

腹腔镜辅助阴式与腹式全子宫切除术治疗宫颈原位癌的临床疗效比较

沈战军

醴陵市妇幼保健计划生育服务中心妇科 412200

[摘要]目的 探讨宫颈原位癌应用腹腔镜辅助阴式全子宫切除术治疗与腹式全子宫切除术治疗效果对比。**方法** 选择宫颈原位癌患者 40 例, 均为我院 2015 年 4 月至 2017 年 4 月收治, 随机分组, 就腹腔镜辅助下阴式全子宫切除术方案治疗 (A 组, $n=20$) 与全子宫切除术治疗 (B 组, $n=20$) 效果展开对比。**结果** A 组宫颈原位癌患者手术操作用时、术中实际出血量、术后肛门恢复排气时间、总住院天数、使用抗感染药物时间均明显少于 B 组, 具统计学差异 ($P<0.05$)。A 组无并发症发生, B 组伤口脂肪液化 4 例, 占 20%, 具统计学差异 ($P<0.05$)。A 组无术后残留, B 组 1 例, 占 5%, 无统计学差异 ($P>0.05$)。**结论** 针对临床收治的宫颈原位癌患者, 应用腹腔镜辅助阴式全子宫切除术, 相较腹式全子宫切除术, 手术情况更为良好, 术后机体可尽快恢复, 且具更高安全性, 有较理想的开展价值。

[关键词] 腹腔镜辅助阴式全子宫切除术; 腹式全子宫切除术; 效果对比

[中图分类号] R737.33

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 04-182-01

现阶段, 微创医学成就卓越, 在腹腔镜下实施阴式全子宫切除具损伤小、无切口疼痛、康复用时短等多项优点, 可规避腹式子宫全切远期并发症率高、康复慢等诸多问题, 使患者得到更为理想的治疗^[1]。本次研究选择相关病例, 通过上述两项术式的对比, 就腹腔镜辅助阴式子宫切除术应用优势展开探讨, 现回顾结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择宫颈原位癌患者 40 例, 均经宫颈细胞学检查结合 B 超、妇科检查确诊, 病理分级经检测为 G1-G2 期。随机分组, A 组 20 例, 年龄 28-64 岁, 平均 (38.9±2.4) 岁, 体重平均 (71.5±2.6) kg; B 组 20 例, 年龄 27-63 岁, 平均 (38.4±2.6) 岁, 体重平均 (71.3±2.8) kg。两组均对本次实验知情同意书自愿签署, 并排除机体其它系统合并严重疾患者, 组间自在信息可比 ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 A 组: 本组病例应用腹腔镜下阴式全子宫切除术方案治疗, 协助受术者取膀胱截石位, 垫高臀部呈 15°-30°, 手术在气管麻醉下实施, 将举宫器及导尿管准确置入, 后轻柔置入腹腔镜, 对腹腔、盆底具体情况仔细探查, 如子宫形态、大小、病灶性质等, 对手术操作方式及范围进行确定。完成双极电凝操作后, 在 PK 刀作用下, 将卵巢固有韧带、子宫圆韧带等依次切断, 对子宫膀胱反折腹膜行锐性减开处理, 应用阴道拉钩将宫颈有效、充分暴露, 膀胱与宫颈前方紧贴, 作下推操作, 以防对输尿管构成损伤, 将双侧宫旁组织有效分离, 经阴道将完成分离后的子宫组织取出, 送病检。阴道残端经阴道或腹腔镜作缝合操作, 取引流管予以妥善放置, 行腹部切口缝合, 结束手术。

1.2.2 B 组: 本组采用腹式全子宫切除术方案治疗。常规对腹壁脐周进行消毒操作, 于下腹部耻骨联合上约 2cm 处取一横切口, 长约 6-8cm, 切腹。用卵圆钳对子宫一侧角作夹提处理, 使其达切口处, 钳夹圆韧带、输卵管后, 行结扎处理。若附件组织存在病变, 需作切除治疗者, 可先对膀胱作下推操作, 将卵巢周围韧带切断。对侧手法相同。在开展手术时, 需将子宫主韧带、输尿管等避开, 避免出现将韧带切断的情况。环形将子宫筋膜切开约 3mm 左右, 对子宫钳夹牵引, 使其同宫筋膜分离, 将切下的子宫送病检, 对残端进行缝合。有出血情况者, 需缝合止血或钳夹止血, 结束手术后, 导尿管需留置 48h。

