DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.23.012

[7] 高标, 余建军, 梁国良, 等. 青年乳腺癌71例的临床分析[J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17(11): 684-685.
[8] 何卫彪, 丁哲, 张新红. 青年乳腺癌132例临床及病理分析[J]. 宁夏医学院学报, 2001, 23(4): 252-254.
[9] Gajdos C, Tartter P I, Bleiweiss I J, *et al*. Stage 0 to stage III breast cancer in young women[J]. J Am Coll Surg, 2000, 190(5): 523-529.
[10] Rodrigues N A, Dillon D, Carter D, *et al*. Differences in the pathologic and molecular features of intraductal breast carcinoma between younger and older women[J]. Cancer, 2003, 97(6): 1393-1403.
[11] Yildirim E, Dalgic T, Berberoglu U. Prognostic significance of young age in breast cancer[J]. J Surg Oncol, 2000, 74(4): 267-272.
[12] Xiong Q, Valero V, Kau V, *et al*. Female patients with breast carcinoma age 30 years and younger have a poor prognosis: the M. D. Anderson Cancer Center experience[J]. Cancer, 2001, 92(10): 2523-2528.
[13] 林炳煌, 王进胜, 林江华. 保留乳房治疗早期青年乳腺癌[J]. 肿瘤防治杂志, 2000, 7(6): 625-626.
[14] Van Dongen J A, Voogd A C, Fentiman I S, *et al*. Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy: European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 trial[J]. J Natl Cancer Inst, 2000, 92(14): 1143-1150.
[15] Kim S H, Simkovich-Heerdt A, Tran K N, *et al*. Women 35 years of age or younger have higher locoregional relapse rates after undergoing breast conservation therapy[J]. J Am Coll Surg, 1998, 187(1): 1-8.
[16] 王钟富. 现代实用乳房疾病诊疗学[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2000. 589, 646-651.

(编辑 刘洪娥)

文章编号: 1000-5404(2003)23-2089-01

个案与短篇

34例子宫肌瘤病人手术切口的改进

Modified surgical incision in 34 cases of myoma

王 琳, 常 青, 李玉艳, 史常旭 (第三军医大学附属西南医院妇产科, 重庆 400038)

我科于2001年10月初开展了经小切口行子宫切除手术及子宫肌瘤挖除术, 切口3~5 cm, 手术创伤小, 术后疼痛轻, 患者恢复快, 现将34例患者的情况报告如下。

1 资料与方法

临床资料: 选择2001年10月至2002年10月在西南医院妇产科住院的子宫肌瘤患者34例作为研究组, 采用小切口手术。患者年龄26~77岁, 平均(45.2±9.4)岁, 34例患者中粘膜下肌瘤2例, 合并子宫腺肌瘤5例。以同期入院的35例子宫肌瘤行常规手术患者为对照组, 平均年龄(44.7±7.6)岁。两组临床诊断与病理诊断均相符。

小切口手术方法: 34例中有31例采用全身麻醉, 3例采用硬膜外与蛛网膜下腔联合麻醉。①取下腹纵切口3~5 cm, 切口大小依子宫大小而定, 若子宫≤孕12周, 则取3~4 cm切口即可; 若> 12孕周, 则取5 cm切口, 常规开腹。腹直肌前鞘应较皮肤切口上下各长约1 cm, 横切口则以下腹正中为中线向两侧延长, 取切口3~4 cm在腹部横纹皱褶处进入。②用2把小"S"拉钩暴露子宫一侧, 操作在腹腔内进行, 弯钳钳夹子宫侧方, 处理一侧圆韧带、卵巢固有韧带及子宫动脉后缝合子宫侧韧带断端, 取下弯钳, 再牵出另一侧, 同法处理。③剪开膀胱返折腹膜, 下推膀胱, 此时子宫的血液供应被切断, 子宫变软, 若行次全切除术, 则用电刀在宫颈峡部横断, 用2-0可吸收线缝合宫颈残端。取出子宫有困难时, 用手术刀或电刀顺子宫纵轴正中切开, 将子宫纵行切成两部分后取出。若为子宫全切术则进行以下步骤。④寻找适当的径线将子宫体挤压娩出切口外, 若肌瘤较大, 可将肌瘤挖除后再提拉子宫, 依次处理两侧子宫骶韧带和主韧带。⑤沿宫颈环切阴道壁取下子宫, 可吸收线扣锁缝合阴道残端, 关闭后腹膜后逐层关腹, 皮肤切口用4-0可吸收线作连续皮内缝合。⑥如行三角形子宫切除术, 需先在子宫峡部扎止血带后再行三角形切除, 将宫体取出后将剩余子宫肌层提出腹腔, 可吸收线整形缝合肌肉形成小子宫。

