doi:10.11659/jjssx.02E019001

·临床研究·

腹腔镜与宫腔镜手术治疗不同体积Ⅱ型子宫肌瘤的疗效分析

李 寅,杨 晓,胡红文,董朝玉 (云南省第三人民医院妇科,云南 昆明 650011)

[摘 要] **目的** 比较腹腔镜与宫腔镜手术治疗不同体积Ⅱ型子宫肌瘤的临床效果。**方法** 回顾性分析2010年1月至2018年11月我院进行腹腔镜与宫腔镜手术的Ⅱ型子宫肌瘤299例患者的临床资料,其中采取腹腔镜手术100例(腹腔镜组),采取宫腔镜手术199例(宫腔镜组)。将所有患者根据Ⅱ型子宫肌瘤的体积分为3个亚组,小体积亚组(肌瘤直径<4 cm)149例;中等体积亚组(4 cm≤肌瘤直径≤5 cm)103例;大体积亚组(肌瘤直径>5 cm)47例。比较3个亚组患者按两种不同手术方法的临床治疗效果,分别对比手术时间、术中出血量、术中中转手术方式发生率、一次手术完整切除率、较严重并发症发生例数、肠蠕动恢复时间。**结果** 小体积亚组:宫腔镜手术方式较腹腔镜手术在手术时间[(48.5±6.76)min *vs.* (57.8±8.02) min]、术中出血量[(67.9±12.48)mL *vs.* (74.6±10.46)mL]、肠蠕动恢复时间[(7.5±1.43) h *vs.* (20.1±4.5) h]等方面有优势,差异有统计学意义($P<0.05$);2组患者术中中转手术方式发生率(1.6% *vs.* 0)、一次手术切除率(95% *vs.* 100%)和较严重并发症发生率(0.85% *vs.* 0)比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。中等体积亚组:两种手术方式除肠蠕动恢复时间[(8.19±1.56) h *vs.* (18.56±3.86) h,$P<0.05$]宫腔镜略有优势外,其他指标比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。大体积亚组:除术中中转手术方式发生率(21% *vs.* 7.1%)外,两种术式其他差异无统计学意义($P>0.05$)。宫腔镜较腹腔镜在其他手术指标方面体现出一定的劣势,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 宫腔镜手术在肌瘤直径<4 cm时能够更快更彻底地切除肌瘤,术中出血少,术后恢复快,在小体积Ⅱ型子宫肌瘤的治疗中具有较明显的优势。但随子宫肌瘤体积增大,宫腔镜手术优势逐渐减小,在肌瘤直径4~5 cm时二者疗效相当。在大体积亚组,肌瘤直径>5 cm的子宫肌瘤中,宫腔镜手术并不优于腹腔镜手术且并发症风险明显增大。

[关键词] 宫腔镜;腹腔镜;子宫肌瘤切除术;Ⅱ型子宫肌瘤

[中图分类号] R713.4 [文献标识码] A [收稿日期] 2019-02-01

[基金项目] 云南省科技厅科技计划项目(2018FD118)

[7] Collard JM, Otte JB, Reynaert M, et al. Quality of life three years or more after esophagectomy for cancer[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1992,104(2):391-394.

[8] 曲家骐,侯维平,高 昕,等.电视胸腔镜食管癌切除术八例初步报告[J].中华外科杂志,1996,34(2):21-23.

[9] Depypere L, Coosemans W, Nafteux P, et al. Video-assisted thoracoscopic surgery and open chest surgery in esophageal cancer treatment: present and future[J]. J Vis Surg,2017,3:30. doi:10.21037/jovs.2017.01.02.

[10] Lv WQ, Wei WZ, Wu WB, et al. Significance of upper mediastinal lymph node dissection with video-assisted thoracic surgery in the treatment of middle thoracic esophageal carcinoma[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A,2017,27(10):1061-1064. doi:10.1089/lap.2016.0625.

[11] 邓汉宇,王志强,陈龙奇.食管癌手术的热点研究进展[J].中国胸心血管外科临床杂志,2017,24(3):233-238. doi:10.7507/1007-4848.201608014.

[12] 郑晓东,张卫民,侯建彬.超声内镜在食管癌多学科综合治疗中的临床应用价值分析[J/OL].中国现代医学杂志,2019:1-7.

