腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术的比较

裴桂华
(北京市通州区妇幼保健院, 北京 101100)

[摘 要] **目的**: 对比腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术两种术式治疗效果和并发症的差异。**方法**: 将实施子宫肌瘤剔除术且有生育要求的309例患者分成腹腔镜组与开腹组,比较两组患者手术前、手术中、手术后情况,术后并发症以及术后随访情况。**结果**: 腹腔镜组术后血红蛋白含量低于开腹组,差异有统计学意义($P<0.01$);腹腔镜组手术时间、术后腹腔引流量、术后子宫肌瘤残留率以及复发率高于开腹组,差异有统计学意义($P<0.01$);开腹组术后肠梗阻、尿潴留发生率高于腹腔镜组,差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论**: 腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术用于治疗子宫肌瘤时各有优缺点。

[关键词] 子宫肌瘤; 妇科外科手术; 腹腔镜; 对比研究
[中图分类号] R713.4 [文献标识码] A [文章编号] 1000-2707(2015)02-0186-03

Comparison between Laparoscopic and Laparotomic Myomectomy

PEI Guihua
(*Maternal and Child Health Hospital of Beijing Tongzhou District, Beijing 101100, China*)

[**Abstract**] **Objective**: To compare the difference of clinical effects and complications between laparoscopic and laparotomic myomectomy. **Methods**: A total of 309 hysteromyoma patients accepting myomectomy and having fertility requirements were divided into laparoscopy group and laparotomy group. The situation during operation, after operation, postoperative complications and postoperative follow-up were compared in two groups. **Results**: The content of hemoglobin in laparoscopy group was lower than that of laparotomy group($P<0.01$); The operation time, postoperative drainage volume, postoperative residual uterine fibroids rate and recurrence rate in laparoscopy group were higher than those of laparotomy group, and all differences were statistically significant ($P<0.01$); The complication rate of postoperative ileus and urine retention in laparotomy group were higher than that of laparoscopy group, and differences were statistically significant ($P<0.01$). **Conclusions**: There are advantages and disadvantages of laparoscopic operation and laparotomy in the treatment of uterine fibroids.

[**Key words**] hysteromyoma; gynecologic surgical procedures; laparoscopes; comparative study

子宫肌瘤是女性生殖道最常见的良性肿瘤,随着育龄期年龄的增长,其发病率逐渐升高[1]。传统子宫肌瘤的首选治疗方法是手术,对于无生育要求的患者,子宫切除是最好的选择;对于有生育要求的子宫肌瘤患者,行子宫肌瘤剔除术为首选[2]。传统开腹子宫肌瘤剔除术有创伤大,术后恢复慢等缺点,所以微创技术腹腔镜子宫肌瘤剔除术亦逐渐成为被选择术式[3]。但是腹腔镜子宫肌瘤剔除术仍有术后残留率高及复发率高等缺点,而且对于腔镜下缝合技术不强等医师来说,行腹腔镜子宫肌瘤剔除术时出血并不比开腹少[4]。为了对比两者的疗效,对分别实施两种子宫肌瘤剔除术术式的患者进行回顾性分析,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 资料来源

选择2009年8月~2011年8月收治的经B超诊断子宫肌瘤并行子宫肌瘤剔除术的患者,有生

网络出版时间:2015-02-12 网络出版地址:http://www.cnki.net/kcms/detail/52.5012.R.20150212.1645.018.html

育要求,输卵管通畅。排除盆腔炎性疾病、合并其他妇科肿瘤或输卵管因素而不孕的患者,排除子宫腺肌病患者。最终纳入的患者共309例,将其分成腹腔镜手术组与开腹手术组。腹腔镜手术组患者168例,年龄22~45岁,平均32岁;开腹手术组患者141例,年龄20~46岁,平均31岁。两组在年龄、体质指数(BMI)、术前血红蛋白、术前主要主诉以及最大子宫肌瘤直径差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2　评价指标

剔除子宫肌瘤个数、最大子宫肌瘤直径、手术时间、术中出血量、放置腹腔引流、发热(术后24~48 h体温>38 ℃)的人数、术后住院时间、术前术后血红蛋白含量、术后腹腔引流量、肠梗阻、尿潴留或切口感染等并发症发生率。所有患者术后随访2年,分别于术后第1、3以及6月随访1次,以后每半年随访1次。随访内容包括术后子宫肌瘤残留、复发及妊娠情况。术后第1和3月复查B超均提示子宫肌瘤的患者为术后残留,术后第6月或1年后复查B超提示子宫肌瘤为复发。子宫肌瘤进入宫腔患者,严格避孕1年;子宫肌瘤未进入宫腔的患者,建议术后避孕半年。最后随访时间为2013年8月30日。