统计学方法: 数据处理采用 t 检验。

2 结果

研究组34例患者的腹部切口均在3~5 cm, 其中切口在3~4 cm者有28例(子宫≤孕12周), 5 cm者有6例(子宫> 孕12周)。34例中行纵切口32例, 横切口2例, 手术时间为45~76 min, 平均时间为(61.3±11.8) min。术中出血量57~329 ml, 平均(143±27.4) ml。行子宫全切术2例, 三角形子宫切除术2例, 子宫肌瘤挖除术6例, 子宫次全切除术24例。无1例发生副损伤和并发症, 无1例伤口感染, 术后平均住院日4.4 d(3~6 d)。

对照组35例患者的腹部切口在6~9 cm, 均为纵切口, 手术时间为87~123 min, 平均时间为(92.4±28.6) min, 术中出血

(下转2093页)

作者简介: 王 琳(1964-), 女, 四川省巴中市人, 博士, 副主任医师, 副教授, 主要从事子宫内膜异位症方面的研究, 发表论文25篇。电话: (023)68754409

收稿日期: 2003-06-25; 修回日期: 2003-10-25

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

质如何, 保证至少 1 cm 以上正常腺体组织边缘, 对防止叶状囊肉瘤的复发是十分关键的。

叶状肿瘤手术治疗效果好, 因此对于其放疗和化疗研究较少。因叶状肿瘤较易发生血行转移, 所以理论上说辅助治疗是有益的。Hawkins 等[7] 报道用异环磷酸胺和阿霉素联合治疗 4 例转移瘤, 其中 2 例完全缓解, 生存 26 个月和 61 个月, 1 例部分缓解, 生存 13 个月, 1 例无效。为了寻找叶状肿瘤敏感的化疗药物, Ueyame 等[8] 建立了关于恶性叶状肿瘤的 2 组异种移植细胞系, MC-3-JCK 及 M-10-JCK, 接种裸鼠后发生恶性叶状肿瘤, 接种后形成的肿瘤均对阿霉素、长春新碱、环境磷酰胺敏感, 因此认为恶性叶状肿瘤是对化疗敏感的, 特别是对脂类的抗癌成分敏感。本组有 2 例因肿瘤较大, 在术后用环磷酰胺化疗 1 疗程, 目前无复发和转移。Eich[9] 报道了 1 例叶状肿瘤患者放疗预防局部复发的成功病例。患者为巨大叶状肿瘤伴腋窝淋巴结转移, 行乳房切除术及腋窝淋巴结清扫术后 1 年, 出现胸壁、肺和胸膜转移。用 50 Gy 的射线照射胸壁后, 转移灶消失, 并在随访的 5 个月没有再出现胸壁复发。因此 Eich 认为叶状肿瘤是对放射治疗敏感的肿瘤。Paulsen 等[10] 通过放疗治疗 1 例复发叶状肿瘤, 放疗后切除病灶基底部, 发现完全缓解, 没有肿瘤细胞。因此有文献认为对于肿块大, 行局部切除切缘阳性或复发的, 辅助放疗照射乳房和胸壁, 可取得良好的疾病局部控制效果。本组无放疗病例, 笔者认为术后辅助放疗对控制局部复发是否有效, 尚待观察。

叶状肿瘤发病率低, 临床较易出现误诊、误治。叶状肿瘤均为潜在恶性肿瘤, 治疗上必须要结合病史、肿瘤大小、病理类型等多方面考虑, 制定更为合适的治疗方案, 以提高手术预后。

参考文献:

[1] Guerrero M A, Ballard B R, Grau A M. Malignant phyllodes tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth[J]. Surg Oncol, 2003, 12(1): 27—37.

[2] Meneses A, Mohar A, De la Garza-Salazar J, *et al*. Prognostic factors on 45 cases of phyllodes tumors[J]. J Exp Clin Cancer Res, 2000, 19(1): 69—73.

