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

陈 静 （荆门市沙洋县人民医院妇产科，湖北 沙洋 448200）

［**摘 要**］ **目的** 探讨腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术临床应用价值。**方法** 选择 2011 年 1 月至 2015 年 1 月我院接诊的子宫肌瘤 80 例患者进行研究。随机分为对照组和观察组，对照组（40 例）实施腹腔镜下子宫肌瘤剔除术，观察组（40 例）实施腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术，记录分析 2 组患者手术时间、住院时间、术中出血量、病发率和复发情况。**结果** 2 组患者平均手术时间比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；观察组在排气时间与住院时间上均明显短于对照组，差异具有统计学意义（$P<0.05$），对照组的术中出血量（145.20 ± 35.50）mL，明显高于观察组（50.80 ± 21.60）mL，差异具有统计学意义（$\chi^2=14.367\ 5$，$P=0.000\ 0$）；观察组术后月经过多改善率达 100%，对照组仅为 25%，2 组比较差异具有统计学意义（$\chi^2=4.599\ 6$，$P=0.032\ 0$）；观察组无术后病率（体温高于 38 ℃）、复发的情况发生，对照组术后病率和复发分别为 5 例（12.50%）和 11 例（27.50%），2 组患者比较

doi：10.11659/jjssx.07E015101

［**收稿日期**］2015-07-25 ［**修回日期**］2015-08-15

报道用 IFN-α2b 大剂量疗法能明显延长无瘤生存期和总生存期。赵斌等[21]报告对 4 例阴茎恶性黑色素瘤患者先行手术治疗、再行全身化疗联合生物学治疗，获得满意生存期。本例患者术后采用 DTIC + DDP 方案，联合应用干扰素生物治疗，随访 54 个月无复发转移，效果理想。

阴茎包皮原发恶性黑色素瘤病死率高，Van Geel 等[22]统计 66 例阴茎恶性黑色素瘤，存在淋巴结转移者均在 2 年内死亡。早发现、早诊断、早期手术切除肿瘤，术后可采用化疗联合生物学治疗以提高生存期。但总体预后不佳。

［参考文献］

［1］ Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, et al. Campbell-Walsh Urology［M］. 9th ed, Philadelphia: Saunders, 2007: 55.

［2］ Sánchez OR, Huang SF, Tamboli P, et al. Melanoma of the penis, scrotum and male urethra: a 40-year single institution experience［J］. J Urol, 2005, 173(6): 1958 – 1965.

［3］ 斯 璐，郭 军. 新版中国黑素瘤诊治指南解读［J］. 临床肿瘤学杂志，2012，17(2)：172 – 173.

［4］ 周荣祥，程继义. 泌尿男生殖系肿瘤［M］. 北京：人民卫生出版社，2001：363.

［5］ Slavov C, Venkov G, Velikova K, et al. Malignantmelanoma of glans penis and prepuce treated with organ-preserving surgical procedure［J］. Acta Dermatovenerol Croat, 2009, 17(2): 131 – 133.

［6］ Tritton SM, Shumack S, Fischer G. Fatal delayed presentation of primarymelanoma of the penis［J］. AustralasJDermatol, 2008, 49(4): 239 – 241.

［7］ 王毓斌，邵晋凯，高 龙，等. 阴茎恶性黑色素瘤诊治分析［J］. 上海交通大学学报（医学版），2010，30(11)：1437 – 1439.

［8］ 张红英，谢 天，吴先华. 阴茎恶性黑色素瘤 1 例［J］. 临床与实验病理学杂志，2000，16(6)：486.

［9］ 王一村，邵 艳. 黑色素瘤的肿瘤标记物研究进展［J］. 组织工程与重建外科杂志，2012，8(3)：175 – 177.

［10］ Khezri AA, Dounis A, Roberts JB. Primary malignant melanoma of the penis: twocases and a review of the literature［J］. Br J Urol, 1979, 51(2): 147 – 150.

［11］ O'Rourke MG, Altmann CR. Melanoma recurrence after excision. Is a wide margin justified?［J］. Ann Surg, 1993, 217(1): 2 – 5.

［12］ Myskow MW, Going JJ, McLaren KM, et al. Malignant malenoma of penis［J］. J Urol, 1988, 139(4): 817 – 818.

［13］ Seigler HF. Clinicopathologic factors relating to surgical margins for cutaneous melanoma［J］. Ann Surg, 1993, 217(1): 1.

