DOI:10.16016/j.1000-5404.201606182

子宫次全切后行残留子宫颈切除术27例临床分析

李宇迪[1],程 静[2],邓 黎[1],徐惠成[1] (400038 重庆,第三军医大学西南医院妇产科[1];617000 四川 攀枝花,攀枝花市第二人民医院妇产科[2])

[摘要] **目的** 回顾性分析27例子宫次全切后行残留子宫颈切除术患者的临床资料,探讨子宫次全切后行残留子宫颈切除术的临床策略。**方法** 回顾性分析我科2012-2014年收治的27例残留子宫颈切除患者的临床资料。患者均在院外行子宫次全切除术,并于我院接受残留子宫颈切除术。其中,开腹手术2例,腹腔镜中转开腹的1例,腹腔镜手术的24例。**结果** 患者行次全子宫切除术时年龄为29~52(44.2±6.7)岁。2例因产后出血行子宫次全切除,25例因患者要求保留子宫颈行子宫次全切除。残留子宫颈切除时间距子宫次全切除术时间平均53(0.5~251.0)个月,包括宫颈残端肌瘤8例,宫颈残端癌19例。术后共发生4例并发症,包括肠瘘1例,肠梗阻1例,腹壁脓肿合并肺炎1例,膀胱阴道瘘1例。与同时期我院收治并行子宫全切的482例患者比较,残留子宫切除术患者手术时间更长,术中出血量更多,住院天数更久,住院费用更高,且差异有统计学意义($P<0.05$,$P<0.01$)。**结论** 行残留子宫颈切除应根据个人的手术习惯和对各种路入途径的掌握情况而定,但要由有经验的医师主刀。若患者坚决要求行次全子宫切除,术前应排除宫颈和内膜恶性病变,术后要求严密随访宫颈。

[关键词] 子宫次全切除术;残留子宫颈;手术治疗;腹腔镜
[中图法分类号] R181.32;R713.42;R713.44 [文献标志码] A

Clinical analysis of residual cervical resection after subtotal hysterectomy in 27 cases

Li Yudi[1], Cheng Jing[2], Deng Li[2], Xu Huicheng[1] ([1]Department of Obstetrics and Gynecology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400037;[2] Department of Obstetrics and Gynecology, Panzhihua Second People's Hospital, Panzhihua, Sichuan Province, 617000, China)

[**Abstract**] **Objective** To study the clinical outcomes of residual cervical resection after subtotal hysterectomy in 27 cases for providing better strategy in treatment and preventing postoperative complications. **Methods** The clinical data of 27 cases of residual cervical resection after subtotal hysterectomy in Southwest Hospital from January 2012 to December 2014 was retrospectively reviewed. The subtotal hysterectomy was performed in other hospitals and residual cervical resection was operated in our hospital. Among them, 2 cases underwent open surgery, 24 cases of laparoscopy, and 1 case converting from laparoscopic to open surgery. **Results** The age of patients undergoing subtotal hysterectomy was from 29 to 52 (averagely 44.2±6.7). Two cases were due to postpartum hemorrhage, other 25 cases was based on patients' intention to retain the cervix. The average interval of residual cervical resection after subtotal hysterectomy was 53 months (0.5~251.0 months). There were 8 cases of cervical stump myoma, and 19 cases of cervical stump carcinoma. 4 cases occurred postoperative complications, including 1 case intestinal fistula, 1 case intestinal obstruction, 1 case abdominal abscess accompanied with pneumonia, and 1 case vesicovaginal fistula. Compared with 482 cases who underwent total hysterectomy during the same period in our hospital, residual hysterectomy had longer surgical time, more intraoperative blood loss, increased period of hospital stay, and the cost was more expensive. The difference between the two surgical procedures was statistically significant ($P<0.05$, $P<0.01$). **Conclusion** The residual cervical resection should be performed by experienced surgeons with optimal surgical approach *e.g.* laparoscopy or laparoscopy-assisted abdominal/vaginal hysterectomy. In case of

[通信作者] 徐惠成,E-mail:541289314@qq.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20160907.1027.001.html

subtotal hysterectomy strongly required by patients, preoperative cervical and endometrial malignant lesions should be excluded, and routine postoperative follow-up of cervix is needed.