[13] Sun LJ, Chen X, Dai YN, et al. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and treatment strategy choice of esophageal leiomyoma[J]. Clinics(Sao Paulo),2017,72(4):197-201. doi:10.6061/clinics/2017(4)01.

[14] 孙 斌,杨 林.超声内镜在食管癌分期及治疗评价中的应用[J].安徽医药,2018,22(4):599-602. doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2018.04.005.

[15] 杨莹莹,沈小春,樊 玲,等.超声内镜联合经内镜微探头在食管癌T、N分期中的价值[J].检验医学与临床,2016,13(11):1515-1517. doi:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.11.023.

[16] Hucl T. Role of endosonography prior to endoscopic treatment of esophageal cancer[J]. Minerva Chir,2018,73(4):410-416. doi:10.23736/S0026-4733.18.07809-4.

[17] 尹 哲,綦 俊.胸腔镜食管癌根治术中人工气胸与双腔插管临床应用对比分析[J].局解手术学杂志,2016,25(2):125-127. doi:10.11659/jjssx.08E015106.

[18] Mehta K, Bianco V, Awais O, et al. Minimally invasive staging of esophageal cancer[J]. Ann Cardiothorac Surg,2017,6(2):110-118. doi:10.21037/acs.2017.03.18.

[19] Gockel I, Lorenz D. Oncologic esophageal resection and reconstruction: Open, hybrid, minimally invasive or robotic? [J]. Chirurg,2017,88(6):496-502. doi:10.1007/s00104-016-0364-1.

[20] 苏 法,杨莉芳.NBI放大内镜联合超声内镜在早期食管癌及癌前病变中的诊断价值[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(1):91-93. doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.01.025.

[21] Jeong DY, Kim MY, Lee KS, et al. Surgically resected T1-and T2-stage esophageal squamous cell carcinoma: T and N staging performance of EUS and PET/CT[J]. Cancer Med,2018,7(8):3561-3570. doi:10.1002/cam4.1617.

(编辑:左艳芳)

Curative effect of transcervical resection of the myoma and laparoscopic myomectomy for type Ⅱ uterus myoma of different volume

LI Yin, YANG Xiao, HU Hong-wen, DONG Chao-yu (Department of Gynecology, Third People's Hospital of Yunnan Province, Kunming Yunnan 650011, China)

Abstract: Objective To compare the clinical effect of transcervical resection of the myoma (TCRM) and laparoscopic myomaectomy (LM) for type Ⅱ submucosal uterus myoma according to different diameter of myoma. **Methods** The clinical data of 299 patients with type Ⅱ submucosal uterus myoma who were admitted into our hospital from January 2010 to November 2018 were retrospectively analyzed. Among these patients, 100 cases received laparoscopic surgery (laparoscopic group) and 199 cases received hysteroscopic surgery (hysteroscopic group). And the patients were divided into three subgroups according to the volume of uterus myoma. There were 149 cases in the small volume group (myoma diameter <4 cm), 103 cases in the medium volume group (4 cm≤myoma diameter≤5 cm), and 47 cases in the large volume group (myoma diameter >5 cm). The clinical therapeutic effects of the three subgroups were compared according to two different surgical methods. The operative time, intraoperative blood loss, incidence of intraoperative change of operation method, rate of complete resection, incidence of serious complications, and recovery time of intestinal peristalsis were respectively compared. **Results** The small volume group: the operation time [(48.5 ± 6.76) min *vs.* (57.8 ± 8.02) min], intraoperative blood loss [(67.9 ± 12.48) mL *vs.* (74.6 ± 10.46) mL], and recovery time of intestinal peristalsis [(7.5 ± 1.43) hours *vs.* (20.1 ± 4.5) hours] of hysteroscopic group is significantly less than the laparoscopic group ($P<0.05$); while the incidence of intraoperative transfer operation (1.6% *vs.* 0), the rate of complete resection (95% *vs.* 100%), and the incidence of serious complications (0.85% *vs.* 0) in the two groups were of no significant difference ($P>0.05$). The medium volume group: the recovery time of intestinal peristalsis of the hysteroscopic group had a slight advantage compared with that of the laparoscopic group [(8.19 ± 1.56) hours *vs.* (18.56 ± 3.86) hours] ($P<0.05$); and there was no statistically significant difference between the two groups in terms of the other indicators ($P>0.05$). The large volume group: there was no statistically significant difference between the two groups, except for the incidence rate of intraoperative change of operation method (21% *vs.* 7.1%). **Conclusion** Hysteroscopic surgery can remove myoma more quickly and thoroughly when the diameter of the myoma is less than 4 cm, with less intraoperative bleeding and faster postoperative recovery. And it has more obvious advantages in the treatment of small volume Ⅱ type uterus myoma. However, with the increase of the myoma volume, the advantages of hysteroscopic surgery gradually decrease. When the diameter of myoma is 4 to 5 cm, the efficacy of hysteroscopic surgery and laparoscopic surgery is the same. In the large volume group, hysteroscopic surgery have no advantages in medical results compared with the laparoscopic surgery, and the risk of complications was significantly increased when the diameter of myoma is more than 5 cm.

