

## 269例宫颈癌根治术临床分析

光晓燕, 张 薇, 曹炎培

(北京大学深圳医院妇产科, 广东 深圳 518036)

**[摘要]** 目的:分析不同方式宫颈癌根治术的临床资料,探讨改进传统宫颈癌根治术的可行性。方法:收集北京大学深圳医院2007年1月~2012年6月施行宫颈癌根治术(广泛子宫切除加盆腔淋巴结切除术)的宫颈癌患者269例,并对其临床资料进行回顾性分析。结果:普通开腹组与腹腔镜组比较,术中出血少,术后肠道功能恢复快,平均住院时间短,差异有统计学意义;普通开腹组与保留神经组比较,术后肠道及膀胱功能恢复快,平均住院时间短,主要并发症少,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),并发症减少主要是术后尿潴留减少。术前栓塞化疗组76.1%患者经过子宫动脉或髂内动脉栓塞化疗后病灶缩小。结论:腹腔镜宫颈癌根治术和保留盆腔自主神经宫颈癌根治术是安全可行的,可以作为宫颈癌手术治疗的选择方式之一,但是远期效果仍需观察;术前子宫动脉或髂内动脉栓塞化疗可降低临床分期,为手术创造机会。

**[关键词]** 宫颈癌;广泛子宫切除术;腹腔镜;盆腔自主神经

**[中图分类号]** R713.4

**[文献标志码]** B

**[文章编号]** 1007-4368(2013)07-924-03

**doi:** 10.7655/NYDXBNS20130714

子宫颈癌是女性生殖器官最常见的恶性肿瘤之一,目前临床上主要采取手术、放疗、化疗和综合治疗等方法。手术是子宫颈癌的主要治疗手段之一,其中宫颈癌根治术作为妇科领域中较大的手术,技术操作复杂,手术创面大,范围广,稍有不慎即可出现手术并发症,直接影响患者的生活质量和预后。本研究通过回顾性分析宫颈癌根治术的相关临床资料,探讨宫颈癌患者最佳手术方式。

### 1 对象和方法

#### 1.1 对象

2007年1月~2012年12月,本院妇科收治宫颈癌手术患者408例,其中行宫颈癌根治术(广泛子宫切除加盆腔淋巴结清扫术)269例(经过病理证实且临床资料完整)。患者中位年龄42.9岁(26~77岁)。根据国际妇产科联盟(FIGO)2009年的临床分期标准<sup>[1]</sup>分为:I a2期34例,I b期141例,II a期67例,II b期27例。鳞癌216例,占80.4%;腺癌43例,占16.0%;腺鳞癌9例,占3.3%;小细胞癌1例,占0.4%。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 手术方式

269例患者分为普通开腹组186例,腹腔镜组27例,开腹保留盆腔自主神经组56例。所有患者均行广泛子宫切除加盆腔淋巴结清扫术,1974年 Piv-

er 提出的子宫颈癌手术治疗5种类型<sup>[2]</sup>,本研究所选病例相当于根治性子宫颈切除术(III型),子宫切除范围:在膀胱上动脉分出子宫动脉的起始部切断,并结扎子宫动脉,切除主韧带、宫骶韧带至少3 cm,在阴道距离肿瘤边缘3 cm处切断。保留神经的方法:①完成盆腔淋巴结清扫后,分离出直肠侧窝、膀胱侧窝,显露主骶韧带,沿骶韧带的外侧分离出输尿管,可直视下辨认出腹下神经,多在输尿管的内下方,锐性分离并保留腹下神经;②谨慎解离直肠阴道韧带,避免损伤盆丛神经;③常规分离膀胱宫颈韧带前鞘,下推膀胱,侧移子宫,识别沿膀胱宫颈韧带后鞘走行的盆腔神经丛膀胱支,予以保留。

##### 1.2.2 术前辅助治疗

5例患者术前已经在外院接受放射治疗;92例患者术前采用介入治疗,行子宫动脉或髂内动脉前干分支插管灌注化疗药物,灌注后加明胶海绵颗粒栓塞,化疗药物选择BIP方案(博来霉素、异环磷酰胺加顺铂)。介入化疗适应证:经体检或者经MRI、超声等辅助检查确认肿块最大径 $> 4$  cm,国际妇产科联盟(FIGO)分期为I b2~II b期,心肝肾功能良好者。介入化疗者2~4周后再次行妇科检查及MRI等辅助检查重新评价期别,期别降低至II a及以下者可行手术。

