

三种子宫切除术式的评价

白延青¹, 赵红卫¹, 隋 龙², 吕美雅¹, 陈 良¹, 冯金辉¹

(1. 浙江宁波妇女儿童医院, 宁波 315012; 2. 上海第二军医大学附属长征医院妇产科)

【关键词】 子宫切除术; 评价研究

中图分类号: R713.4⁺2 文献标识码: B 文章编号: 1001-7379(2001)02-0141-02

腹腔镜子宫切除术具有创伤小、恢复快、并发症少等优点,但手术时间较长、费用较高,而且要求术者具备熟练的腹腔镜操作技术及特殊的仪器设备。我们对开腹子宫切除术、腹腔镜辅助阴式子宫切除术、腹腔镜筋膜内子宫切除术等 3 种妇科临床较为常用的术式结合临床资料进行了比较分析。报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集我院 1999 年 1 月至 2000 年 12 月施行的腹腔镜辅助阴式子宫切除术(laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, LAVH)125 例,腹腔镜筋膜内子宫切除术(classic abdominal semm hysterectomy, CASH)48 例及开腹全子宫切除术(对照组)120 例的临床资料进行比较分析。手术指征明确,妇科检查子宫大小均在妊娠 14 周内。

1.2 方法 对照组 开腹子宫切除术 120 例,34~56 岁,平均 45.09±4.73 岁;有腹部手术史 23 例(包括子宫肌瘤切除术、子宫内异位症手术、剖宫产手术、宫外孕手术、盆腔粘连松解术)。手术按文献^[1]报告的方法操作。

LAVH 组 腹腔镜辅助阴式子宫切除 125 例,38~65 岁,平均 44.34±5.72 岁;其中有腹部手术史 34 例。用稍加改良的 Reich^[2]术式,使用史赛克腹腔镜手术设备。全身麻醉后,患者取膀胱截石位,头低足高 15 度,气腹形成后在脐部、耻上正中、左下腹、右下腹共穿 4 个小孔,前两孔直径为 12mm,后两孔直径为 5mm,腹腔镜直视下经阴道放置举宫器。单极电凝切断圆韧带,卵巢固有韧带及输卵管峡部,剪开膀胱腹膜反折,下推膀胱至子宫下段,进一步分离子宫旁组织,子宫血管电凝或上钛夹后离断(也可不处理子宫血管)后转阴道手术。于膀胱、直肠与宫颈连接处注入肾上腺素稀液,环型切开宫颈与阴道穹窿连接处粘膜直至宫颈筋膜层,钳夹切断膀胱宫颈韧带后上推膀胱,进入腹腔;上推直肠,剪开后穹窿腹膜进入腹腔;两侧穹窿上推以暴露宫颈主、骶韧带,依次钳夹切断骶韧带、主韧带、子宫血管(未断离子宫血管者处理宫旁组织),断端用 7 号丝线缝扎,取出子宫,用 1 号羊肠线连续全层缝合阴道残端(包括盆腔腹膜及各组韧带残端)。重新充气后腹腔镜直视下止血、冲洗盆腔创面,术毕。

CASH 组 参照 SEMM^[3]术式。腹腔镜筋膜内子宫切除术 48 例,34~49 岁,平均 42.87±4.76 岁;有腹部手术史 5

例。手术在腹腔镜直视下经阴道放置矫正杆达子宫底浆膜外 10mm,沿子宫矫正棒套上刻度套管及旋切割刀管,边旋转边推进切割子宫颈、宫颈管粘膜及部分肌层和宫底部分子宫肌层至接近浆膜层,固定后用作操作杆。子宫血管电凝或上钛夹后离断(也可不处理子宫血管)。于子宫下段放置套扎线圈(1 号羊肠线),稍拉紧,助手用阴道旋切器穿透子宫底浆膜层,在取出旋切器的同时抽紧套扎线圈。大号腹腔镜组织剪(或电钩)沿套扎线圈上 10mm(近宫颈内口水平)切除子宫体,以电动粉碎机分次旋切后取出。子宫颈残端创面电凝止血,在子宫颈残端再套扎线圈 1 次,冲洗盆腔后结束盆腔手术,皮内缝合腹壁 12mm 切口,用 1 号或 0 号羊肠线连续缝合宫颈残端。