Keywords: hysteroscope; laparoscope; hysteromyomectomy; type Ⅱ uterus myoma

子宫肌瘤是女性生殖器官中常见的良性肿瘤,多见于30~50岁妇女,其中40~50岁妇女发病率高达51.2%~60%[1]。子宫黏膜下肌瘤占子宫肌瘤发病率的5%~10%,按肌瘤与子宫肌层的关系将黏膜下肌瘤分为0型、I型及Ⅱ型等3种类型[2-3]。随着微创理念和技术的发展,以及宫腔镜、腹腔镜的普及,目前大多数子宫肌瘤通过宫腔镜子宫肌瘤切除术(transcervical resection of the myoma, TCRM)或腹腔镜下子宫肌瘤剔除术(laparoscopic myomaectomy, LM)进行治疗。TCRM和LM均具有腹壁无切口、出血少、恢复快、术后疼痛轻的优势,但对于Ⅱ型子宫肌瘤的两种微创术式又存在着手术难度和风险较大的缺点。因此,对于不同体积的Ⅱ型子宫肌瘤在临床实际工作中如何选择更为适宜的微创术式来治疗,是妇科医师迫切需要思考的问题。目前,关于Ⅱ型子宫肌瘤手术方式的相关研究主要集中于开放手术与微创手术的比较和不同的微创术式之间的比较,尚缺乏根据肌瘤体积进行分层来研究不同微创术式优劣性的研究[4-6]。本文就宫腔镜、腹腔镜手术治疗不同体积Ⅱ型子宫肌瘤的临床资料进行回顾性分析,以供临床参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取云南省第三人民医院的Ⅱ型子宫肌瘤患者299例,平均年龄(37.3±4.3)岁,其中腹腔镜手术100例(腹腔镜组),宫腔镜手术199例(宫腔镜组)。将所有患者按术前经阴道B超测量的肌瘤直径再分为3个亚组,小体积亚组(肌瘤直径<4 cm)149例;中等体积亚组(4 cm≤肌瘤直径≤5 cm)103例;大体积亚组(肌瘤直径>5 cm)47例。纳入标准:①根据荷兰国际宫腔镜中心的标准分类,Ⅱ型肌瘤,无蒂黏膜下肌瘤,根蒂向肌层扩展>50%;②虽有开放手术指征,但患者有强烈要求微创手术治疗意愿;③肌瘤体积较大可选择子宫切除,仍强烈要求保留子宫且要求宫腹腔

镜子宫肌瘤切除术。宫腔镜组排除标准:①生殖道感染的急性期;②严重宫颈瘢痕,不能充分扩张;③严重心肺功能和主要脏器功能不全不能耐受手术及麻醉;④明显凝血功能障碍,且无法纠正;⑤多发子宫肌瘤;⑥有内膜与肌瘤恶性相关证据。⑦既往使用促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a)药物治疗。腹腔镜组排除标准:①生殖道感染的急性期;②既往腹腔手术史或盆腹腔结核病史等疾病致腹腔粘连严重。

所有患者均明确告知手术风险并签署手术知情同意书。对肌瘤直径 >5 cm 的Ⅱ型子宫肌瘤患者,明确告知患者及家属有开放手术适应证,对于仍然拒绝开放手术行肌瘤切除术或子宫切除术的患者,给予签署开放手术肌瘤切除术或子宫切除术的拒绝治疗同意书。同时,给予完善重大高危手术知情同意书并上报医院质量与安全管理委员会,获得批准后方可手术。