[**Key words**] subtotal hysterectomy; residual cervix; surgical treatment; laparoscopy

Corresponding author: Xu Huicheng, E-mail: 541289314@qq.com

子宫次全切除术因其简便、并发症少、患者生活质量高等优点,逐渐被中青年女性所接受,成为妇产科最为常见的基本手术之一[1]。但由于其保留患者的子宫颈,导致宫颈残端可能发生病变,使患者需要二次手术[2],给患者带来沉重的负担。本研究回顾性分析27例子宫次全切后行残留子宫颈切除术患者的临床资料,以探讨子宫次全切除术需注意的问题、宫颈残端病变的发生原因、病理和临床特征以及防治方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取西南医院自2012-2014年收治的27例残留子宫颈切除患者的临床资料。患者均在外院行次全子宫切除术,术后因子宫残端肌瘤或子宫残端癌于本院行残留子宫颈切除术。27例患者均已生育。本研究经患者本人知情同意,并通过医院伦理委员会审批。纳入标准:①患者有子宫次全切除术史;②于我院病理科行宫颈活组织检查确诊为子宫残端癌,或经超声和查体诊断为子宫残端肌瘤。排除标准:①高度怀疑为子宫残端恶性肿瘤,但未行宫颈活检术,无法明确诊断的患者;②合并有其他恶性肿瘤的患者;③合并有重要脏器器质性病变的患者。

1.2 方法

1.2.1 资料收集 根据纳入标准与排除标准,选取27例符合标准的病例,并收集其临床资料,具体包括姓名、性别、年龄、入院时间、病案号、生育史以及手术史,手术史中子宫次全切的病因、时间,术前有无特殊检查,子宫次全切至发生宫颈残端病变的间隔时间、临床症状及体征、病理活检结果、临床分期、治疗方案和各项随访情况。其中宫颈癌分期根据2003年的FIGO临床分期系统进行[3]。另选取同时期我院收治的子宫全切患者482例,年龄30~55(47.2±8.1)岁。与子宫次全切患者相比,一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2.2 随访 对27例患者进行电话随访,并重点了解患者残留子宫颈切除后是否定期复查,有无术后并发症,当前健康状况以及是否死亡、死亡的原因和时间。随访工作截止到2015年12月31日,27例患者均未丢失,随访率100%。482例子宫全切患者采取门诊随访与电话随访,了解重点与截止时间同子宫次全切患者。

1.3 统计学方法

将本研究27例患者全部资料输入Excel表格,建立数据库,并进行相应描述性统计。采用SPSS 20.0统计软件,计量资料以$\bar{x}\pm s$表示,行独立样本t检验;计数资料以百分比表示,行χ^2检验,检验水准$\alpha=0.05$。

2 结果

2.1 年龄分布

患者行次全子宫切除术时年龄29~52(44.2±6.7)岁。确诊子宫残端病变时平均年龄52.4(30~68)岁。根据患者年龄构成,将其分为5组,结果呈单峰分布,40~<50岁组为高峰年龄,残留子宫颈切除时间距子宫次全切除术时间15 d至251个月,平均53个月(表1)。

2.2 子宫次全切原因

2例因产后出血行子宫次全切除,25例因患者要求保留子宫颈行子宫次全切除,包括子宫肌瘤19例,子宫腺肌症1例,子宫内膜不典型增生3例,异常子宫出血2例。其中,4例(14.81%)在三甲医院接受手术治疗,23例(85.19%)在二甲医院接受手术治疗。手术前,仅有3例患者(11.11%)例行宫颈检查,24例(88.89%)未进行宫颈特殊检查。2例(7.40%)接受腹腔镜子宫次全切除术,25例(92.6%)接受开腹子宫次全切除术。

2.3 残留子宫颈切除的原因及方法

经过术前、术后病理证实宫颈残端肌瘤8例,宫颈残端癌19例。宫颈残端癌中,鳞癌16例(84.21%),腺癌2例(10.53%),腺鳞癌1例(5.26%)。根据FIGO2009修订的宫颈癌临床分期标准,ⅠA2期2例(10.53%),ⅠB1期5例(26.32%),ⅠB2期1例(5.26%),ⅡA1期8例(42.11%),ⅡA2期1例(5.26%),ⅡB期2例(1.53%)。

