放大作用,直接参与了脑血管意外的发生。本文结果表明,慢性肾衰竭并发脑血管意外患者体内Hs-CRP水平明显升高,较其他两组差异有统计学意义,说明该组患者体内存在高水平的急性时相反应,并且与脑血管意外的发生明显相关,与年龄无关,同时说明Hs-CRP预测脑血管意外独立于传统的危险因素——年龄之外。也就是说,本文结果显示慢性肾衰竭患者体内高水平的Hs-CRP可预测脑血管意外的发生,并且此预测与患者体内Scr、BUN、TG、ALB、HDL水平有关。

本研究结果说明,慢性肾衰竭并发脑血管意外患者体内存在高水平的急性炎症反应,表现为Hs-CRP的水平升高,这与慢性肾衰竭患者脑血管意外并发症的发生率呈正相关关系,Hs-CRP的检测有望成为预测慢性肾衰竭患者脑血管意外并发症的重要因子。但是,本文的观察仅基于横断面的比较,Hs-CRP水平在慢性肾衰竭并发脑血管意外患者体内随病情变化的趋势仍有待进一步观察。

[参 考 文 献]

- [1] Ratazzi M, Puaio M, Faggin E, et al. New markers of accelerated

atherosclerosis in end-stage renal disease[J]. J Nephrol 2003, 16(1): 11-20.

- [2] 刘静霞,王学晶,徐国宾,超敏C反应蛋白水平与慢性肾功能衰竭和透析治疗病人的关系[J]. 中国医学工程, 2005, 13(1): 7-9, 12.
- [3] Kakanar Zadeh K, Unruh M. Health related quality of life in patients with chronic kidney disease[J]. Int Urol Nephrol 2003, 37(2): 367-378.
- [4] 陈秀益,刘必成,尹莲芳. 微炎症反应状态与终末期肾病[J]. 临床荟萃, 2005, 20(12): 712-715.
- [5] Panichi V, Migliorini M, De Pietro S, et al. C-reactive protein as a marker of chronic inflammation in uraemic patients[J]. Blood Purif 2000, 18(3): 183-190.
- [6] 郭毅,姜昕,陈实,等. C反应蛋白—缺血性脑卒中预后的重要标志物[J]. 中华预防医学杂志, 2003, 37(2): 102-104.
- [7] Zvacka TP, Hombach V, Torzewski J. C-reactive protein mediated low density lipoprotein uptake by macrophages: implications for atherosclerosis[J]. Circulation 2001, 103(9): 1194-1197.
- [8] 张德伟,高敏. C反应蛋白的研究现状及临床意义[J]. 国际医药卫生导报, 2006, 12(4): 127-128.
- [9] Kiechl S, Egger G, Mayr M, et al. Chronic infections and the risk of carotid atherosclerosis: prospective results from a large population study[J]. Circulation 2001, 103(8): 1064-1070.
- [10] Yoshimasa A, Noboru Y, Ki-ichi O, et al. Result of blood inflammatory markers are associated more strongly with toe-brachial index than with ankle-brachial index in patients with type 2 diabetes[J]. Diabetes Care 2004, 27(6): 1381-1386.