1.2 统计学处理 用 *t* 检验比较组间差异。

2 结果

2.1 一般指标 见表 1。

表 1 各组一般指标比较

指 标	对照组 (n=120)	LAVH 组 (n=125)	CASH 组 (n=48)
年龄均值(y)	45.09±4.73	44.34±5.72	42.87±4.76
年龄范围(y)	34~56	38~56	34~49
胎产次均值(次)	1.9±1.3	1.4±0.7	1.6±1.1
未产妇(n,%)	5(4.2)	6(4.8)	2(4.2)
既往盆腔手术史(n,%)	23(19.2)	34(27.2)	5(10.4)

2.2 手术指征 见表 2。

表 2 各组手术指征比较(n)

手术指征	对照组	LAVH 组	CASH 组	总 数
子宫肌瘤	76	70	30	176(60.1)
子宫内异位症	23	27	7	57(19.5)
子宫腺肌病	11	8	9	28(9.5)
子宫内不典型增生	2	0	0	4(1.6)
子宫内腺癌	2	2	0	4(1.6)
卵巢肿瘤	6	18	2	26(8.8)

2.3 手术时间 对照组平均手术时间为 78±14min(50~120min),LAVH 组为 154±38min(90~245min),与对照组差异有显著性($P < 0.05$);CASH 组为 83±21min(55~115min),与对照组差异无显著性($P > 0.05$),但明显短于 LAVH 组($P < 0.05$)。

2.4 手术出血量 对照组平均为 $211 \pm 87\text{ml}$ (35 ~ 600ml); LAVH 组为 $205 \pm 68\text{ml}$ (100 ~ 500ml), 与对照组差异无显著性; CASH 组为 $158 \pm 61\text{ml}$ (100 ~ 350ml), 与对照组及 LAVH 组差异均无显著性 ($P > 0.05$)

2.5 术后留置尿管时间 对照组平均 48h, 而 LAVH 组和 CASH 组为 24h, 明显短于对照组 ($P < 0.05$)。

2.6 术后住院时间 对照组平均为 $7.69 \pm 1.59\text{d}$ (5 ~ 15d); LAVH 组为 $5.2 \pm 1.63\text{d}$ (4 ~ 11d), 显著少于对照组 ($P < 0.05$); CASH 组为 $4.56 \pm 0.91\text{d}$ (3 ~ 8d), 显著少于对照组 ($P < 0.01$); 但与 LAVH 组比较无显著差异 ($P > 0.05$)。

2.7 术后并发症 对照组术后第 1 天体温在 38°C 以上 25 例 (21%), 连续 2 天体温在 38°C 以上 13 例 (11%); LAVH 组分别为 6 例 (4.8%) 和 5 例 (4.0%); CASH 组分别为 4 例 (8.3%) 和 2 例 (4.2%)。腹腔镜手术组发热者显著少于开腹手术组 ($P < 0.01$)。对照组腹部伤口感染 6 例 (5%), LAVH 组 1 例 (0.8%), CASH 组无腹部伤口感染病例, 腹腔镜手术组腹部伤口感染率显著少于对照组 ($P < 0.01$)。

2.8 住院平均费用 对照组为 5030.19 ± 1052.72 元 (2782 ~ 7974 元), LAVH 组为 5981.85 ± 943.46 元 (4199 ~ 9539 元), 与对照组差异无显著性 ($P > 0.05$); CASH 组为 4696.23 ± 1142.5 元 (3879 ~ 7974 元), 与对照组及 LAVH 组差异均无显著性 ($P > 0.05$)。

3 讨论

3.1 腹腔镜子宫切除术包括 LAVH、腹腔镜子宫切除术 (laparoscopic hysterectomy, LH) 及 CASH。虽然学者们^[4]认为腹腔镜手术将替代大部分的开腹子宫切除术, 但其手术适应证、并发症及治疗费用等尚有争议。

