

腹腔镜阻断子宫动脉后行肌瘤挖除术的临床分析

江 源, 韩 克, 周怀君, 凌静娴, 周 白, 李 荣, 翁 侨(南京大学医学院附属鼓楼医院
妇产科, 南京 210008)

【摘要】 目的 研究腹腔镜阻断子宫动脉后行肌瘤挖除术的临床疗效。**方法** 将 172 例子宫肌瘤患者分为两组, 研究组 72 例, 行腹腔镜下行双侧子宫动脉阻断后挖除子宫肌瘤, 对照组 100 例, 直接行腹腔镜下子宫肌瘤挖除。**结果** 研究组平均手术时间为 $(115.2 \pm 24.1) \text{ min}$, 手术出血量为 $(107.8 \pm 26.6) \text{ mL}$, 而对照组的平均手术时间为 $(98.1 \pm 18.7) \text{ min}$, 手术出血量为 $(234.0 \pm 87.2) \text{ mL}$, 两组相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 术后 2 年随访中, 研究组中 97% 患者临床症状明显缓解, 7% 例术后出现肌瘤复发, 对照组中 85% 患者临床症状缓解, 24% 例出现肌瘤复发, 两组相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 腹腔镜阻断子宫动脉后行子宫肌瘤切除术可明显减少术中出血, 患者术后症状改善明显, 术后肌瘤复发率低。

【关键词】 腹腔镜; 子宫肌瘤; 子宫动脉阻断

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.028 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)21-2839-02

近年来, 随着腹腔镜技术的发展, 腹腔镜下子宫肌瘤挖除术因创伤小, 患者术后恢复快, 目前临床已广泛使用^[1]。现对本院行腹腔镜阻断子宫动脉后再行子宫肌瘤挖除术的患者进行临床分析, 以研究其手术疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 12 月至 2010 年 12 月南京市鼓楼医院妇产科收治的 172 例子宫肌瘤患者, 所有患者均要求保留子宫, 均行腹腔镜下子宫肌瘤挖除术。患者年龄 21~52 岁, 临床症状主要是月经量增多。将患者分为两组, 研究组 72 例, 先在腹腔镜下行双侧子宫动脉阻断后挖除子宫肌瘤, 对照组 100 例, 直接行腹腔镜下子宫肌瘤挖除。两组患者的年龄、临床症状及平均肌瘤的个数无差异, 而研究组的平均肌瘤大小为 9.3 cm, 大于 10 cm 的患者 28 例, 而对照组平均肌瘤大小为 7.3 cm, 大于 10 cm 的患者 19 例, 两者相比差异有统计学意义。

1.2 手术方法 患者取截石位, 行全身麻醉后留置尿管, 子宫腔内放置子宫操纵杆。行腹腔镜探查后沿输尿管走行方向在子宫颈水平处打开阔韧带后叶的腹膜, 在输尿管上方暴露出子宫动脉, 对于已经生育的患者, 用双极电凝阻断双侧子宫动脉, 而对于未生育的患者, 用丝线临时结扎子宫动脉, 手术结束后剪断丝线。宫体注射 20 U 缩宫素后切开子宫浆膜层, 对于肌瘤小于 6 cm 的则沿肌瘤的包膜逐步挖除肌瘤, 而对于大于 6 cm 的肌瘤直接用子宫粉碎器在子宫上粉碎后取出, 肌瘤挖除后用 2-0 可吸收线间断缝合子宫, 而对照组不进行子宫动脉阻断直接行肌瘤挖除后间断缝合子宫。

1.3 监测指标 对所有患者的手术时间及术中出血量进行统计分析, 患者进行两年术后随访, 包块患者月经量情况及阴道 B 超了解肌瘤的复发情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS12.0 软件进行统计学分析, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

研究组的平均手术时间为 $(115.2 \pm 24.1) \text{ min}$, 手术出血量为 $(107.8 \pm 26.6) \text{ mL}$, 而对照组的平均手术时间为 $(98.1 \pm 18.7) \text{ min}$, 手术出血量为 $(234.0 \pm 87.2) \text{ mL}$, 两组相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。在对照组中, 有 8 例患者需在术中或