1.2 手术方法

所有手术均由具有 10 年以上且有 TCRM 及 LM 各 200 例以上相关手术经验的医师完成。

宫腔镜组:所有手术全部为单独宫腔镜手术,连续硬膜外麻醉或腰硬联合麻醉,患者取截石位。采用汽化电切或奥林巴斯等离子电切系统,灌注方式为膨宫泵连续灌注。常规消毒会阴并铺巾,使用宫颈扩张器扩张宫颈,汽化电切者以 5% 的葡萄糖溶液为膨宫液;等离子电切系统 0.9% 的生理盐水为膨宫液。通过膨宫泵,将膨宫压力设定为 150 mmHg,在电视摄像系统直视下,首先检查宫腔。Ⅱ型子宫肌瘤直径 <5 cm 者,首先平切肌瘤,直至与宫腔面齐平时暂停手术,静脉推注或静脉滴注催产素,促使子宫收缩,待残留部分肌瘤组织被挤入宫腔后,再放入宫腔镜切除残留组织部分。Ⅱ型子宫肌瘤直径 >5 cm肌瘤者,用侧切加旋拧法,先电切瘤体两侧缩小肌瘤体积,形成一对凹槽,用卵圆钳夹持住肌瘤两侧后顺时针旋转数周直至瘤体离断后取出,可反复使用此法,直至将剩余瘤体完全切除[7]。术中密切监护生命体征。手术时间超过30 min或膨宫液使用量超过 5 000 mL 者,术中给予静脉推注呋塞米针 20 mg。

腹腔镜组:患者手术时取截石位并头低足高位,宫腔内植入举宫器操控子宫,以获得良好的子宫暴露,采用全身麻醉,常规消毒、置入腹腔镜,采用 4 孔法手术。肌瘤切除前为减少术中出血,于肌瘤包膜内注射垂体后叶素 3 ~6 个单位加20 mL生理盐水,使用单极电钩于肌瘤最明显处或子宫最为饱满处,横行切开子宫浆肌层,使用猫抓钳固定肌瘤组织,边旋钮边向上提拉,通过电钩和双极电凝联合运用切凝功能,沿组织边界剥离瘤体,再使用旋切器将瘤体通过 12 mmTrocar 切碎取出体外。再以 1 号可吸收丝线全层紧密缝合瘤体剥离面,如果子宫肌层缺损较深时,难以全层缝合,需要分两层缝合。

1.3 观察指标

分别比较 3 个亚组患者按两种手术方法的围手术期相关指标。记录 2 组患者手术时间、术中出血量、肠蠕动恢复时间、一次手术切除率、术中中转手术方式发生率、并发症发生例数。肠蠕动恢复时间标准:①可闻及肠鸣音或肛门排气;②无恶心呕吐等胃肠道反应且可以少量进食或饮水的时间记录为肠蠕动恢复时间。并发症包括:①电切综合征;②肠穿孔;③子宫穿孔需开放手术补救的;④大出血需紧急输血悬浮红细胞 1.5 u以上,或需球囊压迫超过 24 h。⑤术后持续阴道出血超过 300 mL。宫腔镜子宫肌瘤切除术中出血量采用以下公式计算:术中出血量(mL) = 冲洗液中血红蛋白浓度(g/L) × 冲洗液量(L)/术前血红蛋白浓度(g/L) ×1 000。腹腔镜下子宫肌瘤剔除术记录负压引流液量减去腹腔冲洗液量即为手术出血量。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计软件处理数据,各项计量资料数据采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,正态分布且满足方差齐性的计量资料比较采用方差分析。计数资料且为无序分类变量资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,如果有理论数 $T<1$ 或 $n<40$,则用 Fisher's 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

299 例患者顺利完成手术,其中 11 例患者因手术困难改为开放手术,有 3 例患者因 TUR 综合征于 ICU 治疗,病情稳定后出院。

2.1 小体积亚组不同手术相关指标比较

宫腔镜组在手术时间、术中出血量、肠蠕动恢复时间较腹腔镜组有优势,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组患者中转手术方式、一次手术切除、较严重并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

2.2 中等体积亚组不同手术相关指标比较

相比腹腔镜组,宫腔镜组在肠蠕动恢复时间上有优势,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组患者手术时间、术中出血量、中转手术方式、一次手术切除、较严重并发症发生情况方面,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

