

• 临床探讨 •

全子宫切除术同时切除双侧输卵管对卵巢功能的影响

赵明红, 赵艳[△], 常春艳, 方昕

(上海市宝山区中西医结合医院 201900)

摘要:目的 探讨全子宫切除术同时切除双侧输卵管对患者卵巢功能的影响。方法 选取 2013 年 5 月至 2015 年 12 月行全子宫切除术的患者 100 例为研究对象, 根据手术时是否同时切除双侧输卵管, 分为观察组(切除双侧输卵管)50 例与对照组(保留双侧输卵管)50 例。对比两组患者术中出血量、手术时间及住院时间, 并对比手术前后患者的黄体生成素(LH)、卵泡刺激素(FSH)、雌二醇(E2)激素水平, 同时对比两组患者卵巢舒张末期最小血流速度(Vmin)、收缩期血流峰值流速(Vmax)、搏动指数(PI)、阻力值(RI)等。结果 与术前对比, 术后观察组与对照组患者的 LH 及 FSH 水平均显著上升, E2 水平显著下降, 且观察组患者的 LH、FSH 及 E2 水平变化更显著($P < 0.05$); 与术前对比, 手术后观察组与对照组患者的 Vmin 及 Vmax 明显降低, PI 及 RI 明显升高($P < 0.05$), 但两组术前及术后各指标对比差异无统计学意义($P > 0.05$); 与对照组对比, 观察组患者输卵管病变及盆腔包块发生率明显降低($P < 0.05$)。结论 全子宫切除术同时切除双侧输卵管对卵巢功能会产生不良影响, 但可以降低术后患者盆腔包块及输卵管病变的发生率。

关键词:全子宫切除术; 输卵管切除; 良性子官病变; 卵巢功能

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.10.057 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)10-1504-02

全子宫切除术是临床上用于治疗子宫腺肌病、子宫肌瘤等子宫良性疾病的主要手段之一。全子宫清除术中保留双侧输卵管已成为临床共识, 但术后发生的盆腔包块等并发症与输卵管粘连具有较大的相关性, 且在手术中保留输卵管的患者多有发生癌变的可能^[1-2]。因此, 在行全子宫切除术时是否同时切除双侧输卵管, 仍存在较大的争议。据以往研究显示, 在行全子宫切除术时同时切除双侧输卵管, 可降低术后残留卵巢综合征及盆腔浆液性腺癌的发病率^[3]。也有学者提出, 在全子宫切除术同时切除双侧输卵管的患者, 术后出现了卵巢衰竭^[4]。本次研究旨在对全子宫切除术同时切除双侧输卵管对患者卵巢功能的影响进行探讨。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月至 2015 年 12 月在上海市宝山区中西医结合医院行全子宫切除术的患者 100 例为研究对象。纳入标准: 所有入选患者均为子宫良性疾病; 没有生育要求; 手术前月经规律; 手术前半年内没有进行性激素治疗; 均签署知情同意书。排除标准: 子宫恶性病变的患者; 保守治疗有效的患者; 精神异常的患者。100 例患者分为观察组与对照组各 50 例。观察组患者年龄 32~47 岁, 平均(41.3±3.3)岁; 体质量 44~69 kg, 平均(55.7±4.6)kg; 疾病类型: 子宫内腺病 24 例, 子宫肌瘤 15 例, 宫颈病变 6 例, 子宫腺肌病 5 例。对照组患者年龄 34~48 岁, 平均(43.5±3.6)岁; 体质量 43~71 kg, 平均(56.8±4.9)kg; 疾病类型: 子宫内腺病 23 例, 子宫肌瘤 16 例, 宫颈病变 8 例, 子宫腺肌病 3 例。两组患者的一般资料对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组患者进行全子宫切除术: 在全身麻醉下进行, 将患者两侧的卵巢与输卵管固有韧带及圆韧带切断; 将阔韧带剥离后, 将膀胱的腹膜打开反折, 将膀胱向下推; 切断主韧带与子宫骶韧带, 然后将阴道壁切断, 将子宫切除, 最后将残端缝合。观察组患者进行全子宫切除术的同时切除双侧输卵管: 在进行全身麻醉后, 将子宫的圆韧带切断, 将输卵管提起然后展平输卵管系膜, 并使其与输卵管下缘紧贴, 应用电凝器高频电刀将输卵管血管、系膜直到间质部切断, 以将输卵管切除, 对切口进行缝合, 在手术过程中应注意避免患者的卵巢血管打