27例患者中,8例宫颈残端肌瘤患者行腹腔镜下宫颈残端切除术,其余19例宫颈残端癌患者则根据肿瘤的临床分期进行手术治疗,3例行腹腔镜下宫颈残端次广泛切除术+盆腔淋巴清扫术;16例行宫颈残端广泛切除术+盆腔淋巴清扫术,其中13例在腹腔镜下进行,2例开腹进行,1例腹腔镜中转开腹。其中,4例患者进行术中输血。

表 1 27 例宫颈残端病变患者年龄分布[例数(%)]

病史时间	<30 岁	30 ~ <40 岁	40 ~ <50 岁	50 ~ <60 岁	≥60 岁
接受子宫次全切时年龄	1(3.70)	4(14.81)	19(70.37)	3(11.11)	0(0.00)
确诊子宫残端病变时年龄	1(3.70)	1(3.70)	13(48.15)	11(40.74)	1(3.70)

表 2 残留子宫切除与子宫全切患者情况比较($\bar{x} \pm s$)

术式	例数	手术时间(min)	术中出血量(mL)	住院天数(d)	住院费用(元)
残留子宫切除	27	165.8 ± 142.8	200.8 ± 387.4	14.8 ± 5.7	34 524.8 ± 857.1
子宫全切除	482	63.8 ± 14.8	114.5 ± 67.0	7.4 ± 2.4	14 852.4 ± 658.4
t		14.567	3.991	14.012	148.461
P		<0.01	0.011	<0.01	<0.01

2.4 手术情况

与同时期我院收治并行子宫全切的 482 例患者比较,残留子宫切除术患者手术时间更长,术中出血量更多,住院天数更久,住院费用更高,且差异有统计学意义($P<0.05$,$P<0.01$,表 2)。

2.5 术后随访

27 例患者中,术后共发生 4 例并发症,肠瘘 1 例,肠梗阻 1 例,腹壁脓肿合并肺炎 1 例,膀胱阴道瘘 1 例。肠瘘患者于术后 15 d 开腹行瘘修补术,肠梗阻患者于术后 21 d 腹腔镜下肠粘连松解术,腹壁脓肿患者局部换药保守治疗,膀胱阴道瘘患者于术后 8 个月行经腹膜外膀胱阴道瘘修补术。截止 2015 年 12 月 31 日随访结束,无死亡病例。

3 讨论

作为一种简便、有效的快速切除子宫方式,子宫次全切除术可用于各种原因导致的需切除子宫而保留子宫颈的患者,从而确保子宫颈在保持患者性功能和盆底承托力方面继续发挥作用[4]。由于不缩短阴道长度,该术式能通过维护患者性生活质量将患者心理影响降至最低,同时,由于不损伤盆底韧带,还能有效降低患者穹窿脱垂的发生率[5],并且有效避免了膀胱、输尿管及相关交感、副交感神经损伤,不影响膀胱功能,因此,多为中青年女性患者所选择[6]。研究发现,随着患者自我意识的增强和患者主观意识高于医疗这一伦理原则的逐渐体现,选择子宫次全切除术的子宫病变患者数量显著增加[5]。但同时有学者认为,伴随手术技术的不断成熟和麻醉、输血、抗感染技术的发展,加之对宫颈残端癌认知的加深,全子宫切除术更应该受到推崇[7]。有国外研究数据显示,2005 年德国共实施 305 015 例子宫切除术,但其中 96% 均为全子宫切除术[8]。反观国内,目前还没有相关的统计数据。因此,本研究对子宫次全切后行残留子宫颈切除术患者的临床资料进行回顾性分析,探讨子宫次全切除术需注意的问题、宫颈残端病变的发生原因、病理和临床特征以及防治方法,可为临床治疗中子宫次全切除术与全子宫切除术的取舍提供理论依据。

