

早期宫颈癌腹腔镜下保留神经广泛子宫切除术临床分析

周留林, 杨纪实, 郝臻凤, 印慧琴, 洪秋慧

(泰兴市人民医院妇产科, 江苏 泰兴 225400)

[摘要] 目的:探讨腹腔镜下保留神经广泛子宫切除术治疗早期宫颈癌的安全性和可行性,并评价术后膀胱功能恢复效果。方法:将 2010 年 6 月~2013 年 10 月间 80 例早期宫颈癌患者分为研究组和对照组;研究组(40 例)行腹腔镜下保留盆腔自主神经的广泛子宫切除术(LNSRH),对照组(40 例)行腹腔镜下广泛子宫切除术(LRH)。对比分析两组手术时间、术中出血量、宫旁组织切除长度、阴道切除长度、术后膀胱功能恢复等。结果:LNSRH 平均手术时间大于 LRH 组,差异有统计学意义($P < 0.05$),术中出血、宫旁组织切除长度、阴道切除长度两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后拔除尿管平均时间两组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论:LNSRH 治疗早期宫颈癌在技术上是安全、可行的,其手术治疗效果与 LRH 相当,且明显缩短了术后保留尿管时间,提高了患者术后生存质量。

[关键词] 腹腔镜;保留神经广泛子宫切除术;宫颈癌;膀胱功能

[中图分类号] R737.33

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2014)12-1751-02

doi:10.7655/NYDXBNS20141239

目前腹腔镜下保留盆腔自主神经的广泛子宫切除术治疗早期宫颈癌是妇科肿瘤领域研究的热点。本院自 2010 年开始开展了腹腔镜下保留盆腔自主神经的广泛子宫切除术(laparoscopic nerve sparing radical hysterectomy, LNSRH)的临床研究,取得了较好的临床疗效,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

2010 年 6 月~2013 年 12 月间扬州大学附属泰兴医院妇科对符合入选条件的 80 例早期宫颈癌患者行腹腔镜下宫颈癌根治术,其中 40 例行腹腔镜下保留盆腔自主神经的广泛子宫切除术(LNSRH)为研究组;40 例行腹腔镜下广泛子宫切除术(LRH)为对照组。入选标准:①按 2009 年宫颈癌 FIGO 临床分期标准^[1]为 I_{A2}-I_{B1}, II_{A1} 期;②术前病理诊断确诊为宫颈癌;③术前影像学未提示有明显宫旁侵犯和淋巴结转移。排除标准:①临床分期 I_{B2} 期、II_{A2} 期以上;②膀胱功能障碍者;③术前已行放

疗或化疗者;④术前常规检查有手术禁忌者。两组患者的年龄、体质指数、临床分期、病理类型等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$,表 1)。研究经本院伦理委员会同意,所有患者均经过充分知情后签署相应的知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 LNSRH 组

①沿骶韧带纵形切开并分离子宫直肠陷窝和阔韧带后叶腹膜可见位于直肠侧方及直肠周围的腹下神经,分离腹下神经连同输尿管及其下方系膜,一同与阔韧带后叶分离,直至暴露输尿管系膜与宫骶韧带之间的 O 氏间隙,分离直肠旁间隙,在直肠旁间隙与 O 氏间隙之间,于距离宫颈后侧壁约 3 cm 处切断子宫骶韧带,注意保护腹下神经主干;②打开膀胱腹膜反折,下推膀胱;③在近髂内动脉主干分支处约 1.5 cm 处凝固并切断子宫动脉及伴行的子宫静脉,向宫颈侧方牵拉起子宫动脉,切断输尿管上方的膀胱宫颈韧带前叶及膀胱上静脉,游离输尿管并向盆壁侧方推离输尿管;④分离膀胱

表 1 两组患者的一般情况比较

组别	例数	平均年龄(岁)	体质指数	临床分期			病理类型	
				I _{A1}	I _{B1}	II _{A1}	鳞癌	腺癌
LNSRH	40	45 ± 10	23.6 ± 2.0	7	16	17	37	3
LRH	40	44 ± 11	23.7 ± 1.9	9	15	16	35	5
χ^2 值		0.101	0.189		0.313		0.139	
P 值		0.909	0.851		0.885		0.709	

