临床研究 文章编号:0253-3626(2010)10-1584-03

腹膜囊肿的治疗方法探讨及预后分析(附 58 例分析)

杜 颖,赵纯全

(重庆医科大学附属第一医院妇产科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨腹膜囊肿(Peritoneal cyst,PC)4 种治疗方法及其预后。方法:回顾性分析 58 例 PC,单纯超声引导下穿刺抽吸囊液为 A 组(10 例),B 超引导下穿刺抽吸囊液并注入无水乙醇为 B 组(16 例),腹腔镜手术为 C 组(14 例),开腹手术为 D 组(18 例)。结果:A 组治愈率 10.00%,治愈好转率 20.00%;B 组治愈率 56.25%,治愈好转率 75.00%;C 组治愈率 14.29%,治愈好转率 21.43%;D 组治愈率 11.11%,治愈好转率 22.22%。治愈好转率比较:A、B 组样本点概率值 =0.008 5,$P<0.05$,B 组明显高于 A 组;A、C 组样本点概率值 =0.385 4,$P>0.05$;A、D 组样本点概率值 =0.365 5,$P>0.05$;B、C 组样本点概率值 =0.004 3,$P<0.05$,B 组明显高于 C 组;B、D 组样本点概率值 =0.002 5,$P<0.05$,B 组明显高于 D 组;C、D 组样本点概率值 =0.330 9,$P>0.05$。结论:B 组超声引导下穿刺抽吸囊液结合无水乙醇注入治疗 PC 优于另外 3 种治疗方法,但复发率仍较高(25.00%)。

【关键词】腹膜囊肿;治疗方法;预后

【中国图书分类法分类号】R71 【文献标识码】A 【收稿日期】2010-06-25

An analysis of treatments and prognosis of peritoneal cysts with 58 cases

DU Ying, et al

(*Department of Obstetrics and Gynecology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To discuss the differences of 4 treatments and their prognosis. *Methods*: Reviewed 58 cases of PC, group A(n=10): Treated with aspirating the fluid in the cysts guided by B ultrasounds. Group B(n=16): Treated by ultrasound-guided puncture aspiration of hydrops and ethanol injection. Group C(n=14): Treated with laparoscopic operations. Group D(n=18): Treated by open abdominal operations. *Results*: The cure rate in group A was 10.00%, cure and improvement rate was 20.00%; The cure rate in group B was 56.25%, cure and improvement rate was 75.00%; The cure rate in group C was 14.29%, cure and improvement rate was 21.43%; The cure rate in group D was 11.11%, cure and improvement rate was 22.22%. Comparison of cure and improvement rate: Group A and group B(table probability =0.008 5, $P<0.05$); Group A and group C(table probability=0.385 4, $P>0.05$); Group A and group D(table probability=0.365 5, $P>0.05$); Group B and group C(table probability=0.004 3, $P<0.05$); Group B and group D(table probability=0.002 5, $P<0.05$); Group C and group D (table probability=0.330 9, $P>0.05$). *Conclusion*: The cure and improvement rate of group B was above group A, group C, also group D. So ultrasound-guided puncture aspiration of hydrops and ethanol injection was a better therapy method for PC. But the recurrent rate was still high(25.00%).

【Key words】Peritoneal cyst; Treatment; Prognosis

腹膜囊肿(Peritoneal cyst,PC)又称为盆腔包裹性积液或盆腔假性囊肿,诊断病理学中[1]还称为囊性或多囊性良性间皮瘤。多继发于盆腹腔手术、子宫内膜异位症及盆腔炎性疾病等。以下腹及腰骶部胀痛不适、尿频等为主要临床表现,并曾有导致急性尿潴留的病例报道[2],无明显特异性。妇科检查可扪及下腹或盆腔内边界不清囊性包块,不活动。超声下多表现为盆腔囊性包块,边界不清,内以无回声为主,可有分隔,其内及囊壁无血流信号,易与卵巢囊性病变相混淆,治疗后易复发。目前 PC 的治疗方法主要有 B 超引导下穿刺抽吸囊液结合药物注入保守治疗、开腹手术治疗、腹腔镜手术治疗及中医中药治疗等。本文对我院 2005~2007 年间收治的 58 例结合临床病史、妇科检查、超声及实验室检查除外恶性病变,经穿刺抽吸或手术病理证实的腹膜囊肿患者的治疗及预后进行分析如下。

作者介绍:杜 颖(1985-),女,硕士,研究方向:妇科。

通讯作者:赵纯全,男,副教授,E-mail:zcy113@126.com。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2005 年 1 月至 2007 年 12 月间我院收治的 PC 58 例。患者年龄 32~45 岁,平均年龄 38.26 岁。58 例患者中感下腹胀痛、腰骶部疼痛及肛门坠胀 37 例,其中伴尿频者 7 例,