残留子宫颈病变是子宫次全切除术的最大弊端之一,分为良性病变与恶性病变[9]。其中良性病变包括宫颈残端肌瘤、宫颈上皮内瘤变以及子宫内膜异位症等,以腹痛、下腹包块、不规则阴道流血为主要临床表现[10];恶性病变则主要是宫颈残端癌[11]。鉴于保留子宫颈发生残端病变的可能性,行子宫次全切除术前应该与患者充分沟通,并根据临床病情和医患双方意见进行取舍。若确定选择此术式,则术前必须进行相应妇科检查、人类乳头瘤状病毒检测以及液基薄层细胞学检查。如有必要,还可进一步行阴道活检和宫颈管分段诊刮。对于有恶变趋势或者已经发生恶变的患者,禁行子宫次全切。但本研究的患者在子宫次全切手术前,仅有 3 例(11.11%)行宫颈检查,24 例(88.89%)未进行宫颈特殊检查,提示许多二甲医院在子宫次全切术前检查方面仍需进一步加强。同时,本研究结果显示,有 8 例患者因宫颈残端肌瘤行残留子宫颈切除术,推测原因有二:①患者本身为肌瘤多发体质;②宫颈在子宫次全切除术前已有小肌瘤,但初次手术未被发现。有研究认为,宫颈残端癌可分为“隐性癌”和“真性残端癌”,前者为子宫次全切除术时已发生的癌变,多发现于术后 2 年内,后者为术后经癌前病变发展而成的浸润癌,90% 发生于术后 5 ~ 10 年[12]。本研究 19 例宫颈残端癌患者中,有 2 例确诊时间距子宫次全切除术少于 12 个月,推测为“隐性癌”,而有 5 例距之前手术长于 120 个月,推测为“真性残端癌”。

因为患者有子宫次全切除术史,无子宫体,同时还受盆腔炎、子宫内膜异位症等诸多因素影响,导致盆腔、腹腔发生不同程度粘连,因此需要钝性分离、锐行分离联合使用才可进入盆腔和腹腔[13]。同时,膀胱反折腹膜覆盖宫颈残端,导致宫颈残端的解剖位置发生改变,大大增加手术难度,并增加并发症的发生率[14],因此,本研究结果显示,与同时期我院收治并行子宫全

切的482例患者比较,残留子宫切除术患者手术时间更长,术中出血量更多,住院天数更久,住院费用更高。而主要的并发症包括出血和膀胱、输尿管、肠管的副损伤[15]。这与国内外学者的研究结果相符[16]。两者均与器官正常解剖位置改变有关[17]。在手术中,可从断端顶部将盆腹腔打开,通过提高宫颈残端辨别、分离膀胱和直肠间隙,切除宫颈残端。若解剖位置不够清晰,无法扪及宫颈残端,可通过充盈膀胱、阴道内上顶宫颈等方式使其暴露,必要时还可打开宫颈筋膜,进行鞘内残端宫颈的切除。关腹前对膀胱、输尿管和直肠应进行细致检查。

此外,关于子宫次全切除术和全子宫切除术对患者术后生活质量的影响,仍存在争议[18]。本研究的目的是为提升患者的治疗效果,减少副反应,最终提升生活质量而提供理论依据,但由于条件限制,本研究未对两种手术方式对患者生活质量的影响进行深入研究,其可作为下一步研究的方向。

综上所述,若患者坚决要求行次全子宫切除,术前应排除宫颈和内膜恶性病变,术后要求严密随访宫颈[19]。我们认为在非急诊状态下尽量行全子宫切除为佳。切除残留宫颈的手术增加了患者的费用、痛苦,同时也极大地增加了手术难度,易损伤肠管、膀胱、输尿管,必要时可能要切除部分膀胱、肠管,甚至造瘘。因此,是否通过腹腔镜,或是经腹、经阴道行残留子宫颈切除,应根据个人的手术习惯和对各种路入途径的掌握情况而定,但要由有经验的医师主刀。

参考文献:

[1] Marcelli M, Gauthier T, Chêne G, *et al*. How to avoid the complications associated with hysterectomy: Place of subtotal hysterectomy, prevention of venous thromboembolism risk and preoperative treatment: Guidelines[J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2015, 44(10): 1206 - 1218. DOI:10.1016/j.jgyn.2015.09.015

[2] Baskett T F. Hysterectomy: evolution and trends[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2005, 19(3): 295 - 305. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2004.11.007

