

经腹腔镜与开腹手术治疗早期宫颈癌的临床对比

张玲玲¹, 李大可², 荣慧², 马跃¹, 梦瑶¹

(1. 南京中医药大学, 南京 210009; 2. 南京中医药大学附属医院)

中图分类号: R737.33

文献标识码: B

DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2017.02.027

妇科恶性肿瘤严重危害女性的身心健康。据 2016 年统计, 全球子宫恶性肿瘤发病率为 81 万/年, 其中宫颈癌发病率为 53 万/年。现今的治疗方式以手术和放疗为主。经腹腔镜手术治疗宫颈癌、子宫内膜癌是否优于并替代开放性手术, 当前仍有争议^[1]。本研究旨在探讨腹腔镜技术在治疗宫颈癌的临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾性分析 2014 年 1 月至 2016 年 4 月江苏省中医院收治的经组织病理学检查确诊为宫颈癌的 71 例患者病例资料, 按照患者病情及家属要求行不同的手术方式, 其中腹腔镜组(腹腔镜下行广泛全子宫切除 + 盆腔淋巴结清扫)28 例; 开腹组(开腹行广泛全子宫切除 + 盆腔淋巴结清扫)43 例。在两种术式中, 依据患者的年龄及要求, 需要保留卵巢的患者, 行卵巢移位。所有病例均按 2009 年国际妇产科联盟分期(FIGO)的临床分期进行分期^[2], 术前均经宫颈活检病理学证实。

两组患者均为宫颈癌 I - II 期, 两组一般资料比较, 均差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

1.2 手术方式

1.2.1 术前准备 术前 3 d 开始服用甲硝唑及乳果糖口服液行肠道准备, 阴道灌洗(1 次/天), 术前 1 d 予复方聚乙二醇电解质散后行清洁灌肠, 术前禁食 8 h, 术前 30 min 予抗生素(头孢呋辛钠)静滴预防感染。

1.2.2 术中步骤 腹腔镜组: 麻醉, 膀胱截石位, 留置导尿管, 常规消毒, 经阴道安放杯式举宫器。取黄李点, 穿刺气腹(CO_2 , 14 mm Hg)成功后置入鞘卡及腹腔镜, 分别于脐外侧与左右锁骨中线交点处及左

侧反麦氏点、右侧麦氏点穿刺置入鞘卡, 取头低脚高位。打开双侧盆骨入口后腹膜, 游离双侧输尿管, 凝断双侧卵巢固有韧带及输卵管峡部并切除输卵管(年轻及要求保留卵巢的宫颈癌患者, 保留卵巢), 同时凝断双侧子宫圆韧带。辨清输尿管走向, 暴露双侧髂血管区域, 自上而下、由外向内分别清扫双侧髂外、髂内、腹股沟深、闭孔及髂总淋巴结。打开双侧阔韧带前叶至膀胱子宫反折处, 并打开双侧膀胱子宫反折腹膜, 下推膀胱至宫颈外口下 3 cm 水平, 高位凝断双侧子宫双血管。打开双侧输尿管隧道, 游离双侧输尿管, 暴露双侧骶韧带及主韧带并距子宫 3 cm 处凝断。分离阴道旁组织, 于阴道前穹隆下 3 cm 环形切开阴道壁。自阴道取出子宫、双侧输卵管、盆腔淋巴结。缝合关闭阴道残端。

开腹组: 全身麻醉, 留置导尿管, 常规消毒。取下腹部正中左侧绕脐切口约 20 cm, 依次切开腹壁各层, 进入腹腔, 全面探查盆腔及腹腔内情况, 行常规广泛性全子宫切除 + 盆腔淋巴结清扫。

1.3 观察项目 分析患者的一般情况和术中情况: 手术时间、术中出血、淋巴结清扫数目、淋巴结转移情况, 术后情况: 胃肠道恢复时间、导尿管留置时间、术后发热天数、抗生素使用天数、盆腔引流管留置时间、术后至出院天数等, 分析术后并发症如盆腔淋巴结囊肿、尿潴留、盆腔感染。

1.4 统计学处理 采用 SPSS21.0 进行数据分析, 计量资料数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组间比较采用 t 检验; 计数资料用率表示, 组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中情况比较 在两组间手术时间、淋巴结转移数目和淋巴结清扫数目均差异无统计学意义($P > 0.05$)。手术中的出血量, 腹腔镜组明显低于开腹组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

作者简介: 张玲玲, 硕士, Email: 513931457@qq.com

通信作者: 李大可, 主任医师, 博士, Email: lidake2002@163.com

表 1 两组一般资料比较

组 别	例数	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	体质量 ($\bar{x} \pm s$, kg)	合并症(例)				临床分期(例)		组织学分类(例)	
				无	高血压	糖尿病	高血压 + 糖尿病	宫颈癌I期	宫颈癌II期	腺癌	鳞癌
开腹组	43	49.2 ± 7.6	60.1 ± 10.8	36	5	1	1	33	10	15	28
腹腔镜组	28	50.1 ± 7.9	63.0 ± 10.8	18	8	1	1	22	6	13	15
$t(\chi^2)$ 值		0.503	1.069			(3.517)		(3.771)		(0.946)	
P 值		>0.05	>0.05			>0.05		>0.05		>0.05	