折、扭曲。

1.3 观察指标 记录两组患者术中出血量、手术时间、住院时间。在手术前及手术后 6 个月抽取患者清晨空腹静脉血, 应用放射免疫法对卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌二醇(E2)水平进行检测。在手术前及术后 6 个月对两组患者进行超声检测, 以观察卵巢血流变化, 应用型号为 SSH-770 的彩色多普勒超声诊断仪检测卵巢血管舒张末期最小血流速度(Vmin)、收缩期血流峰值流速(Vmax)、搏动指数(PI)和阻力值(RI)。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间对比应用 t 检验; 计数资料以百分数表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组与对照组患者手术情况及住院时间对比 观察组患者的术中出血量、手术时间及住院时间与对照组比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 观察组与对照组患者手术情况及住院时间对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术中出血量(mL)	手术时间(min)	住院时间(d)
观察组	50	84.54±53.65	126.37±36.34	5.33±1.72
对照组	50	76.83±60.27	118.55±38.63	5.80±2.18
<i>t</i>		1.461	1.102	1.712
<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05

表 2 观察组与对照组患者手术前后激素水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	<i>n</i>	LH(mIU/mL)	FSH(mIU/mL)	E2(pg/mL)
观察组	术前	50	25.60±6.68	37.63±7.25	47.28±9.86
	术后 6 个月	50	39.61±9.24*#	51.63±11.62*#	33.04±5.81*#
对照组	术前	50	26.83±7.81	38.15±7.26	48.63±17.95
	术后 6 个月	50	34.71±10.35*	45.14±10.35*	39.25±6.67*

注: 与手术前比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

[△] 通信作者, E-mail: zhaoyan556@126.com.

2.2 观察组与对照组患者手术前后激素水平对比 与手术前对比,手术后观察组与对照组患者的 LH 及 FSH 水平均显著上升,E2 水平显著下降;观察组患者术后的 LH、FSH 均高于对照组,E2 水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 3 观察组与对照组患者手术前后卵巢血流指数对比($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	Vmin(m/s)	Vmax(m/s)	PI	RI
观察组	术前	50	0.22±0.03	0.55±0.07	1.60±0.53	0.61±0.35
	术后 6 个月	50	0.10±0.04*	0.37±0.03*	2.46±0.69*	0.79±0.36*
对照组	术前	50	0.23±0.04	0.57±0.05	1.59±0.56	0.63±0.31
	术后 6 个月	50	0.14±0.03*	0.34±0.03*	2.48±0.63*	0.81±0.38*

注:与手术前比较,* $P < 0.05$ 。

2.4 观察组与对照组患者术后并发症发生情况 与对照组对比,观察组患者输卵管病变及盆腔包块发生率显著下降,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 观察组与对照组患者术后并发症发生情况[n(%)]

组别	n	输卵管病变	盆腔包块
观察组	50	0(0.00)	3(6.00)
对照组	50	8(16.00)	9(18.00)
χ^2		15.973	9.324
P		<0.05	<0.05

3 讨 论

卵巢是女性重要的生殖器官,也是重要的内分泌腺体之一,能够使女性的生理特征得以维持,确保性激素水平的稳定,同时还与女性的正常新陈代谢具有密切联系^[5]。当女性的卵巢功能降低时,则会致使性激素分泌水平减低,诱发骨质疏松、围绝经期症状等。子宫能够分泌细胞因子、激素、酶等重要的活性物质,当女性患者发生子宫良性病变,需要进行全子宫切除术时,在子宫被切除后,子宫内膜的受体则会消失,使卵巢的功能受到明显的影响^[6]。据相关研究显示,进行全子宫切除术的患者 LH 及 FSH 等激素会出现明显的上升,而 E2 水平则会降低,说明卵巢功能在子宫切除后受到影响^[7]。目前临床上对于子宫切除术的同时切除输卵管是否会影响卵巢功能存在较大的争议。卵巢动脉分支是输卵管的主要血供,与卵巢的血供具有较大的相似性^[8]。