［14］ 赵献光，衣龙海，张 鑫，等. 阴茎原发恶性黑色素瘤二例［J］. 河南肿瘤学杂志，1998，2：125.

［15］ 韩增篪，赵 谦，席 兰，等. 阴茎原发性恶性黑色素瘤 1 例报告并文献复习［J］. 现代泌尿外科杂志，2012，17(4)：387 – 389.

［16］ Stillwell TJ, Zincke H, Gaffey TA, et al. Malignant melanoma of the penis［J］. J Urol, 1988, 140(1): 72 – 75.

［17］ Testori A, Mazzarol G, Viale G, et al. Medical decision making for melanoma of the glans penis［J］. J ExpClin Cancer Res, 1999, 18(2): 219 – 221.

［18］ Legha SS, Ring S, Eton O. Development of a biochemotherapy regimen with concurrent, administration of cisplation, vinblastine, dacarbazine, interferon alfa, and interleukin-2 for patients with metastatic melanoma［J］. J Clin Oncol, 1998, 16(5): 1752 – 1759.

［19］ Richards JM, Gale D, Mehta N, et al. Combination of chemotherapy with interleukin-2 and interferon alfa for the treatment of metastatic melanoma［J］. J Clin Oncol, 1999, 17(2): 651 – 657.

［20］ Tamm I, Grimme H, Bergen E. Dacarbazine and interferon alpha for stage I malignant melanoma［J］. Oncol, 1997, 54(4): 270 – 274.

［21］ 赵 斌，他同生，王启林，等. 阴茎原发恶性黑色素瘤诊治分析（附 4 例报告）［J］. 现代肿瘤医学，2005，13(6)：821 – 822.

［22］ Van Geel AN, Den Bakker MA, Kirkels W. Prognosis of primary mucosal penile melanoma: a series of 19 Dutch patients and 47 patients from the literature［J］. Urology, 2007, 70(1): 143 – 147.

（编辑：左艳芳）

差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除可显著降低患者术中出血量,缩短患者住院时间,降低患者术后并发症发生率,对子宫肌瘤的复发起到很好的抑制作用。

[**关键词**] 子宫肌瘤剔除术;腹腔镜;子宫动脉阻断

[**中图分类号**] R713.4;R737.33 [**文献标识码**] A [**文章编号**] 1672-5042(2016)01-0035-04

Application value of laparoscopic uterine artery occlusion combined with uterine myomectomy for uterine myomas

CHEN Jing (Obstetrics and Gynecology Department, Shayang County People's Hospital in Jingmen City, Shayang Hubei 448200, China)

Abstract: Objective To study the application value of laparoscopic uterine artery occlusion and uterine myomectomy for uterine myomas. **Methods** The data of 80 patients with uterine myomas in our hospital from January 2011 to January 2015 were studied. They were randomly divided into control group and observation group, 40 cases in each group. The patients in control group received the laparoscopic myomectomy and the patients in observation group were treated by uterine artery occlusion and myomectomy. The hospitalization time, blood loss, disease incidence and recurrence between two groups were compared and analyzed. **Results** There was no statistically significance in average operative time between two groups ($P>0.05$). The exhaust time and hospital stay time in observation group were significantly shorter than those in the control group, the difference were statistically significant ($P<0.05$). The blood loss in the control group (145.2 ± 35.5) mL was significantly higher than that of observation group (50.8 ± 21.6) mL, the difference were statistically significant ($\chi^2=14.367\ 5$, $P=0.000\ 0$). The improved rate of postoperative menorrhagia in observation group was 100%, the control group was 25%, the differences were statistically significant ($\chi^2=4.599\ 6$, $P=0.032\ 0$). There was no postoperative morbidity and recurrence in observation group. The postoperative morbidity and recurrence rate in the control group were 5 cases (12.50%) and 11 cases (27.50%) respectively, the differences between two groups were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Laparoscopic uterine artery occlusion combined with uterine myomectomy can reduce blood loss, shorten hospital stay time, reduce postoperative complication and recurrence of uterine myomas.