##### 1.2.3 观察指标

观察宫颈癌患者手术时间、术中失血量、切除盆

腔淋巴结数量、术后肠道功能恢复情况、留置尿管时间、术后并发症及平均住院时间等情况。

### 1.3 统计学方法

所有数据采用 SPSS13.0 软件进行统计学处理, 计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用方差分析或 *t* 检验, 计数资料行  $\chi^2$  检验, 以  $P \leq 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者围手术期情况比较

患者在年龄、临床分期、病理类型等方面差异无统计学意义, 具有可比性 ( $P < 0.05$ , 表 1)。腹腔镜组与普通开腹组比较, 术中出血少, 术后肠道功能恢复快, 平均住院时间短, 但是手术时间长, 差异有统

计学意义 ( $P < 0.05$ , 表 2)。

开腹保留神经组与普通开腹组比较, 术后肠道及膀胱功能恢复快, 平均住院时间短, 主要并发症少, 差异有统计学意义, 并发症明显减少主要是术后尿潴留减少 ( $P < 0.05$ , 表 2)。

### 2.2 术前介入化疗组与直接手术组情况比较

92 例术前介入化疗者 2~4 周后再次行妇科检查及 MRI 等辅助检查, 发现局部病灶缩小者 70 例, 有效率达 76.1%。所有患者均采用了开腹手术的方式, 与普通开腹手术相比, 围手术期情况如手术时间、术中出血、术后膀胱及肠道功能恢复、主要手术并发症方面无明显差异 ( $P < 0.05$ )。术后病理情况包括切缘干净率、淋巴结转移率等与直接开腹手术组无差异 ( $P > 0.05$ )。

表 1 患者一般资料

组别	例数(n)	年龄(岁)	临床分期(n)				病理类型(n)			
			I a2	I b	II a	II b	鳞癌	腺癌	腺鳞癌	小细胞癌
普通开腹组	186	42.4 ± 10.1	26	88	48	24	150	29	6	1
腹腔镜组	27	43.3 ± 9.8	6	18	3	0	21	5	1	0
开腹保留神经组	56	42.1 ± 8.9	2	35	16	3	45	9	2	0

表 2 患者围手术期情况比较

项目	普通开腹组(1)	腹腔镜组(2)	开腹保留神经组(3)	(1)与(2)比较		(1)与(3)比较	
				F 值或 $\chi^2$ 值	P 值	F 值或 $\chi^2$ 值	P 值
手术时间(min)	202.7 ± 46.2	275.2 ± 50.1	213.5 ± 47.7	56.829	<0.05	2.317	>0.05
术中失血量(ml)	670.7 ± 112.5	423.7 ± 172.1	686.8 ± 134.2	97.545	<0.05	0.804	>0.05
住院时间(d)	22.3 ± 5.7	15.2 ± 3.8	16.8 ± 4.9	39.270	<0.05	42.623	<0.05
术后肠道功能恢复时间(d)	3.0 ± 0.4	2.5 ± 0.7	2.3 ± 0.6	29.374	<0.05	102.463	<0.05
平均留置尿管时间(d)	14.1 ± 4.5	12.1 ± 3.5	10.2 ± 2.3	4.896	>0.05	38.918	<0.05
切除盆腔淋巴结数量(个)	24.3 ± 7.8	26.4 ± 4.8	24.1 ± 3.2	1.851	>0.05	0.035	>0.05
主要并发症(n)							
呼吸道感染	15	3	6				
泌尿系感染	9	1	1				
尿潴留	31	4	0				
腹壁切口愈合不良	18	0	3				
泌尿系损伤	8	3	2				
淋巴囊肿	19	2	6	5.321	>0.05	9.739	<0.05

## 3 讨论

### 3.1 腹腔镜手术在宫颈癌手术中的意义

目前腹腔镜在妇科手术中的应用越来越普及, 国内外腹腔镜手术治疗子宫恶性肿瘤的报道也逐渐增多<sup>[3]</sup>。本研究 27 例腹腔镜下宫颈癌根治术均获得成功, 与普通开腹手术相比, 平均手术时间稍长, 但是随着腹腔镜手术技术提高及腹腔镜器械的进步,

手术时间上的差异会逐渐缩小。腹腔镜手术视野清晰, 创面暴露好, 患者术中出血少, 术后肠道功能恢复快, 下床活动早, 普遍住院时间缩短, 术后并发症并无明显增加, 很好解决了开腹手术腹壁切口愈合不良的问题, 与文献报道结果一致<sup>[4]</sup>。术后病理结果及切除淋巴结的数目与开腹手术类似。关于腹腔镜手术适应证目前尚无统一意见, 我们的经验和最近的文献认为, II b 期以前(包括 II b 期术前辅助治疗