手术后输血治疗, 其中有 7 例患者出血量超过 500 mL, 而相比之下, 尽管研究组的肌瘤较大, 但术前阻断子宫动脉后, 无 1 例出现术中大量出血, 所有患者术中术后均不需行输血治疗。研究组的平均住院时间为 $(4.5 \pm 1.3) \text{ d}$, 而对照组为 $(5.1 \pm 1.6) \text{ d}$, 两组相比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者术后均随访两年, 研究组中 70 例 (97%) 患者临床症状明显缓解, 5 例 (7%) 术后出现肌瘤复发, 而对照组中 85 例 (85%) 患者临床症状缓解, 24 例 (24%) 出现肌瘤复发, 两者相比差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨 论

随着腹腔镜技术的发展, 腹腔镜下子宫肌瘤挖除术因其微创的特点, 已被临床普遍使用^[2]; 但因手术过程中, 术者的双手不能直接接触子宫体, 故有一定的局限性^[3]。

3.1 腹腔镜下子宫肌瘤挖除术的不足 子宫肌瘤挖除过程中子宫出血是手术过程中所面临的问题。术中减少出血的方法包括术前使用促性腺释放激素, 术中使用宫体注射缩宫素、止血带及双侧子宫动脉结扎^[4]。由于腹腔镜下手术时术者不能行子宫触诊, 对于子宫肌壁间的小肌瘤, 术中难以完全发现, 导致术后小肌瘤残留^[5]。对于子宫肌瘤较大的患者, 腹腔的手术空间因被肌瘤占据而变小, 手术的操作就比较困难, 故以往对直径大于 6 cm 子宫肌瘤为腹腔镜手术的禁忌^[6], 且手术总是先将子宫肌瘤完全从子宫挖除以后, 再将子宫肌瘤粉碎后再取出腹腔。然而, 挖除肌瘤后子宫的创面大, 易出血, 手术时间较长。

3.2 腹腔镜下子宫动脉阻断的理论基础 20 世纪末, Ravina 等^[7]就通过栓塞双侧子宫动脉治疗有症状的子宫肌瘤患者, 从而使得患者的临床症状得到改善, 缩小肌瘤。但栓塞术后由于肌瘤缺血以及其他小血管的误栓, 患者易出现盆腔内疼痛, 发热及下肢远端血管栓塞后肿胀的, 且当栓塞剂溶解后血管复通肌瘤易复发, 使得子宫动脉栓塞的临床应用受到了限制。在腹腔镜下先阻断子宫的血管后再挖除肌瘤, 可使得手术中出血明显减少, 不会出现因肌瘤坏死而出现的疼痛。术后患者子宫的血流灌注减少, 使得一些残留的术中无法触及的微小肌瘤因缺血而萎缩乃至消失, 有效地抑制术后肌瘤的复发。

3.3 手术要点 由于子宫动脉位于两侧阔韧带之间, 多起在髂内动脉的前干, 沿着盆腔侧壁下行, 后转向内侧, 在距离宫颈

外侧 2 cm 处自前方跨过输尿管到达子宫。所以手术中在阔韧带后叶距宫颈约 1 cm 处打开,因此处的组织疏松,不容易出血。如果肌瘤过大,或位于子宫后壁,宫颈处的阔韧带中暴露困难,则可先打开侧腹膜,找到髂内动脉,再沿着髂内动脉方向寻找子宫动脉。找到子宫动脉后,需再次确认输尿管的走行,保证输尿管距子宫动脉 1 cm 后才可阻断。对于无生育要求的患者,可直接用双极电凝夹住子宫动脉后电凝血管,电凝时间不能太久,避免输尿管热辐射损伤。而对有生育要求的患者,因在术后需恢复子宫血供,所以选用丝线打活结扎子宫动脉,手术结束后可解除丝线。

肌瘤直径小于 6 cm 的患者,可在子宫动脉阻断后直接切开肌瘤的浆膜层,完整挖除肌瘤后再用粉碎机取出。而如果患者位于子宫底部或者肌瘤大于 6 cm,则因腹腔内操作空间被肌瘤占据,术者操作困难,而以粉碎机直接在宫体上将肌瘤挖除,操作方便,术中出血少,肌瘤挖除快,但操作过程中需看清周围肠管,避免肠管的损伤。所以腹腔镜下可挖除直径大于 10 cm 的子宫肌瘤^[8]。