2.3 大体积亚组不同手术相关指标比较

2 种术式术中中转手术方式发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术中出血量、一次手术切除、较严重并发症、肠蠕动恢复时间方面腹腔镜手术组较宫腔镜手术组有优势,差异具有统计学意义($P<0.05$);手术

时间比较,2 组差异无统计学意义($P>0.05$),见表 3。

2.4 不同体积肌瘤亚组间手术相关指标比较

手术时间、术中出血量、中转手术方式、一次手术切除、肠蠕动恢复时间、较严重并发症发生率等数据在小体积、中等体积和大体积肌瘤亚组间的比较,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 1 小体积亚组两种手术方式相关指标比较

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(mL)	中转手术[例(%)]	一次手术切除[例(%)]	较严重并发症[例(%)]	肠蠕动恢复(h)
宫腔镜组	118	48.5±6.76	67.9±12.48	2(1.6)	113(95)	1(0.85)	7.5±1.43
腹腔镜组	31	57.8±8.02	74.6±10.46	0(0)	31(100)	0(0)	20.1±4.5
$\chi^2/F/Z$		43.14	7.42	0.635	1.359	0.264	440.4
P		0.000	0.007	0.578	0.306	0.792	0.000

表 2 中等体积亚组两种手术方式相关指标比较

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(mL)	中转手术[例(%)]	一次手术切除[例(%)]	较严重并发症[例(%)]	肠蠕动恢复(h)
宫腔镜组	62	55.72±7.03	71.70±9.90	3(4.8)	57(85)	2(3.2)	8.19±1.56
腹腔镜	41	58.51±10.34	74.72±7.68	0(0)	41(100)	1(2.4)	18.56±3.86
$\chi^2/F/Z$		2.849	2.877	0.586	3.475	0.133	386.2
P		0.094	0.093	0.411	0.062	0.596	0.000

表 3 大体积亚组(肌瘤直径>5 cm)两种手术方式相关指标比较

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(mL)	中转手术[例(%)]	一次手术切除[例(%)]	较严重并发症[例(%)]	肠蠕动恢复(h)
宫腔镜组	19	69.63±6.49	121.68±34.7	4(21)	7(36)	6(31.5)	28.84±10.50
腹腔镜组	28	76.89±10.35	92.80±10.80	2(7.1)	26(92.8)	2(7.1)	21.14±4.78
$\chi^2/F/Z$		7.352	16.91	1.967	16.982	4.78	11.57
P		0.090	0.000	0.169	0.000	0.037	0.001

表 4 不同体积肌瘤亚组间手术相关指标比较

组别	n	手术时间(min)	手术出血量(mL)	中转手术[例(%)]	一次手术切除[例(%)]	较严重并发症[例(%)]	肠蠕动恢复(h)
小体积亚组(肌瘤直径<4 cm)	149	50.45±7.9	69.34±12.36	2(1.34)	144(96.64)	1(0.67)	11.37±6.46
中等体积亚组(肌瘤直径4~5 cm)	103	56.80±8.6	72.84±9.22	3(2.91)	98(95.15)	3(2.91)	12.25±5.75
大组大体积亚组(肌瘤直径>5 cm)	47	73.95±9.6	105.59±26.20	6(12.77)	33(10.21)	8(17.02)	24.26±8.45
$\chi^2/F/Z$		138.16	116.39	10.13	35.95	18.13	68.96
P		0.000	0.000	0.020	0.000	0.000	0.000

3 讨论

目前子宫肌瘤的微创术式主要有宫腔镜子宫肌瘤切除术或腹腔镜下子宫肌瘤剔除术。目前,腹腔镜子宫肌瘤剔除取得了与开腹手术相同的治疗结局[4,8]。此外,两种手术方式均具有微创、痛苦少、术后恢复速度较快等优点,用于子宫肌瘤的治疗均有较理想的效果[9-10]。无论是宫腔镜子宫肌瘤切除术还是腹腔镜下Ⅱ型子宫肌瘤剔除术,由于手术操作困难,出血较多等原因,肌瘤大小多限制于 5 cm 以下[8,11]。但随着手术操作的逐渐熟练,以及手术器械的发展,学者们逐渐突破肌瘤体积的限制,并开始总结两种微创术式的手术技巧和要点[7,12-13]。自 2010 年我院开始开展微创手术治疗巨大Ⅱ型子宫肌瘤的工作。本研究通过比较两种术式在不同体积Ⅱ型子宫肌瘤临床效果的差异,以供临床借鉴。