表 2 腹腔镜与开腹手术术中情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	术中出血(mL)	淋巴结清扫(个)	淋巴结转移(个)
开腹组	43	230.19 ± 56.87	587.21 ± 392.81	28.74 ± 10.78	0.23 ± 0.65
腹腔镜组	28	256.07 ± 51.34	289.21 ± 352.63	28.39 ± 9.00	0.61 ± 1.37
t 值		1.946	-3.512	-0.143	1.351
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

表 3 腹腔镜与开腹手术术后情况比较($\bar{x} \pm s$, d)

组别	例数	胃肠道恢复时间	导尿管保留时间	盆腔引流管保留时间	抗生素使用天数	术中住院天数
开腹组	43	2.77 ± 0.78	12.30 ± 5.43	9.37 ± 5.23	8.40 ± 5.53	18.42 ± 0.93
腹腔镜组	28	2.39 ± 0.63	13.32 ± 7.34	15.11 ± 7.20	11.82 ± 8.82	20.68 ± 6.89
t 值		-2.125	0.672	3.884	1.834	1.453
P 值		<0.05	>0.05	<0.01	>0.05	>0.05

2.2 两组术后情况比较 腹腔镜组术后胃肠道恢复时间早于开腹组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。开腹组中盆腔引流管保留天数低于腹腔镜组,差异有统计学意义($P < 0.01$),其余均差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

2.3 两组术后并发症比较 腹腔镜组中盆腔感染 7 例,尿潴留合并尿路感染 1 例,膀胱损伤 1 例,总并发症发生率为 32.14%。开腹组中盆腔感染 6 例,尿路感染 9 例,尿潴留 2 例,总并发症发生率为 39.53%。两组比较差异无统计学意义($\chi^2 = 3.517$, $P > 0.05$)。

3 讨论

早期宫颈癌的治疗方式以手术治疗为主。开腹手术的优点在于能够充分暴露手术视野,并对手术中发生的紧急情况及时处理;不足在于患者术后创伤大、恢复慢^[3,4]。随着微创技术的发展与成熟,经腹腔镜手术在妇科疾病中不断开展,开腹手术中的不足逐渐被经腹腔镜手术所弥补。有研究表明,经腹腔镜手术不仅能够减少患者手术创伤、缩短恢复时间,而且具有切口美观、术中出血少、术后胃肠功能恢复快、术后并发症少、术后近期生活质量好等优点^[5-7]。在本研究中 28 例腹腔镜手术与 43 例开腹

手术进行对比,腹腔镜组术中出血较开腹组明显减少($P < 0.05$),这与相关研究^[5-7]相一致。笔者认为与下列因素有关:(1)腹腔镜手术先凝固止血再分割血管组织,从根本上减少出血;(2)腹腔镜具有分辨力强、图像清晰等特点,镜下组织可放大 4~6 倍,使得血管组织等充分暴露,利于医师辨认血管,找准出血点,快速止血^[8-10];(3)气腹形成使腹腔内有较高的压力,从而压迫血管,减少出血。另一方面,术中淋巴结清扫数目作为评价手术是否有效彻底关键之一。本研究中淋巴结清扫数目,腹腔镜组与开腹组相当且差异无统计学意义($P > 0.05$),无论是腹腔镜组还是开腹组,淋巴结清扫均数都超过 20 枚,可见腹腔镜在淋巴结清扫的彻底性方面可达到开腹水平。在手术时间上,开腹组与腹腔镜组差异无统计学意义($P > 0.05$),这与国内外文献报道^[11-13]中腹腔镜组的手术时间较开腹组延长并不一致。但在临床中,我们观察到:随着手术熟练程度的提高,腹腔镜手术时间在逐渐缩短。腹腔镜组与开腹组术中疗效相当。

患者术后康复是评价手术方式的重要依据,而胃肠道功能恢复时间又作为评估术后康复的一个重要指标^[3]。本研究中,腹腔镜组胃肠道功能恢复时

间明显早于开腹组,且无肠梗阻发生($P < 0.05$),这与夏梦^[14]研究统计分析的结果相符。临床中患者胃肠功能恢复时间缩短意味着患者可尽早饮食及下床活动,缩短了术后恢复时间,减少了因胃肠道未恢复而需肠外营养的高额费用。