1.3　统计学分析

采用SPSS 17.0对所有数据进行统计学处理,计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用t检验;计数资料用百分比表示,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

两组的术中出血量、术后放置腹腔引流人数、术后发热、术后住院时间、术前血红蛋白含量、切口感染及妊娠率等方面的差别无统计学意义($P>0.05$)。腹腔镜组患者术后血红蛋白含量低于开腹组,差异有统计学意义($P<0.01$)。随访1年,腹腔镜组术后失访23人,失访率13.7%,开腹组术后失访27人,失访率19.1%,两组差异无统计学意义($P>0.05$)。腹腔镜组手术时间、术后腹腔引流量、术后子宫肌瘤残留率以及复发率均高于开腹组,差异有统计学意义($P<0.01$)。开腹手术者术后肠梗阻、尿潴留并发症发生率高于腹腔镜手术组,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表1。

表1　两组患者术中、术后情况、并发症以及随访情况

Tab.1　Situation during operation, after operation, postoperative complications and postoperative follow-up conditions of patients in the two groups

项目		腹腔镜组($n=168$)	开腹组($n=141$)	P
术中情况	手术时间(min)	70±7.2	52±8.9	<0.01
	术中出血(mL)	140±5.7	135±6.3	>0.05
	剔除子宫肌瘤个数(个)	1.5±0.6	3.6±1.2	<0.01
	放置腹腔引流人数(n,%)	8(5.0)	5(3.1)	>0.05
术后情况	发热(n,%)	41(25.6)	46(28.8)	>0.05
	术后住院时间(d)	4.4±1.5	6.7±2.1	>0.05
	术后血红蛋白含量(g/L)	95±14.2	112±11.9	<0.01
	术后腹腔引流量(mL)	112±5.6	80±7.3	<0.01
术后并发症(n,%)	肠梗阻	0(0)	5(3.5)	<0.01
	尿潴留	0(0)	4(2.8)	<0.01
	切口感染	2(1.2)	7(5.0)	>0.05
术后随访情况(n,%)	失访人数	23(13.7)	27(19.1)	>0.05
	子宫肌瘤残留	39(27.4)	17(14.9)	<0.01
	复发人数	41(28.0)	15(13.4)	<0.01
	妊娠人数	74(51.2)	67(58.9)	>0.05

3　讨论

腹腔镜技术的熟练程度跟手术时间有密切关系,取子宫肌瘤及镜下缝合比开腹术所需时间长,使得腹腔镜下子宫肌瘤剔除术比开腹子宫肌瘤术所需时间长,这与本研究结果一致[5]。当然手术时间长短还与子宫肌瘤生长部位、子宫肌瘤大小等有关[5-6]。术后的血红蛋白变化可以反映术中出血情况,本研究发现腹腔镜组术后血红蛋白含量低于开腹组,提示腹腔镜手术组术中出血量或术后出血量可能比开腹组高。因为腹腔镜手术下行子宫肌瘤剔除后,缝合瘤腔需很好的镜下缝合技术,然而再好的镜下的缝合技术也不及开腹手术止血直观、快速,所以开腹手术在术中缝合瘤腔止血所用时间可能比腹腔镜少。

有许多报道表明,腹腔镜子宫肌瘤剔除术后子宫残留率比开腹高且复发率高,本文结果与其基本一致[7-8]。腹腔镜手术剔除子宫肌瘤个数明显比开腹手术少,术后残留率、复发率高。因为腹腔镜下不能通过手的触摸感受肌层的子宫肌瘤的存在,对于直径<1 cm及位于肌层深部的子宫肌瘤无法剔除。而开腹手术则无此限制,可尽可能切除所发

现子宫肌瘤,所以术后残留率及复发率较低。但有报道认为子宫肌瘤术后复发率与子宫肌瘤剔除方式并不相关[9]。本文未对影响子宫肌瘤的其他因素进行分析,所以结果存在一定误差。