降低临床期别后)的宫颈癌,可以在腹腔镜下完成手术。本研究主要比较了2组病例围手术期情况,至于术后远期效果如术后复发率、5年生存率等还在随访中,且病例数较少,效果还待确定,检索相关文献,也缺乏大样本、多中心的临床资料,尤其是远期随访资料,还需要进一步研究及充分论证。

### 3.2 保留盆腔自主神经的广泛子宫切除术

广泛子宫切除术是治疗早期宫颈癌的标准术式,但是传统的手术会不可避免地导致一些脏器功能的障碍:如膀胱功能障碍、结直肠蠕动紊乱、性功能障碍等,这些并发症的发生与术中盆腔自主神经丛的损伤密切相关。因此,如何最大限度切除肿瘤,又尽可能保留盆腔神经丛的功能成为进一步改进这种手术的热点。本研究中56例患者接受了保留神经的手术,均为开腹手术,与普通开腹手术相比,手术范围一样,手术时间稍增加,但是无统计学上的差异,术后患者胃肠功能恢复及留置尿管时间均缩短,术后尿潴留发生率明显减少,平均住院时间缩短,有统计学意义,提示保留神经手术对于保护膀胱功能及减少胃肠功能紊乱有意义。术后病理情况及切除淋巴结数目与普通开腹手术无差异。目前关于保留神经是否会影响宫颈癌的疗效仍然有争议,尚需在今后研究中进行前瞻性、多中心的临床随机试验。

### 3.3 宫颈癌根治术前动脉栓塞化疗

近年来宫颈癌的发病年龄趋向于年轻化,对保留卵巢及性功能的要求较高,传统的宫颈癌治疗模式为手术和放疗,已不能完全满足临床需要。2008年FIGO推荐Ib2~IIa期宫颈癌患者以铂类为基础的新辅助化疗后行根治性子宫切除术加盆腔淋巴结清扫,主要目的是缩小局部肿瘤病灶,降低临床分期,使原先无法手术的患者有可能进行广泛性子宫切除术,为年轻患者提供宝贵的手术机会;同时还能减少辅助放疗的机会,保留卵巢功能,提高了年轻患者的生存质量<sup>[5]</sup>。本研究对IIb期年轻有强烈手术愿望的患者也进行术前辅助化疗,如化疗后临床期别降低,也给予宫颈癌根治术,术中同时行双侧卵巢高位悬吊术,术后如需补充放射治疗也可以减少对卵巢组织的辐射损伤。选择动脉栓塞化疗主要是考

虑宫颈癌病灶局限于盆腔,主要血供来源于髂内动脉及其分支子宫动脉,动脉灌注化疗可使药物直接进入肿瘤供血动脉,使癌组织局部药物浓度高,作用集中,药物避免首先经肝肾等组织而被破坏、排泄,减少药物与血浆蛋白结合而失效的机会,化疗后栓塞可使药物不继续被供血所稀释,可以阻断肿瘤的血供,使肿瘤组织坏死,杀伤肿瘤细胞,减轻化疗的不良反应,为更多局部晚期的宫颈癌患者创造手术机会。本研究介入化疗后76.1%患者局部病灶缩小,为手术创造了条件,至于术后患者复发率及5年生存率等情况还需进一步随访观察。

总之,手术作为宫颈癌最主要治疗手段,也在不断的发展和改进中,在不影响手术效果的前提下,减少手术创伤、降低并发症发生,改善患者生命质量渐成为关注焦点。腹腔镜下手术和保留盆腔自主神经的手术与传统手术相比有较大进步,可以推广并值得进一步研究。术前动脉栓塞化疗为临床分期相对较晚的患者创造了手术治疗的机会,减少了年轻患者辅助放疗率,具有一定的临床意义。

#### [参考文献]

- [1] Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium[J]. *Int J Gynecol Obstet*, 2009, 105(2):103-111
- [2] 梁志清. 腹腔镜在妇科恶性肿瘤治疗中的适应证和并发症及其处理[J]. *中华妇幼临床医学杂志(电子版)*, 2006, 2(5):241-245
- [3] Pellegrino A, Vizza E, Fruscio R, et al. Total laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in patients with Ib1 stage cervical cancer; analysis of surgical and oncological outcome[J]. *Eur J Surg Oncol*, 2009, 35(1):98-103
- [4] Protopapas A, Jardon K, Bourdel N, et al. Total laparoscopic radical hysterectomy in the treatment of early cervical cancer[J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2009, 19(4):712-722
- [5] 何玉, 王才智, 张阳. 子宫动脉灌注栓塞化疗在早期巨块型宫颈癌中的应用研究[J]. *实用医学杂志*, 2011, 27(16):2983-2985

[收稿日期] 2013-03-14