临床中无论什么样的手术都存在或多或少的并发症,而在治疗宫颈癌的腹腔镜手术中主要并发症是血管损伤及闭孔神经损伤,其次是输尿管、膀胱及肠管损伤^[15]。同时开腹手术患者容易引起术后感染、尿潴留等并发症。据统计开腹手术的宫颈癌患者术后并发症总发生率高达 38.01%,而腹腔镜下手术的患者术后并发症总发生率为 13.64%^[16]。在本组中,腹腔镜组术后并发症发生率为 32.14%,开腹组术后并发症发生率为 39.53%,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。并发症中以术后感染占主导地位,并无血管、输尿管及肠管损伤等。本研究术后感染不仅延长了抗生素使用时间,同时也加长了患者住院天数,两组抗生素使用时间 & 住院时间较有关统计^[17]明显上升,两组患者仅 1 例膀胱损伤,其余并发症均与感染有关,这可能对腹腔镜术后感染的预防、高危因素及治疗等方面的知识及经验的匮乏有关。本组中,腹腔镜组及开腹组术后感染发热天数与手术时间及术中出血差异无统计学意义。

综上所述,经腹腔镜手术术中出血少、创伤小、术后胃肠道功能恢复快等方面优于开腹手术^[18]。若再加上妇科医生丰富的腹腔镜手术经验、熟练的手术操作,经腹腔镜手术的成功率和安全性会有很大提高。

参考文献

- [1] 全仁贵. 腹腔镜与开腹广泛子宫切除术治疗子宫恶性肿瘤的临床疗效比较[J]. 中国肿瘤与临床与康复, 2015, 22(7): 833-836.
- [2] 翟振波, 张秀珍, 宋丽, 等. 腹腔镜广泛子宫切除及盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌 183 例临床分析[J]. 现代肿瘤医学, 2013, 21(10): 2319-2321.
- [3] 刘开江. 腹腔镜手术治疗宫颈癌、子宫内膜癌的近期疗效分析[J]. 中国内镜杂志, 2010, 16(8): 803-806.
- [4] 郑亚峰, 施如霞. 腹腔镜下广泛子宫切除和盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌与开腹手术的比较分析[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(15): 50-53.
- [5] 罗翠珍. 腹腔镜与开腹手术治疗子宫内膜癌的比较[J]. 中国微创外科杂志, 2014, 14(2): 216-219.
- [6] 高媛, 陈龙, 张萍, 等. 腹腔镜辅助阴式与开腹广泛子宫切除术治疗早期宫颈癌的比较[J]. 中国微创外科杂志, 2013, 13(8): 697-700, 712.
- [7] 杨菁. 腹腔镜下广泛子宫切除 + 盆腔淋巴结清扫术与传统开腹手术在早期子宫恶性肿瘤治疗中的比较[J]. 中国医药导报, 2014, 11(28): 47-50.
- [8] 陆朋云, 梁伟, 朱志强, 等. 直肠癌腹腔镜与开腹手术者凝血纤溶功能的影响[J]. 中国临床保健杂志, 2010, 13(6): 609-611.
- [9] 马艳, 臧学利. 腹腔镜下良性卵巢肿瘤剔除术 50 例分析[J]. 中国临床保健杂志, 2014, 17(4): 394-395.
- [10] 倪银海, 金建光, 张辉, 等. 腹腔镜与开腹手术治疗胃十二指肠溃疡穿孔的效果对比[J]. 中国临床保健杂志, 2014, 17(3): 304-305.
- [11] YIN XH, WANG ZQ, YANG SZ, et al. Clinical observation of Laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer[J]. Int J Clin Exp Med, 2014, 7(5): 1373-1377.
- [12] KONG TW, CHANG SJ, LEE J, et al. Comparison of laparoscopic versus abdominal radical hysterectomy for FIGO stage IB and IIA cervical cancer with tumor diameter of 3 cm or greater[J]. Int J Gynecol Cancer, 2014, 24(2): 280-288.
- [13] 金晶. 腹腔镜手术治疗子宫恶性肿瘤的临床效果[J]. 中国医药导报, 2016, 13(2): 57-60.
- [14] 夏梦. 腹腔镜手术治疗早期子宫恶性肿瘤的临床研究[J]. 新医学, 2013, 44(1): 15-18.
- [15] 王中海. 腹腔镜下广泛子宫切除加淋巴结清扫术治疗子宫恶性肿瘤 42 例分析[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(4): 312-315.
- [16] 陈光元. 腹腔镜广泛子宫切除联合盆腔淋巴结清扫术治疗宫颈癌疗效观察[J]. 海南医学, 2016, 27(6): 932-934.
- [17] 杨丽. 腹腔镜与开腹手术治疗早期宫颈癌疗效与安全性的 Meta 分析[J]. 中国循证医学杂志, 2016, 16(2): 200-211.
- [18] 林白桦. 腹腔镜与开腹手术对早期宫颈癌患者疗效及生存质量比较研究[J]. 中国内镜杂志, 2013, 19(5): 462-465.

(收稿日期: 2016-12-26)