作为微创手术,腹腔镜有防止术后粘连、术后并发症少等优点。本研究发现,腹腔镜组术后肠梗阻尿潴留发生率比开腹组少。有报道认为腹腔镜下子宫肌瘤剔除术后妊娠率比开腹手术要高[8,10-11]。但本研究未发现两种术式术后妊娠率的差别。然而,影响妊娠的因素是多方面的,子宫肌瘤剔除术后子宫形态的恢复情况以及宫腔情况都会对妊娠造成影响。由于子宫肌瘤与不孕症的关系存在争议,剔除子宫肌瘤是否会增加妊娠几率的问题仍值得探讨。对于通宫腔的子宫肌瘤患者,术后仍需避孕 1 年以上。对于输卵管通畅的患者来说,这 1 年或许是受孕的最佳时机,错过此时机,术后受孕几率随时间的推移而降低,但目前仍无大型随机对照试验证实[4]。

总之,腹腔镜子宫肌瘤剔除术并不是此类患者的唯一首选,合适的手术方式、熟练的操作是获得最佳手术效果的关键。

4 参考文献

[1] Bulun SE. Uterine Fibroids[J]. New England Journal of Medicine, 2013(14):1344-1355.

[2] Falcone T, Parker WH. Surgical management of leiomyomas for fertility or uterine preservation[J]. Obstet Gynecol, 2013(4):856-868.

[3] Sami Walid M, Heaton RL. The role of laparoscopic myomectomy in the management of uterine fibroids[J]. Curr Opin Obstet Gynecol, 2011(4):273-277.

[4] Somigliana E, Vercellini P, Daguati R, et al. Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence[J]. Hum Reprod Update, 2007(5):465-476.

[5] Jin C, Hu Y, Chen XC, et al. Laparoscopic versus open myomectomy, a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2009(1):14-21.

[6] 欧阳煜宏. 不同术式子宫肌瘤剔除治疗子宫肌瘤 280 例临床观察[J]. 中国妇幼保健, 2011(36): 5831-5834.

[7] 邓丽. 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]. 中国基层医药, 2012(23): 3583-3584.

[8] 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(9): 669-673.

[9] 瞿红,张震宇,刘崇东,等. 子宫肌瘤剔除术后复发危险因素的分析[J]. 实用妇产科杂志, 2007(12): 726-727.

[10] 霍翠云,李斌. 不同子宫肌瘤剔除术后复发及受孕率初步分析[J]. 中国妇幼保健, 2011(4): 513-515.

[11] 李洁, 赵树旺. 开腹与腹腔镜剔除子宫肌瘤对术后妊娠的影响[J]. 现代妇产科进展, 2006(10): 798-800.

(2014-10-25 收稿,2014-12-03 修回)
中文编辑: 文箐颖; 英文编辑: 周 凌

(上接第 185 页)

准,动态观察主要临床表现和某些特异性体征,特别是卡疤红斑和肛周充血脱屑,结合实验室检查指标和超声心动图变化,并排除其他疾病,是早期诊断不完全 KD 的关键。

4 参考文献

[1] 中华儿科杂志,中华医学会儿科学分会心血管学组,中华医学会儿科学分会免疫学组,等. 川崎病专题讨论会纪要[J]. 中华儿科杂志, 2007(11):826-830.

[2] 陆媛勋, 闫宗荣, 吴明昌. 儿童不完全川崎病诊断的探讨[J]. 中国医刊, 2009(10):55-57

[3] 张乾忠. 不典型川崎病的临床表现和诊断[J]. 中国实用儿科杂志, 2006(10):728-730

[4] 安新江,王明光,杜建侠. 小儿不完全川崎病临床特征分析[J]. 临床医学, 2008(2):21-23.

[5] Row Ley AH. Incomplete(atypical)Kawasaki disease[J]. Pediatr Infect Dis J, 2002(6):563-565.

[6] 仝桃玲. 不完全川崎病 56 例 Logisric 回归分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2010(32):4141-4142.

[7] 张清友,杜军保. 不完全川崎病的诊治现状[J]. 中华儿科杂志, 2006(5):339-341.

[8] 吕雪萍. 小儿不完全川崎病 34 例临床分析与治疗体会[J]. 中国医疗前沿, 2012(1):35,86.

[9] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002:698-705.

[10] 门晓英. 不同剂量丙种球蛋白治疗川崎病的临床疗效对比[J]. 中国实用医药, 2010(5):76-77.

[11] 朴金花,金莲花,孙景辉,等. 大剂量静脉注射丙种球蛋白无反应性川崎病的临床分析[J]. 临床儿科杂志, 2009(5):480-483.

[12] Kim HK, Oh J, Hong YM, et al. Paramelers to guide relreal-menlafler initial inlravenous immunoglobulin therapy in Kawasaki disease[J]. Korean Circ J, 2011(7):379-384.

(2014-09-13 收稿,2014-11-25 修回)
中文编辑: 文箐颖; 英文编辑: 刘 华