1.3 观察指标

记录两组手术操作用时、术中具体出血量、术后肛门恢复排气时间、总住院天数、应用抗生素时间。对比两组术后残留及并发症发生率。

1.4 统计学分析

涉及数据均输入 SPSS13.0, 组间计量资料如手术操作用时、术后肛门恢复排气时间等应用 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 行 t 检验, 计数资料如术后残留、并发症率采用 (%) 表示, 行 χ^2 检验, $P<0.05$ 差异具统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况

A 组宫颈原位癌患者手术操作用时、术中实际出血量、术后肛门恢复排气时间、总住院天数、使用抗感染药物时间均明显少于 B 组, 具统计学差异 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1. 两组手术情况对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	手术时间 (min)	术中出血 (ml)	术后排气 (h)	住院时间 (d)	抗感染时间 (d)
A 组 ($n=20$)	59.4±13.2	132.4±43.1	35.2±5.3	15.7±2.7	9.8±1.3
B 组 ($n=20$)	69.1±16.4	162.4±48.3	40.8±6.1	22.3±3.5	12.7±2.4
t	2.601	2.072	3.099	6.677	4.751
P	0.046	0.045	0.003	0.000	0.000

2.2 并发症及术后残留

A 组无并发症发生, B 组伤口脂肪液化 4 例, 占 20%, 具统计学差异 ($\chi^2=4.444$, $P<0.05$)。A 组无术后残留, B 组 1 例, 占 5%, 无统计学差异 ($\chi^2=1.025$, $P>0.05$)。

3 讨论

宫颈原位癌近年发病率明显上升, 且渐趋年轻化, 已成为严重威胁到女性生命健康的妇科生殖系统领域常见恶性肿瘤疾病。手术为临床主要对本病治疗的手段, 但手术切除范围如何, 直接关系到术后复发率^[2-3]。故实施手术时, 需以将病灶尽可能的切除、促复发率降低、且避免过度治疗为基本需遵循的原则。传统全子宫切除术可使盆底的解剖结构受到破坏, 进而影响到患者正常生活。

腹式子宫全切除术目前在临床已是一项较为成熟的术式, 其操作技巧易掌握, 适应证范围较广, 更易被广大医生接受, 但因其对机体有一定损伤, 故术后康复进程相对缓慢, 有多项并发症发生风险, 故对更优化的术式进行选择具有十分必要性^[4]。近年来, 随着微创医学取得的卓越成就, 腹腔镜辅助阴式子宫全切除术日趋完善, 其可获得开腹手术相近的较为清晰的视野, 又可防范传统阴道手术无法对盆底情况进行掌握的不足, 有效结合了腹腔镜与阴式手术优点, 且对腹腔造成的干扰程度较小, 操作过程中创伤小, 机体在术后可尽快恢复, 故预后呈更理想显著^[6-7]。结合本次研究结果, A 组手术操作用时、术中实际出血量、术后肛门排气时间等均少于 B 组, 不良反应率低于 B 组。

综上, 针对临床收治的宫颈原位癌患者, 应用腹腔镜辅助阴式全子宫切除术, 相较腹式全子宫切除术, 手术情况更为良好, 术后机体可尽快恢复, 且具更高安全性, 有较理想的开展价值。

[参考文献]

- [1] 董华容, 胡利霞. 腹腔镜辅助下阴式子宫全切除术治疗宫颈原位癌的价值 [J]. 中国医药导报, 2012, 9(15): 63-64.
- [2] 李叶, 张思辰, 周丹, 等. 腹腔镜辅助阴式子宫广泛切除术治疗宫颈癌的临床研究 [J]. 医学研究杂志, 2013, 42(8): 67-70.
- [3] 王红, 李金淑, 王秀峰, 等. 非脱垂子宫经阴道全切除术与经腹全切除术疗效对比分析 [J]. 中国全科医学, 2010, 13(9): 1005-1006.