3.2 手术指征 本研究显示需要手术治疗的子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫腺肌病是腹腔镜子宫切除术最常见的手术指征。与开腹子宫切除术相比, 虽然手术时间较长, 但腹腔镜微创手术, 腹部创口小, 术后留置导尿管及术后住院时间明显缩短, 而且手术失血量未增多。本资料的 LAVH 组中 27.2% 的患者既往有腹部手术史, 用此术式可分解盆腔粘连、同时切除附件肿块, 致使部分慢性盆腔炎、严重子宫内膜异位症或盆腔粘连的患者经阴道切除成为可能, 其他学者^[5]的报道与本组结果一致。即使妊娠 14 周大的子宫经腹腔镜处理后经阴道手术的难度也明显减小。子宫恶性肿瘤是否适于腹腔镜手术也有争议^[6], 我们对子宫内膜不典型增生和子宫内膜癌 2 例进行了腹腔镜手术并行淋巴活检 (髂总、髂外), 术后病理证实均为 1 期病例, 淋巴结无转移。腹腔镜手术可很容易地直视上腹部 (膈肌、肝、胆、胃) 并对可疑病灶取组织进行活检, 常规开腹手术要做到这点则较为困难。

3.3 CASH 手术的特点 1991 年文献^[1]报道了第 1 例 CASH

手术, 这是一种基于保存盆底解剖结构的术式, 它既切除了宫颈管粘膜, 又保存了子宫骶、主韧带及阴道穹窿的完整性, 这对年龄较轻又需切除子宫者是一种理想的术式。本组病例由于避免了宫颈主、骶韧带、子宫动脉及阴道穹窿的手术操作, 手术创伤更小, 术后住院时间更短, 手术失血也较少, 而电动粉碎器的应用使子宫体组织的切割更为快捷, 手术时间明显缩短。另外, 由于切除了宫颈管内膜, 也避免了宫颈残端癌的发生。鉴于宫颈管旋切可能导致子宫内膜癌细胞播散, 因此, CASH 不宜用于子宫内膜癌病例。

3.4 子宫动脉、骨盆漏斗韧带的处理 腹腔镜手术中对子宫动脉、骨盆漏斗韧带的处理是关键。我们对 LAVH 组的子宫动脉和骨盆漏斗韧带先游离, 再使用钛夹、缝扎或双极电凝方法处理, 都取得了满意的效果。游离子宫动脉、骨盆漏斗韧带后再行断离不仅止血可靠, 不易损伤输尿管, 而且适于子宫内膜异位症、慢性盆腔炎等官旁组织有炎症的病例。

3.5 住院费用 由于腹腔镜手术需专用的仪器设备, 可能增加医疗费用^[4]。但本研究表明, 虽然 LAVH 组费用较对照组和 CASH 组高, 但无统计学意义。这可能与腹腔镜组 (1) 术后感染率低, 抗生素使用减少; (2) 手术失血量减少, 输血机会降低; (3) 手术创伤小, 住院时间缩短等因素有关。若能降低全身麻醉费用, 腹腔镜手术病例的医疗费用还会进一步下降。

综上所述, 腹腔镜子宫切除术可以替代大部分开腹子宫切除术, 对较年轻、有保留盆底及阴道完整意愿的妇女, CASH 术式是较为理想的子宫切除方式。

参 考 文 献

- [1] 傅才英, 吴佩煜, 翁霞云. 手术学全集妇产科卷 [M]. 北京: 人民军医出版社, 1995. 24-230
- [2] Reich HJ, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy [J]. J Gynecol Surg, 1989, 5: 213-216.
- [3] 邵敬於. 标准的经腹腔镜下 SEMM 子宫切除术 [J]. 实用妇产科杂志, 1993, 9: 10-12
- [4] Boike GM, Elfstrand EP, DelPriore G, et al. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a university hospital: Report of 82 cases and comparison with abdominal and vaginal hysterectomy [J]. Am J Obstet Gynecol, 1993, 168 (6): 1690-1701
- [5] Liu CY. Laparoscopic hysterectomy. A review of 72 cases [J]. J Repro Med, 1992, 37: 351-354
- [6] 刘彦. 实用妇科腹腔镜手术学 [M]. 北京: 科学技术文献出版社. 2000. 180-185

(收稿日期 2001-01-30)