伴便秘 1 例;感下腹间断性刺痛 2 例;因不孕就诊 3 例;无明显自觉症状者 16 例。52 例有下腹部手术史(89.66%),有 2 次下腹部手术史 11 例,3 次下腹部手术史 1 例,6 例无手术史。发现 PC 时间距前次手术时间为 2 月 ~17 年不等,以 2 月 ~2 年较多。58 例患者中有痛经症状经术后病理证实为子宫内膜异位症 15 例(25.82%)。避孕方法选择:采用宫内节育器或避孕套等避孕 45 例,有性生活未避孕 7 例,无性生活 4 例,药物避孕 2 例。未采用药物避孕 96.55%。妇科检查除 4 例无明显异常外均可扪及盆腔包块,37 例扪及囊性包块,多位于子宫后方或附件区,边界不清,不活动,无压痛;17 例扪及囊偏实性块,边界不清,欠活动。B 超下 PC 多表现为形态不规则、边界欠清的无回声为主囊性包块,多见于子宫后方及双侧附件区,改变体位囊肿形态变化不大,部分病例可见卵巢悬挂于囊内,与国外报道相符[3]。如伴有囊内出血或内异症者,囊内可间有等低回声,或以等低回声为主。囊肿最大为 190 mm × 140 mm × 91 mm,最小 51 mm × 39 mm × 34 mm。我院血清 CA125 阴性参考值为 <22 μ/ml,58 例患者中 38 例 CA125 正常,18 例 CA125 为 22~100 μ/ml,2 例 >100 μ/ml,最高为 149.6 μ/ml。本组资料中 10 例单纯行超声引导下穿刺抽出囊液,未注入药物为 A 组,16 例行 B 超引导下穿刺抽出囊液并注入无水乙醇为 B 组,14 例行腹腔镜手术为 C 组,18 例因不能完全除外卵巢肿瘤等疾病行开腹手术为 D 组。

1.2 诊断标准[4]

(1)开腹手术或腹腔镜检查史;有或慢性盆腔炎史(2)囊壁厚度不均匀、边界不清;(3)囊液中有细小光点,但细小光点较内膜样囊肿时明显稀少,囊内可探及正常卵巢样组织回声;(4)囊腔液体清亮,多普勒超声显示强回声纤维条索光带,从而形成不完全分隔;(5)彩色多普勒超声往往较难探及囊壁血管。

1.3 治疗方法

A、B 两组共 26 例患者在超声引导下进行穿刺,根据囊肿位置采取经阴道穹窿或经腹穿刺。A 组 10 例抽出囊液后未再注入无水乙醇,患者未诉特殊不适。B 组 16 例抽出囊液后注入无水乙醇,15~30 ml 留置 15 min 后再抽出,3 例患者诉注无水乙醇过程中下腹部刺痛,之后逐渐缓解。囊液肿瘤脱落细胞学检查均未发现肿瘤细胞。C 组 14 例行腹腔镜手术,D 组 18 例行开腹手术。术中见盆腔脏器相互粘连,其间形成包裹性积液,子宫、双侧附件与部分小肠曲、膀胱、乙状结肠、直肠等成为部分囊壁,突向囊内,卵巢可悬挂于囊内。行盆腔粘连松解术、PC 剥除术。术后使用抗生素预防感染,患者恢复良好。32 例手术治疗患者病检见腹膜良性囊肿,纤维囊壁组织。

1.4 随访及疗效观察

58 例患者门诊随访 2 年。治愈:盆腔包裹性积液完全消失,且无复发;好转:囊肿比原来缩小一半以上;无效:缩小一半以下或复发[5]。

1.5 统计方法

采用 SAS 8.2 软件 Fisher 精确检验进行数据分析。

2 结 果

2.1 4 组病例临床表现比较

58 例中 37 例治疗前有下腹及腰骶部胀痛,下腹刺痛 2 例,不孕 3 例,16 例无明显临床表现,为体检时发现。各组中有临床表现例数见表 1 。

2.2 4 组盆腔 PC 治疗前 B 超下囊肿大小

见表 2。

2.3 4 组治疗结果比较,见表 3。

A 组治愈率 10%,治愈好转率 20%;B 组治愈率56.25%,治愈好转率 75.00%;C 组治愈率 14.29%,治愈好转率 21.43%;D 组治愈率 11.11%,治愈好转率 22.22%。