本研究发现,在直径<4 cm 的Ⅱ型子宫肌瘤亚组中,宫腔镜手术较腹腔镜手术的多数指标具有明显的优势。此外,两种术式的术中中转手术方式发生率低、一次手术切除率高、较严重并发症发生例数均较少,提示两种术式均有较高的手术安全性。在中等体积亚组中(4 cm≤肌瘤直径≤5 cm),除肠蠕动恢复时间外,宫腔镜手术和腹腔镜手术的主要指标均较为接近。当肌瘤直径>5 cm 时,无论是哪种术式,其手术相关指标较中小体积亚组明显增大。但腹腔镜术式相较于宫腔镜术式的相关并发症少,在手术相关指标方面也具有一定优势。提示宫腔镜术式在 4 cm 以下的Ⅱ型子宫肌瘤具有较大优势,肌瘤直径 4~5 cm 时两种术式优劣性接近。肌瘤直径>5 cm,无论哪种术式其手术难度和风险均明显加大。如果手术医师具有足够的手术经验和技巧,在保证安全的前提下,腹腔镜子宫肌瘤剔除术略有一定优势且相对安全。分析原因,除了两种微创手术各自有不同的手术特点之外,腹腔镜手术主要是通过子宫横切口完成切开,分离以及缝合手术,手术主要指标与肌瘤直径相关性更为密切。而宫腔手术需要呈条状逐步切除肌瘤,因此手术主要指标与肌瘤体积相关性更为密切。随着子宫肌瘤直径的增大,肌

瘤体积呈几何倍数增加,因此与肌瘤体积相关性密切的宫腔镜手术的手术时间及出血等指标也会明显增加。

本研究还发现,无论是宫腔镜手术还是腹腔镜手术,不同体积亚组肌瘤的所有研究数据存在着统计学差异。提示随着Ⅱ型肌瘤体积的增大,我们所研究的手术风险的相关指标逐渐加大,且一次手术切除率降低。但从肌瘤亚组组间进行比较,小体积亚组和中等体积亚组手术出血量无显著差异。大体积亚组与中等体积亚组比较,出血量差异有显著统计学意义,提示对于Ⅱ型肌瘤无论是哪一类术式,5 cm 直径是术中出血量这一指标较为显著的分界线。

对于巨大的Ⅱ型子宫肌瘤手术,我们首先要以确保手术的安全为第一要务。因此,我们要考虑到围手术期安全的各个方面。首先,开展手术的医师要有足够的临床和操作经验。其次,在手术过程中要密切观察患者生命体征和检验指标,并及时处理。此外,还要强调手术细节,在宫腔镜手术中,对于子宫宫颈较为松弛的患者,可以用两把爱丽丝钳夹宫颈 3 点、9 点处以缩紧宫颈口,以免膨宫液流失过快及膨宫不良影响手术操作,导致手术时间的延长和手术风险的加大。对于肌瘤体积较大者,宫腔镜术后可以在宫腔内植入双腔尿管并注入略少于宫肌瘤体积球囊压迫瘤窝,以减少出血量,根据出血情况于术后 24 h 左右取出。在腹腔镜手术中,子宫切开前于肌瘤表面子宫浆肌层内注入稀释的垂体后叶素,可暂时阻断手术野的血运[14]。必要时术中放置临时性肱夹夹闭子宫动脉以减少出血[15]。对于手术难度较大的患者必要时需及时更换术式或调整手术策略,例如终止手术待二期手术完成等。最后,有学者认为 GnRHa 在腹腔镜子宫肌瘤剔除术前应用进行预处理,可抑制肿瘤细胞的生长与发展,减小肌瘤体积,为手术创造良好条件[16]。也有报道术前使用 GnRHa 后,子宫肌瘤与肌层的界限变差[17]。我们在临床工作中也发现使用 GnRHa 后虽然瘤体体积缩小,理论上减小了手术难度,但瘤体组织质地变软、缺乏弹性且瘤体与肌层组织边界模糊等不利因素往往加大了手术的难度。因此,我们常规情况下不使用 GnRHa 类药物术前干预。对于使用 GnRHa 类药物在不同的术式中对手术难度及相关指标的影响,还需要进一步的研究来明确。