Keywords: myomectomy; laparoscopy; uterine artery occlusion

子宫肌瘤剔除术是保留子宫手术的一种,伴随着现代医学技术的不断进步与完善,有创的、单一的开腹式子宫肌瘤剔除术也逐步向微创迈进[1]。随着器械不断更新,腹腔镜技术逐步成熟,腹腔镜手术已经在医学领域得到广泛的应用[2]。加之其恢复快、手术创伤小,在腹腔镜下实施妇科肿瘤方面的手术已经被广大临床妇科医生与患者所接受。但是目前腹腔镜子宫肌瘤剔除术也面临许多困难,如术后复发、残腔缝合困难、术中出血等[3]。为寻找更有效的治疗子宫肌瘤办法,我院对 80 例子宫肌瘤患者进行研究,探讨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,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2011 年 1 月至 2015 年 1 月我院接诊的子宫肌瘤患者 80 例作为研究对象,均自愿参加本次研究。随机分为对照组、观察组各 40 例。观察组患者年龄 28 ~ 58 岁,平均(39.77 ± 6.02)岁,月经异常 10 例,肌瘤单发 19 例,肌瘤多发 21 例;有胆囊手术、附件手术、剖宫产手术等既往手术史 13 例。对照组患者年龄 29 ~ 56岁,平均(40.66 ± 3.33)岁,月经异常 12 例,肌瘤单发 17 例,肌瘤多发 23 例;有胆囊手术、附件手术、剖宫产手术等既往手术史 15 例。2 组患者在年龄、体重指数、术前血红蛋白、最大肌瘤大小等基本临床指标比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 1。本组中所有患者均自愿参加研究,并签署知情同意书。

表 1 2 组患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$, $n=40$)

组别	年龄(岁)	术前血红蛋白(g/L)	体重指数(kg/m²)	最大肌瘤大小(cm)
观察组	39.77 ± 6.02	122.22 ± 14.11	25.11 ± 1.22	6.80 ± 1.42
对照组	40.66 ± 3.33	118.88 ± 12.88	25.12 ± 1.10	7.02 ± 1.82
t	0.818 2	1.105 7	0.038 5	0.602 8
P	0.415 7	0.272 3	0.969 4	0.548 4

1.2 方法

对照组实施腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,具体实施办法参照黄晓莉[4]报道的手术方法。观察组实施腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术,入腹腔程序、麻醉方式与对照组相同,具体的手术实施参照顾红芳[5]报道的手术方法。

1.3 观察指标

按照容积法对术中失血量进行评估,术后病率表示术后体温大于等于 38 ℃有 2 次[6]。2 年内术后 B 超定期检测,诊断有肌瘤就表示复发[7]。

1.4 统计学分析

用 SPSS 18.0 对数据进行统计,用 t 检验作计数资料的比较,用均数 ± 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,秩和检验

(Wilcoxon 两样本比较法)作等级资料数据比较,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者手术基本情况比较

2 组患者平均手术时间比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组排气时间、住院时间及出血量均明显少于对照组,2 组比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者手术基本情况比较($\bar{x}\pm s$, $n=40$)

组别	手术时间 (min)	排气时间 (h)	住院时间 (d)	出血量 (mL)
观察组	100.05 ± 29.88	20.22 ± 1.23	7.01 ± 2.41	50.82 ± 21.61
对照组	90.66 ± 20.44	48.23 ± 1.42	8.92 ± 3.33	145.20 ± 35.50
t	1.640 4	94.297 2	2.944 9	14.367 5
P	0.104 9	0.000 0	0.004 3	0.000 0

2.2 2 组治疗后月经改善及术后病率、复发情况比较

观察组术后月经过多改善率明显高于对照组,无术后病率、复发的情况发生,对照组术后病率和复发分别为 12.50% 与 27.50%,2 组比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 2 组月经改善、术后病率、复发情况比较[例(%), $n=40$]

组别	月经过多	月经过多改善	术后病率	术后复发
观察组	10(25.00)	10(100.00)	0	0
对照组	12(30.00)	3(25.00)	5(12.50)	11(27.50)
χ^2	0.142 7	4.599 6	4.722 2	9.813 7
P	0.705 7	0.032 0	0.029 8	0.001 7

3 讨论

子宫肌瘤多发于 30~50 岁的女性,40~50 岁是高发期,可高达 51.2%~60%[8-9]。子宫肌瘤在绝经之后会缩小,肌瘤体积在妊娠期会呈现增长趋势,这说明子宫肌瘤的发生和发展期内分泌因素占据了重要的作用。雌激素是促进子宫肌瘤发生发展的重要因素,同时也是子宫肌瘤的病因所在。一旦肌瘤失去了原有典型结构就会形成肌瘤变性,如囊性变、肉瘤样变、红色样变、玻璃样变和钙化等,而且子宫肌瘤在临床表现上因为大小、部位、生长速度、是否有变性,以及合并症等有所不同[10-11]。有的子宫肌瘤生长缓慢,较小,可一直不被发现。近年来,伴随着人们生活水平的提高,现代妇女对手术后美观、生活质量等方面的要求也在不断增加。有研究显示,不孕原因不明或临床症状明显,肌瘤直径大于3 cm的患者均应该给予手术治疗[12-13]。中等大小的肌壁间或者浆膜下子宫肌瘤,并且肌瘤数量小于 2 枚,则适合做腹腔镜手术[14]。