[3] Azzopardi J G, Chepick O F, Hartmann W H, *et al*. Histological typing of breast tumors[M]. 2ed. Geneva: WHO, 1981. 19.

[4] Krishnamurthy S, Ashfaq R, Shin H J, *et al*. Distinction of phyllodes tumor from fibroadenoma: a reappraisal of an old problem[J]. Cancer, 2000, 90(6): 342—349.

[5] 史凤毅, 叶海军, 柴　薇. 乳腺叶状肿瘤的临床病理学研究[J]. 中华病理学杂志, 2002, 31(3): 208—212.

[6] Shabahang M, Franceschi D, Sundaram M, *et al*. Surgical management of primary breast sarcoma[J]. Am Surg, 2002, 68(8): 673—677.

[7] Hawkins R E, Schofield J B, Wiltshaw E, *et al*. Ifosfamide is an active drug for chemotherapy of metastatic cystosarcoma phyllodes[J]. Cancer, 1992, 69(9): 2771—2775.

[8] Ueyama Y, Abe Y, Ohnishi Y, *et al*. *In vivo* chemosensitivity of human malignant cystosarcoma phyllodes xenografts[J]. Oncol Rep, 2000, 7(2): 257—260.

[9] Eich P D, Diederich S, Eich H T. Diagnostic radiation oncology: malignant cystosarcoma phylloides[J]. Strahlenther Onkol. 2000, 176(4): 192—195.

[10] Paulsen F, Belka C, Gromoll C, *et al*. Cystosarcoma phyllodes malignum: a case report of a successive triple modality treatment[J]. Int J Hyperthermia, 2000, 16(4): 319—324.

（编辑　刘洪娥）

（上接 2089 页）

量 76～318 ml, 平均(154±24.3) ml, 术后平均住院日 8.1 d(7～10 d)。两组比较, 研究组的手术时间及术后平均住院日显著少于对照组($P<0.05$)

3　讨论

小切口手术的操作技巧: 小切口子宫切除术的操作均在直视下进行, 用一块湿纱垫排垫肠管, 再用 2 把小"S"拉钩, 处理哪个部位, 暴露哪个部位, 切口虽小仍然暴露清楚。从小切口取出较大的子宫时应用电刀纵行切开子宫, 则取出宫体并不费力, 或将肌瘤挖除后再取出子宫。对于子宫肌瘤挖除术关键是扎好止血带[1], 在腹腔内行肌瘤挖除术, 对很大的肌瘤可从中间切开使其由圆形变为长条形再取出, 大多数妇科医生均能迅速掌握该项技术, 不需专业培训。

小切口的优点: 小切口手术具有创伤小, 术后患者疼痛轻, 手术时间短, 术后恢复快等优点。与腹腔镜子宫切除术比较, 小切口的优点是节省人力和费用, 手术时间更短, 不需专门的设备和技术, 其操作较腹腔镜方便, 缝扎及止血可靠, 因而更具安全性, 尤其是一些比较大的肌瘤, 腹腔镜手术会十分困难, 于常规子宫切除术比较, 小切口手术具有某些微创手术的优点[2]: ①创伤小, 切口小, 腹腔内脏暴露少, 手术中对肠道的干扰少, 因而术后患者疼痛轻, 肠功能恢复快。②手术时间短。切口小, 开腹与关腹时间均短, 勿需悬吊膀胱及安放固定拉钩。最短仅 48 min, 平均手术时间 63 min。③切口美观。④缩短住院时间。小切口术后恢复快, 伤口不需拆线, 术后 3～5 d 即可出院, 较常规手术提前 2～3 d 出院。

小切口手术的适应证: 适用于子宫良性病变需行子宫切除术或肌瘤挖出术的患者, 子宫大小以小于孕 5 个月子宫为宜, 妇科医生容易掌握。小切口不适宜腹腔内有严重粘连者及子宫恶性肿瘤患者, 也不利于教学。

关键词: 子宫肌瘤; 微创手术
中图法分类号: R713.15　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 徐凤英. 用止血带作子宫肌瘤挖除术 30 例分析[J]. 上海医学, 2001, 24(3): 177—179.

[2] 刘茗敏, 程忠平. 微创技术在子宫肌瘤治疗中的应用[J]. 国外医学妇幼保健分册, 2001, 12(2): 56—59.

（编辑　薛国文）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net