综上所述,对于小体积Ⅱ型子宫肌瘤宫腔镜手术有优势,对于中等体积Ⅱ型子宫肌瘤宫腹腔镜优劣性相近,对于大体积Ⅱ型子宫肌瘤腹腔镜术式的优势略强。随着肌瘤体积的增大,无论何种术式术中出血、手术时间及手术风险均有增大。在具体临床工作中,治疗不同体积Ⅱ型子宫肌瘤时不仅要根据其术式的特点,风险和效果来选择手术方式,更为重要的是妇科手术医师要根据自身的手术临床经验以及是否具有娴熟的宫腔镜和腹腔镜操作技巧来决定手术方式。

[参考文献]

[1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:2082.

[2] Van Dongen H, Emanuel MH, Smeets MJ, et al. Follow-up after incomplete hysteroscopic removal of uterine fibroids[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2011,85(12):1463-1467. doi:10.1080/00016340600984647.

[3] 段爱红,卢 丹. 子宫肌瘤剔除术后妊娠时机的选择[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2013,7(4):1400-1402.

[4] 张德喜,冯 骐,葛迎春. 不同手术方式切除子宫肌瘤的临床疗效比较[J]. 实用妇产科杂志,2014,30(12):950-952.

[5] 王金娟,成九梅,张 颖,等. 宫腔镜手术与腹腔镜手术治疗较大Ⅱ型黏膜下肌瘤的临床研究[J]. 北京医学,2017,39(2):168-170. doi:10.15932/j.0253-9713.2017.02.015.

[6] 段 华. 子宫肌瘤宫、腹腔镜诊疗现状与进展[J]. 中国计划生育和妇产科,2012,4(3):41-45. doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2012.03.010.

[7] 胡红文,曹映华,高 然,等. 宫腔镜电切术治疗子宫肌瘤的术式探讨(附 326 例报告)[J]. 腹腔镜外科杂志,2008,13(4):309-310.

[8] 段 华. 子宫肌瘤宫、腹腔镜诊疗现状与进展[J]. 中国计划生育和妇产科,2012,4(3):41-45.10.3969/j.issn.1674-4020.2012.03.010.

[9] Yang XH, Ji F, Aili A, et al. Effects of laparoscopic ovarian endometriosis cystectomy combined with postoperative GnRH-a therapy on ovarian reserve, pregnancy, and outcome recurrence[J]. Clin Exp Obstet Gyn, 2014,41(3):272-275.

[10] 陈 静. 腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术的临床应用价值[J]. 局解手术学杂志,2016,25(1):35-37. doi:10.11659/jjssx.07E015101.

[11] 张培海, 史晓丽, 刘培淑,等. 宫腔镜电切术治疗Ⅱ型子宫粘膜下肌瘤的安全性研究[J]. 实用妇产科杂志,2008, 24(5):307-309. doi:10.3969/j.issn.1003-6946.2008.05.020.

[12] 冯以梅, 凌 玫. 离子宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤安全性研究[J]. 广西医科大学学报,2011,28(4):167-168. doi:10.3969/j.issn.1005-930X.2011.04.028.

[13] 谢洪哲,王宁宁,黄建昭,等. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术 412 例临床分析[J]. 中国内镜杂志,2004,10(10):10-12. doi:10.3969/j.issn.1007-1989.2004.10.004.

[14] 冷金花, 李 雷. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术相关临床问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(12):895-898.

[15] Vercellino G, Erdemoglu E, Aries Joe. Laparoscopic temporary clipping of uterine artery during laparoscopic myomectomy[J]. Arch Gynecol Obstet,2012,286(5):1181-1186. doi:10.1007/s00404-012-2419-y.

[16] 喻晓琴,卢晓静. 子宫肌瘤患者术前醋酸亮丙瑞林预处理的疗效观察[J]. 中国药师,2016,19(7):1322-1324. doi:10.3969/j.issn.1008-049X.2016.07.030.

[17] 李 斌,邱君君,华克勤. 腹腔镜手术治疗子宫肌瘤的临床应用决策[J]. 国际妇产科学杂志,2012,39(5):416-420.

(编辑:刘 艺)