腹腔镜下子宫肌瘤剔除术具有住院时间短、术后病率低、恢复快、创伤小、腹部切口小等优点[15],还可以使内环境保持稳定,腹腔的干扰得到降低,使盆腔的视野清晰,不易使邻近器官受到损伤,子宫得到保留,使患者维持正常的生理功能[16]。但是患者子宫肌瘤过大、过多,或者肌瘤浸入肌层比较深,腹腔镜下剥离与暴露困难,这时腹腔镜下子宫肌瘤剔除术会使出血量增加,使手术时间延长,手术治疗效果也不理想。此时腹腔镜下子宫动脉阻断后性子宫肌瘤剔除就可以解决这些难题[17]。本研究也显示,腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术是安全、有效、微创的一种治疗方式。本研究显示,实施腹腔镜下子宫动脉阻断后性子宫肌瘤剔除术的患者在排气时间与住院时间上均要明显短于实施腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗患者,并且在术中出血量也显著低于采用腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗的患者。这一系列数据表明,腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术一方面很安全、可靠,另一方面,还可以缩短排气时间与住院时间,降低患者术中出血量,进而保留患者的生育功能和子宫。

实施腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术在改善患者月经过多上效果显著,而且其术后病率、复发率低[18-19]。本研究也显示,实施腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术治疗患者术后月经过多改善率达 100%,而且在治疗之后还没有发现术后病率与复发的情况。而腹腔镜下子宫肌瘤剔除术月经过多改善仅 25%,术后病率达 12.5%,术后复发达 27.5%。这都足以说明腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术可以使手术质量得以提高,减少术后并发症的发生,可以尽快使患者的生活质量得到恢复。

综上所述,腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术可显著降低患者术中出血量,抑制子宫复发肌瘤,缩短了患者住院时间,减少了患者的经济压力,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 贺 英,李立楠,王 霞,等. 不同手术方式对子宫肌瘤患者疗效及预后的影响[J]. 广东医学,2014,35(20):3165-3167.

[2] 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,2012,10(12):895-898.

[3] 张卓群,张庆华. 探讨腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的临床疗效[J]. 现代预防医学,2012,39(20):5286-5287.

[4] 黄晓莉. 三种子宫肌瘤剔除术的效果与安全性的分析[J]. 中国妇幼保健,2012,27(31):4991-4992.

[5] 顾红芳. 腹腔镜子宫动脉阻断联合子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的疗效[J]. 中国妇幼保健,2014,29(31):5182-5184.

[6] 孙军花,葛晓英. 子宫肌瘤切除术后复发危险因素相关性分析[J]. 中国妇幼保健,2013,28(4):613-614.

甲状腺微小乳头状癌中央区淋巴结转移的临床特点及清扫价值

唐小乔,张 寅,桑剑锋 (南京鼓楼医院普外科,江苏 南京 210008)

[**摘 要**] **目的** 探讨甲状腺微小乳头状癌(PTMC)中央区淋巴结转移(CLNM)的相关危险因素及中央区淋巴结清扫术(CLND)的应用价值。**方法** 选取 251 例经病理活检确诊的甲状腺微小乳头状癌患者为研究对象,根据其淋巴结转移情况分成转移组($n=42$)和非转移组($n=209$)。回顾性分析 2 组患者一般资料,对单因素分析后存在显著性差异的指标行非条件 Logistic 回归分析。淋巴结转移患者予以中央区淋巴结清扫术后,随访 1 ~ 3 年,记录其术后相关并发症发生率及复发率。**结果** 2 组患者在肿瘤位置、合并腺瘤、桥本甲状腺炎、结节性甲状腺肿、甲亢等因素对比差异无统计学意义($P>0.05$)。转移组患者中年龄小于 45 岁者及男性比例均显著高于非转移组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。转移组患者中肿瘤直径为 5 ~ 10 mm 者 25 例(59.5%),多灶 12 例(28.6%),突破被膜 22 例(52.4%),未转移组相应的数据为 70 例(33.5%)、23 例(11.0%)和 67 例(32.1%),均显著低于转移组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。转移组患者术后嘶哑 1 例(2.3%),局部麻木 6 例(14.3%),神经侵犯 1 例(2.3%),脉管侵犯 2 例(4.8%),无咳呛报告;随访 1 ~ 3 年中,仅 2 例复发,复发率为 4.8%。非转移组术后则无以上并发症,也无复发。**结论** 甲状腺微小乳头状癌患者发生中央区淋巴结转移多为年龄小于 45 岁的男性,存在肿瘤直径超过 5 mm、多灶性病变、伴有被膜突破症状等特点,临床需将满足上述条件者列为重点关注对象并予以相关防预措施,以降低中央区淋巴结转移发生风险。对甲状腺微小乳头状癌患者予以中央区淋巴结清扫术治疗,疗效确切,可有效改善其预后质量。