对于挖除后肌瘤创面的缝合也很重要,良好的缝合不但可以有效地止血,而且利于切口的对合,术后愈合好。由于有文献报道子宫肌瘤挖除后妊娠有发生子宫破裂,所以无论是浆膜下还是肌壁间肌瘤,挖除后均需缝合,对于较小的切口可行“8”字缝合,对于较大的切口行连续缝合,若挖除后创面穿透子宫内膜,则需分层兜底缝合,缝合创面尽量平整,防止术后粘连。本研究结果显示,腹腔镜手术中阻断子宫动脉后挖除子宫肌瘤使 97% 的患者临床症状得以改善,较对照组高,与文献^[9]报道相似,研究组的术后肌瘤的复发率为 7%,而单纯腹腔镜下子宫肌瘤挖除术后的肌瘤复发率为 24%,两者差异有统计学意义($P<0.05$)。

总之,腹腔镜下子宫动脉阻断后挖除子宫肌瘤可有效减少术中失血及手术的出血,降低术后肌瘤的复发率,改善患者的临床症状,随着腹腔镜技术的进一步成熟,手术时间会进一步缩短,值得临床应用。

参考文献

[1] Verkauf BS. Myomectomy for fertility enhancement and

preservation[J]. Fertil Steril,1992,58(1):1-15.
[2] Dubuisson JB,Chapron CT. A good technique when correctly indicated[J]. Hum Reprod,1996,11(5):934-935.
[3] 张庆霞,朱兰,刘珠凤,等. 开腹与微创子宫肌瘤剔除术临床结局分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2008,24(4):278-281.
[4] Takeda A,Koyama K,Imoto S,et al. Temporary endovascular balloon occlusion of the bilateral internal iliac arteries for control of hemorrhage during laparoscopic-assisted myomectomy in a nulligravida with a large cervical myoma[J]. Fertil Steril,2009,91(3):935.
[5] 李孟慧,冷金花,史精华,等. 腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术后肌瘤残留、复发及妊娠结局的比较[J]. 中华妇产科杂志,2011,46(9):669-673.
[6] 冯凤芝,冷金花,郎景和. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的临床进展[J]. 中华妇产科杂志,2004,39(1):65-67.
[7] Ravina JH,Herbreteau D,Ciraru-Vigneron N,et al. Arterial embolisation to treat uterine myomata[J]. Lancet,1995,346(8976):671-672.
[8] Sinha R,Hegde A,Warty N,et al. Laparoscopic myomectomy:enucleation of the myoma by morcellation while it is attached to the uterus[J]. J Minim Invasive Gynecol,2005,12(3):284-289.
[9] Alborzi S,Ghannadan E,Alborzi S,et al. A comparison of combined laparoscopic uterine artery ligation and myomectomy versus laparoscopic myomectomy in treatment of symptomatic myoma[J]. Fertil Steril,2009,92(2):742-747.

(收稿日期:2013-02-28 修回日期:2013-05-12)

• 临床研究 •

青岛市 310 名师职以上干部 tPSA 检测结果分析

刘妮妮,徐 菲(济南军区第 401 医院检验科,山东青岛 266021)

【摘要】 目的 调查青岛市部分师职以上干部血清总前列腺特异性抗原(tPSA)水平以及在中老年不同年龄段的分布差异。**方法** 采用流式荧光免疫法检测 310 名男性师职以上干部血清 tPSA 水平,不同组别之间进行比较。**结果** 310 名男性中,共有 61 人 tPSA $\geq$ 4.0 ng/mL,其中 60 岁以上各年龄组的检出率与 60 岁以下年龄组的差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** tPSA 水平与年龄相关,应该把 tPSA 作为 60 岁以上的老年男性干部的常规体检项目,以便于及时发现疾病,及早治疗。

【关键词】 总前列腺特异性抗原; 流式荧光免疫法
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.029 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)21-2840-02

近几年来,前列腺癌(PCa)发病率有增长的趋势,已成为影响我国 50 岁以上老年男性健康的重要因素,跃居男性泌尿系统恶性肿瘤的第三位^[1]。前列腺特异性抗原作为 PCa

筛查的重要指标,目前,在我国还没有其他项目替代。本次调查选取 2012 年本院体检的男性师职以上干部为研究对象,以了解总前列腺特异性抗原(tPSA)在部队中老年人群血清中的