[3] 吴小华. 宫颈癌的新分期与临床意义[J]. 实用妇产科杂志, 2011, 27(6): 406 - 407. DOI:10.3969/j.issn.1003-6946.2011.06.003

[4] Andersen L L, Ottesen B, Alling Møller L M, *et al*. Subtotal versus total abdominal hysterectomy: randomized clinical trial with 14-year questionnaire follow-up[J]. Am J Obstet Gynecol, 2015, 212(6): 758 - 751. DOI:10.1016/j.ajog.2014.12.039

[5] Ji J, Zuo P, Li L, *et al*. Primary malignant mixed Müllerian tumor of the fallopian tube after subtotal hysterectomy: a case report and literature review[J]. Arch Gynecol Obstet, 2015, 291(5): 1187 - 1190. DOI:10.1007/s00404-014-3611-z

[6] Angioni S, Pontis A, Multinu A, *et al*. Safe endobag morcellation in a single-port laparoscopy subtotal hysterectomy[J]. Minim Invasive Ther Allied Technol, 2016, 25(2): 113 - 116. DOI:10.3109/13645706.2015.1109521

[7] Yunker A, Curlin H, Banet N, *et al*. Does the uterine cervix become abnormally reinnervated after subtotal hysterectomy and what is the association with future trachelectomy[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2015, 22(2): 261 - 267. DOI:10.1016/j.jmig.2014.10.010

[8] Ting W H, Chuang Y C. A Modified Technique for Laparosocpic Subtotal Hysterectomy[J]. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2014, 21(6): S177. Doi: 10.1016/j.jmig.2008.01.009

[9] Healy W P, Arneson A N. A Study of Carcinoma of the Cervical Stump Developing after Subtotal Hysterectomy[J]. Nations & Nationalism, 2015, 21(2): 378 - 380.

[10] Abo C, Roman H. Subtotal Hysterectomy with Single Port Access Laparoscopy: Gadget or Progress[J]. Chirurgia (Bucur), 2016, 111(2): 144 - 150.

[11] 董晓霞, 林晓华, 王佐, 等. 残端宫颈切除术手术方法的探讨[J]. 现代妇产科进展, 2014, 23(9): 744 - 745. DOI:10.13283/j.cnki.xdfckjz.2014.09.021

[12] 黄柯, 叶明侠, 李立安, 等. 达芬奇机器人辅助腹腔镜下子宫颈残端癌根治术联合盆腔淋巴结切除术1例报告[J]. 中国微创外科杂志, 2014(9): 830 - 833. DOI:10.3969/j.issn.1009-6604.2014.09.019

[13] Dan T, Tirosh N B, Goldstein D, *et al*. Large Parasitic Myoma Post Laparoscopic Subtotal Hysterectomy with Morcellation: Case Report and Literature Review[J]. J Gynecol Surg, 2015, 31(3): 162 - 165. DOI:10.1089/gyn.2014.0108

[14] 张菲菲, 张家文, 郑莹, 等. 宫颈残端癌31例临床病理分析[J]. 实用妇产科杂志, 2015, 31(5): 361 - 364.

[15] 谢晔玲, 施如霞, 刘素芬. 腹腔镜下宫颈残端切除9例临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2012, 13(1): 53 - 54. DOI:10.3969/j.issn.1672-1861.2012.01.017

[16] Angioni S, Pontis A, Multinu A, *et al*. Safe endobag morcellation in a single-port laparoscopy subtotal hysterectomy[J]. Minim Invasive Ther Allied Technol, 2016, 25(2): 113 - 116. DOI:10.3109/13645706.2015.1109521

[17] 沈平, 戴志琴, 陆蔼梅, 等. 宫颈残端癌25例临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2012, 28(12): 1073 - 1074. DOI:10.3969/j.issn.1003-6946.2012.12.029

[18] Neilson J P. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions[J]. Obstet Gynecol, 2007, 110(3): 705 - 706. DOI:10.1097/01.AOG.0000280283.83502.e8

[19] Ruan J Y, Chen H Q, Gong Y H, *et al*. Laparoscopic subtotal hysterectomy due to giant uterine fibroids: a case report[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 2016, 43(1): 134 - 136.

(**收稿**:2016-06-30;**修回**:2016-08-07)

(编辑 吴培红)