治愈好转情况比较:A、B 组样本点概率值 =0.008 5,$P<0.05$,B 组治愈好转率高于 A 组,有统计学差异;A、C 组样本点概率值 =0.385 4,$P>0.05$,无统计学差异;A、D 组样本点概率值 =0.365 5,$P>0.05$,无统计学差异;B、C 组样本点概率值 =0.004 3,$P<0.05$,有统计学差异,B 组治愈好转率高于 C 组;B、D 组样本点概率值 =0.002 5,$P<0.05$,有统计学差异,B 组治愈好转率高于 D 组;C、D 组样本点概率值 =0.330 9,$P>0.05$,无统计学差异。A 组 PC 治愈好转率低,仅 20%,复发率达 80%;B 组治愈好转率 75%,明显高于 A 组,且两组有统计学差异,但 B 组复发率仍较高,达 25.00%;C 组治愈好转率 14.29%,与 A 组比较无明显差异,与 B 组比较治愈好转率低于 B 组,且有统计学意义,复发率达 78.57%,略低于 A 组;D 组治愈好转率 22.22%,与 A 组及 C 组比较均无明显差异,与 B 组比较治愈好转率低于 B 组,复发率 77.78%,略低于 A 组及 C 组。

综上所述,B 组超声引导下穿刺抽吸囊液结合无水乙醇注入治疗 PC 治愈好转率高于 A 组、C 组及 D 组,有统计学差异,该治疗方法优于另外 3 种方法,但复发率达25.00%,仍较高。A 组、C 组及 D 组治愈好转率无明显差别。

表 1 4 组病例临床表现比较

分组	例数(n)	临床表现(n)	临床表现比例(%)
A	10	8	80.00
B	16	12	75.00
C	14	9	64.29
D	18	13	72.22

注:4 组术前临床表现 $P>0.05$,无统计学意义,4 组临床表现无统计学差异

表 2 治疗前 B 超下 PC 最大直径[L(cm),n(%)]

分组	L<10	10<L<15	L>15
A	3(27.27)	5(45.45)	3(27.27)
B	5(33.33)	4(26.67)	6(40.00)
C	6(40.00)	4(26.67)	5(33.33)
D	6(35.29)	6(35.29)	5(29.41)

注:4 组病例术前 B 超囊肿大小 $P>0.05$,无明显区别。4 组病例囊肿大小无统计学差异

表 3 4 组不同治疗方法随访比较

分组	例数(n)	治愈[n(%)]	好转[n(%)]	复发 [n(%)]
A	10	1(10.00%)	1(10.00%)	8(80.00%)
B	16	9(56.25%)	3(18.75%)	4(25.00%)
C	14	2(14.29%)	1(7.14%)	11(78.57%)
D	18	2(11.11%)	2(11.11%)	14(77.78%)

3 讨 论

PC 多继发于盆腹部手术或易导致盆腔脏器粘连的疾病，但少部分患者可无既往手术史、盆腔炎性疾病或子宫内膜异位症病史[6]。以育龄期未服用避孕药的年轻女性患者多见，可能与卵巢排卵时排出少量卵泡液及腹膜分泌的少量润滑液积聚从而形成包裹性积液有关。其临床表现无特异性，较易误诊或漏诊。目前 PC 多通过超声引导下穿刺抽吸结合药物注入、腹腔镜手术、开腹手术、中医中药等方法进行治疗。各种方法治疗后均易复发。本文中 PC 的 4 种治疗方法讨论如下：

3.1 超声引导下单纯抽吸囊液及结合药物注入治疗

超声引导下抽吸囊液治疗 PC 具有操作相对简单、无需麻醉、费用低、避免手术导致再次粘连、可反复操作、患者痛苦小、恢复快、住院时间短、并发症少等优点，但复发率高。本文 A 组采用单纯抽吸治疗 10 例，2 年后 8 例复发，复发率达80%，与国外文献报道相近[7]，部分患者需反复治疗。B 组 16 例在超声引导下抽出囊液后注入无水乙醇，其机制为无水乙醇的凝固、硬化作用遏制了囊壁上皮细胞的分泌能力、使蛋白变性[8]。2 年后随访时 4 例复发，疗效明显优于单纯抽吸囊液的治疗方法，但复发率仍较高，达到 25%，且穿刺受囊肿部位的限制，对病变较广者或有分隔者无法在一条穿刺线上完成全部囊液抽吸，加大了操作难度，超声引导时肠道内气体对超声回声产生干扰，影响图像质量；同时普通探头引导属半盲穿刺，经阴道超声探头引导穿刺增加了感染机会，并且不适用于未婚女性[9]，使其临床应用受到一定限制。故超声引导下抽吸囊液并结合注入药物治疗 PC 有一定治疗效果，但复发率仍较高，尚需对注入药物种类及排除干扰因素方面进一步研究。