[**关键词**] 甲状腺微小乳头状癌;中央区;淋巴结转移;淋巴结清扫术;临床特点;危险因素
[**中图分类号**] R736.1 [**文献标识码**] A [**文章编号**] 1672-5042(2016)01-0038-04

Clinical characteristics and dissection value of central lymph node metastasis of papillary thyroid microcarcinoma

TANG Xiao-qiao, ZHANG Yin, SANG Jian-feng (Department of General Surgery, Gulou Hospital of Nanjing, Nanjing Jiangsu 210008, China)

Abstract: Objective To explore the related risk factors of central lymph node metastasis (CLNM) of papillary thyroid microcarcinoma (PTMC) and the application value of central lymph node dissection (CLND). **Methods** Totally 251 patients who were confirmed as PTMC by pathological biopsy were selected as the research object, and they were divided into the metastasis group ($n=42$) and the non-metastasis

doi:10.11659/jjssx.06E015017
[**基金项目**] 南京大学医学院附属鼓楼医院院级课题(ZSB833)
[**收稿日期**] 2015-09-18 [**修回日期**] 2015-11-24

[7] 滕燕伊,孙岭梅,任汝仙,等. 腹腔镜子宫肌瘤切除术临床路径评价[J]. 重庆医学,2013,42(18):2153 - 2154.
[8] Myo SK, You KU, Ju YK, et al. Obstetric outcomes after uterine myomectomy: Laparoscopic versus laparotomic approach[J]. Obstet Gynecol Sci, 2013,56(6):375 - 381.
[9] 李 芳,曹云桂,施永鹏,等. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术 180 例临床分析[J]. 中国妇幼保健,2013,28(20):3385 - 3387.
[10] 沈 菲,郭志勇,盛海波,等. 腹腔镜下与开放式手术治疗腹膜透析管大网膜包裹的比较[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2012,21(2):129 - 132.
[10] 周 白,赵 霞,曹云莉,等. 腹腔镜下子宫动脉阻断子宫肌瘤切除术 51 例分析[J]. 江苏医药,2013,39(22):2743 - 2744.
[11] 李 华. 腹腔镜下子宫肌瘤切除术的护理配合[J]. 江苏医药,2012,38(16):1983 - 1984.
[12] Zhang Y, Hua KQ. Patients' age, myoma size, myoma location, and interval between myomectomy and pregnancy may influence the pregnancy rate and live birth rate after myomectomy[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A,2014,24(2):95 - 99.
[13] 王丹波,郭翠珊. 子宫肌瘤剔除术子宫切口感染的防治[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,24(6):429 - 431.
[14] 文辉彬. 腹腔镜浆膜下子宫肌瘤切除术临床分析[J]. 现代预防医学,2012,14(1):1290 - 1291.
[15] 程 卫,李晓菁,何薇薇. 37 例妇科腹腔镜手术并发症分析[J]. 中国内镜杂志,2012,18(4):414 - 417.
[16] Yin XH, Gao LL, Gu Y, et al. Clinical efficiency investigation of laparoscopic uterine artery occlusion combined with myomectomy for uterine fibroids[J]. Int J Clin Exp Med,2014,7(5):1366 - 1369.
[17] 蔡兴苑,卢 丹,魏 薇,等. 子宫肌瘤剔除术后复发情况及相关危险因素分析[J]. 实用妇产科杂志,2015,31(5):358 - 360.
[18] 乔 群. 腹腔镜下行子宫肌瘤剔除术的临床效果观察[J]. 中国妇幼保健,2012,27(13):2052 - 2053.
[19] 袁 军,吴笑颜. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术 22 例疗效观察及护理[J]. 局解手术学杂志,2006,15(4):234 - 235.

(编辑:左艳芳)