在本研究中分别对子宫良性病变的患者行全子宫切除术和全子宫切除术同时切除输卵管,结果显示,观察组与对照组的术中出血量、手术时间及住院时间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),提示两组切除双侧输卵管并不会使术中出血量增多,手术时间及住院时间延长。在性激素水平分析中显示,与手术前对比,手术后观察组与对照组患者的 LH 及 FSH 水平均明显升高,E2 水平明显降低,且观察组患者的各指标水平变化更显著,说明两种手术方式均使卵巢功能下降,但切除输卵管对卵巢功能影响更明显。卵巢的血供由子宫动脉卵巢支和卵巢动脉共同构成,将双侧输卵管切除后将会切断卵巢来自子宫动脉来源的血供,致使卵巢血流指标发生变化^[9-10]。本次研究结果显示,与手术前对比,手术后观察组与对照组患者的 Vmin 及 Vmax 明显降低,PI 及 RI 明显升高,但两组术前以及术后各指标对比差异无统计学意义($P > 0.05$),这可能是因为医生手术操作技术好,在手术过程中损伤较小有关。在并发症分析中显示,观察组术后盆腔包块及输卵管病变的发生率明显

2.3 观察组与对照组患者手术前后卵巢血流指数对比 与手术前对比,手术后观察组与对照组的 Vmin 及 Vmax 明显降低,PI 及 RI 明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),但两组术前及术后各指标对比差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

降低,表明在全子宫切除术时同时切除双侧输卵管对降低术后并发症具有重要意义。

综上所述,全子宫切除术同时切除双侧输卵管对卵巢功能会产生不良影响,对卵巢血流参数不会造成影响,但可以降低术后患者盆腔包块及输卵管病变的发生率,可根据患者的具体情况进行手术的选择。

参考文献

- [1] 何志芳,邱家玲.全子宫加双侧输卵管切除对卵巢血供及卵巢内分泌功能影响[J].安徽医学,2014,35(3):366-368.
- [2] Kurman RJ,Shih IM. Molecular pathogenesis and extraovarian origin of epithelial ovarian cancer-shifting the paradigm[J]. Hum Pathol,2011,42(7):918-931.
- [3] 高蔚然,王荣改,张俊芹,等.子宫切除术同时切除输卵管对卵巢功能的影响[J].河北医药,2011,33(17):2650.
- [4] 郭丽.子宫切除术中预防性切除输卵管研究进展[J].中华实用诊断与治疗杂志,2016,30(1):18-20.
- [5] 邓丽,韦业平,邵世清,等.围绝经期妇女腹腔镜子宫切除术同时切除双侧输卵管的临床价值[J].实用医学杂志,2015,31(14):2309-2311.
- [6] McAlpine JN,Hanley GE,Woo MM,et al. Opporunistic salpingectomy: uptake, rases, and complications of a regional initiative for ovarian cancer prevention[J]. Am J Obstet Gynecol,2014,210(5):471.
- [7] Sebastian B,Benjamin T,Sven K,et al. Laparoscopic supracervical hysterectomy with concomitant bilateral salpingectomy-why not? [J]. Anticancer Res,2013,33(6):2771-2774.
- [8] 易清华,凌晨容,陈克朋,等.围绝经期妇女子宫良性疾病行子宫切除术同时切除双侧输卵管的临床应用价值探讨[J].中华妇产科杂志,2012,47(2):110-112.
- [9] 王泽青,潘丽贞,王英.腹腔镜与开腹子宫切除术的疗效比较及对卵巢功能影响的研究[J].中国计划生育和妇产科,2012,4(4):64-65.
- [10] 陈荣.围绝经期妇女子宫良性疾病子宫切除术同时切除双侧输卵管的临床应用[J].西北国防医学杂志,2013,34(6):510-511.