3.2 开腹手术治疗

开腹手术因手术视野暴露、术中纱布及器械刺激对脏器表面浆膜层造成微损伤致脏器相互粘连，是 PC 的主要病因，是导致再次粘连的因素，故采用开腹手术治疗 PC 不能从根本上防止粘连的发生，且由于 PC 囊壁较薄，为纤维蛋白粘连形成的非真性囊壁，张力低，手术难以完整切除囊壁，切除不彻底术后容易复发，强行切除易损伤周围脏器。虽可使用生物蛋白胶等进行隔离有一定效果，但粘连范围较广时则难以达到效果[10]。本文中 D 组开腹手术治疗后治愈好转率22.22%，明显低于 B 组超声引导下结合药物注入治疗组(样本点概率值 =0.002 5，P<0.05)，与 A 组单纯 B 超引导下抽吸及腹腔镜组治疗效果无明显差异(样本点概率值 =0.365 5，P>0.05)。故对诊断明确的 PC 应尽量不采用开腹手术进行治疗。

3.3 腹腔镜手术治疗

腹腔镜手术具有微创、损伤小、恢复快、住院时间缩短的优点，囊肿剥除术可对 PC 起到一定的治疗效果(治愈好转率 21.43%)，但与超声引导下抽吸囊液并结合注入无水乙醇治疗 PC(治愈好转率 56.25%)相比，效果较差，复发率(78.57%)稍低于超声引导下单纯抽吸囊液治疗复发率 (80.00%)。对于 PC 的治疗，腹腔镜同开腹手术一样，亦有可能导致再次粘连发生，较难完整切除囊壁，同时防粘连物质较开腹手术难以应用[10]，且其价格昂贵。本文中 C 组腹腔镜治疗后复发率(78.57%)与 D 组复发率(77.78%)无明显差异。PC 病例盆腹腔脏器广泛粘连，也增加了腹腔镜手术风险。故不推荐腹腔镜作为 PC 的首选治疗方法，对于合并不孕的患者可考虑用腹腔镜进行诊断治疗，要求术者选择适宜的穿刺点、对粘连正确的判断并具有娴熟的腹腔镜手术操作技能[11]。

PC 为盆腔良性病变，现有治疗方法有一定效果，但较易复发，故主张对无明显症状的患者，在除外恶性疾病后可不进行治疗，门诊定期随访。对有症状且诊断明确的 PC 病例，B 超引导下抽吸结合药物注入保守治疗有一定疗效，优于单纯穿刺抽吸、开腹手术及腹腔镜治疗，但复发率仍较高，故囊内注入药物种类及多种方法综合治疗值得进一步研究。新的治疗方法也有待探索。

参 考 文 献

[1] Amesse L S, Gibbs P, Hardy J, et al. Peritoneal inclusion cysts in adolescent females: a clinicopathologicalcharacterization of four cases[J]. Pediatr Adolesc Gynecol, 2009, 22(1): 41-48.

[2] Advincula A P, Hernandez J C. Acute urinary retention caused by a large peritoneal inclusion cyst-A case report[J]. Reproductive Medicine, 2006, 51(3): 202-204.

[3] Guerriero S, Ajossa S, Mais V, et al. Role of transvaginal sonography in the diagnosis of peritoneal inclusion cysts[J]. Ultrasound Med, 2004, 23(9): 1193-1200.

[4] 常 才，主编. 经阴道超声诊断学[M]. 北京：科学出版社，1999. 146.

[5] 严巧峰. 盆腔包裹性积液 42 例分析[J]. 现代中西医结合杂志，2008，17(11)：1656-1657.

[6] Vorapong P, Wirach W, Surang T. Multiloculated peritoneal inclusion cyst treated successfully with laparoscopic surgery[J]. Gynecol Surg, 2005, 2: 191-193.

[7] 靖立新，白 彬，张春福，等. CT 引导下经后入路穿刺硬化治疗盆腔囊性病变[J]. 中国介入影像与治疗学，2008，5(3)：209-211.

[8] 董晓秋，王璐璐，朱 莉，等. 超声引导下不同药物介入治疗盆腔囊性病变的疗效观察[J]. 中国医学影像技术，2008，24(10)：1650.

[9] Duke D, Colville J, Keeling A, et al. Transvaginal aspiration of ovarian cysts: long-term follow-up[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2006, 29(3): 401-405.

[10] Mais V, Ajossa S, Marongiu D, et al. Reduction of adhesion reformation after laparoscopic endometriosis surgery-A randomized trial with an oxidized regenerated cellulose absorbable barrier[J]. Obstet Gynecol, 1995, 86(4): 512-515.

[11] 朱军梅. 下腹部手术史患者行妇科腹腔镜诊治 62 例临床观察[J]. 实用妇产科杂志，2009，25(1)：58-59.

(责任编辑：关蕴良)