侧间隙,在膀胱侧间隙与直肠侧间隙之间的主韧带内分离出子宫深静脉,在距离汇入髂内静脉主干约1.5 cm处切断子宫深静脉,向宫颈方向牵拉其断端,沿腹下神经主干追踪腹下神经至宫颈后外侧壁,可见由腹下神经、盆内神经和交感神经组成的下腹下神经丛,并分下腹下神经丛的膀胱支和子宫支。在下腹下神经丛与宫颈、阴道上段之间,靠近腹下神经腹侧,于距离宫颈约3 cm处切断下腹下神经丛子宫支及伴行的结缔组织,保留膀胱支,继续切除紧靠阴道上段的部分直肠阴道韧带,将下腹下神经丛的膀胱支与阴道周围血管彻底分离,然后切断阴道周围血管。至此,由腹下神经、盆腔内脏神经和交感干形成的下腹下神经及支配膀胱的条束状神经全部保留^[2]。于距离宫颈外口下方约3 cm处环切阴道壁,完成广泛性子官切除术。

1.2.2 LRH组

常规进行经典的腹腔镜下广泛子宫切除术和盆腔淋巴结清扫术,不对盆腔神经进行分离和保留。

1.2.3 临床观察指标

记录和观察手术时间、术中出血量、宫旁组织切除长度、阴道切除长度情况。

术后两组患者术后均常规放置14~16号Foley导尿管,连续开放,手术后第6天,开始定期开放导尿管,白天夹闭导尿管,每2 h开放1次,夜间长期开放,术后8 d拔除尿管,测残余尿量,以患者有膀胱充盈感,残余尿<100 ml作为膀胱功能恢复标准。对膀胱功能恢复未恢复者,继续保留导尿管持续开放,同时可酌情请中医科会诊予针灸治疗,直至膀胱功能恢复上述标准停止导尿。比较两组患者

术后第8天膀胱功能恢复情况和拔除尿管时间。

1.2.4 术后随访

术后2年内每3个月复查1次;2年以上者,每半年随访1次,门诊随访内容包括盆腔检查,阴道涂片细胞学检查,胸片及血常规等,随访截止时间为2014年2月。

1.3 统计学方法

应用SPSS17.6软件进行统计学分析,两组计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况分析

两组患者均顺利完成手术,无中转进腹病例,其中LNSRH组有4例因出血电凝止血,损伤一侧神经,保留对侧神经。3例为II_A期选择性保留病灶对侧盆腔自主神经,其余成功保留双侧神经,LNSRH平均手术时间大于LRH组,差异有统计学意义($P < 0.05$),术中出血、宫旁组织切除长度、阴道切除长度两组差异无统计学意义($P > 0.05$,表2)。

2.2 术后膀胱功能恢复情况

术后第8天膀胱功能恢复LNSRH组27例(67.5%),LRH组8例(20.0%);术后拔除尿管平均时间LNSRH组为(9.5 \pm 3.2) d,LRH组为(25.6 \pm 5.9) d,两组比较差异有统计学意义($t = 4.32, P < 0.01$)。

术后随访2~45个月,所有患者均健在,无局部复发和远处转移病例。

表2 两组患者术中情况比较

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	宫旁组织切除长度(cm)	阴道切除长度(cm)
LNSRH	40	265 \pm 41	175 \pm 45	3.2 \pm 0.1	3.6 \pm 0.1
LRH	40	235 \pm 26	200 \pm 32	3.5 \pm 0.2	3.5 \pm 0.4
t 值		8.145	0.833	0.401	0.794
p 值		0.027	0.407	0.690	0.430

3 讨论

国内外研究表明。LNSRH对于术后膀胱功能的恢复效果是肯定的,LNSRH能明显减少术后患者留置尿管时间,从而减少术后尿潴留的发生,对于宫颈癌术后膀胱功能的恢复有积极意义。Liang等^[3]将163例宫颈癌患者分成两组,LNSRH组术后保留尿管时间为(7.42 \pm 2.35) d,短于LRH组的(16.75 \pm 7.73) d,差异有显著性。本组行LNSRH,

术后平均保留尿管(9.5 \pm 3.2) d,27例术后第8天膀胱恢复功能。40例LRH组术后平均保留尿管时间为(25.6 \pm 5.9) d,8例术后第8天膀胱恢复功能。差异有统计学意义($P < 0.01$)。提示LNSRH确实能减少术中盆腔自主神经损伤,从而有利于术后膀胱功能的恢复,与国内外学者研究结果相一致。

LNSRH已开展10余年,对于保留盆腔自主神经的根治性子官切除术是否增加复发危险一直存

(下转第1788页)