

卵巢成熟性畸胎瘤腹腔镜手术与开腹手术对比分析

谢满鑫*

(南京医科大学第一附属医院妇科,江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:探讨腹腔镜手术治疗卵巢成熟性畸胎瘤的疗效及应用前景。方法:分析本院 2011 年 12 月—2014 年 11 月接受腹腔镜手术和开腹手术治疗卵巢成熟性畸胎瘤病例,对两组患者的手术效果、手术前后白介素 6(IL-6)水平和 CD4⁺/CD8⁺水平进行比较。结果:腹腔镜组相对于开腹组出血量少、肛门排气时间短、术后体温恢复快、住院时间短,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组在手术时间上无明显差异($P > 0.05$)。两组手术患者的外周血 IL-6 水平和 CD4⁺/CD8⁺水平在术前无显著性差异($P > 0.05$),在术后 1 d 和术后 4 d 差异显著($P < 0.05$);腹腔镜组术后 4 d 外周血 IL-6 和 CD4⁺/CD8⁺水平与术前相比无显著性差异($P > 0.05$),而开腹组术后 1 d 和术后 4 d 与术前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:腹腔镜手术用于卵巢成熟性畸胎瘤具有出血少、恢复快、对机体免疫功能损伤小等优点,具有良好的应用前景。

[关键词] 腹腔镜手术;开腹手术;卵巢成熟性畸胎瘤

[中图分类号] R713.6

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2015)12-1790-03

doi: 10.7655/NYDXBNS20151231

卵巢成熟性畸胎瘤约占卵巢肿瘤的 11%,可发生于任何年龄,其中 80%以上为生育年龄,是临床最常见的卵巢肿瘤之一^[1]。本院近 3 年来手术治疗卵巢成熟性畸胎瘤 82 例,其中腹腔镜手术 59 例,开腹手术 23 例。本文将两种手术的手术效果、手术前后患者白介素 6(IL-6)水平和 CD4/CD8 水平进行比较,现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选取本院 2011 年 12 月—2014 年 11 月接受手术治疗的卵巢成熟性畸胎瘤患者 82 例,所有患者手术标本均经病理科检验证实。两组患者年龄 17~62 岁,平均年龄(37.40 ± 11.14)岁。其中已婚已育 51 例,已婚未育 6 例,未婚 25 例,有下腹部手术史者 17 例。术前经 B 超、盆腔 CT 及血清学化验(CA-199、CA-125、甲胎蛋白等),以排除恶性肿瘤及其他疾病。82 例卵巢畸胎瘤患者中,单侧 78 例(95.12%),双侧 4 例(4.88%)。两组患者年龄、婚育情况等一般资料无统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

82 例患者术前均进行各项检查以排除手术禁

忌证。59 例腹腔镜组患者在气管插管全身麻醉或连续硬膜外麻醉下于脐内穿刺,充入 CO₂ 气体,使腹腔压力达 12~15 mmHg。常规三点穿刺置入镜体及相应手术器械,在无血管区,单极电凝切开卵巢皮质约 0.5 cm,暴露瘤壁。分离并剪开薄膜,同时电凝止血,将囊肿完全剥出。肿物过大或在分离过程中自行破裂者,用穿刺针刺破囊壁,迅速吸出囊内液体再将囊肿剥出。手术中有 15 例囊肿分离时发生破裂,迅速吸净油脂样液体,钳夹破口继续剥离直至完整剥出,然后用大量温热生理盐水冲洗盆腹腔。将剥出的肿瘤放入标本袋,拉出腹壁外,在袋内将肿瘤剪破,取出部分囊内物,骨骼、毛发、头节等有形物则钳夹取出,然后与标本袋一起取出。

23 例开腹手术组患者采用联合麻醉,肿物剥除术和附件切除术同常规方式手术。

分别于术前 1 d、术后 1 d 及术后 4 d 抽取两组患者外周静脉血 5 mL,其中 3 mL 离心 5 min,分离血清,采用 ELISA 双抗体夹心法检测 IL-6 水平(试剂盒由美国 Genzyme 公司提供)。另外 2 mL 加肝素抗凝,用流式细胞仪检测 T 细胞亚群(CD4⁺和 CD8⁺)的表达水平。每次检测获取 10 000 个细胞。

1.3 统计学方法

采用 SPSS19.0 对不同组别间统计数据进行处理。各组数据均以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验和 χ^2 检验进行统计学处理。 $P \leq 0.05$ 为差异

[基金项目] 教育部留学回国人员科研启动基金资助

*通信作者 (Corresponding author), E-mail: chenliang 7051@163.com

有统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况

两组患者均顺利完成手术,无恶性肿瘤。腹腔镜组肿瘤直径(5.36 ± 2.02)cm,开腹组肿瘤直径(5.86 ± 3.10)cm,两组间无显著差异($P > 0.05$)。腹腔镜组有 15 例囊肿破裂,占 25.42%;开腹组有 5 例

囊肿破裂,占 21.74%。所有患者无脏器损伤、切口感染、术后出血、腹膜炎或肉芽肿发生。

2.2 两组手术效果比较

两组手术时间无显著差异($P > 0.05$),在术中出血量、术后排气时间、术后体温恢复时间和术后住院天数上与开腹手术组比较差异有统计学意义($P < 0.05$,表 1)。全部患者随访至今,无主诉不适,未发现复发,盆腔检查及 B 超均正常。

表 1 腹腔镜组与开腹组手术效果比较

组别	手术时间(min)	术中出血(mL)	肛门排气时间(h)	术后 2 d 体温>38℃(%)	术后住院天数(d)
腹腔镜组	60.26 ± 20.33	26.88 ± 10.51	18.62 ± 7.35	11.86(7/59)	4.23 ± 1.08
开腹组	58.47 ± 12.85	53.70 ± 18.67	40.33 ± 5.39	30.43(7/23)	6.42 ± 1.78
<i>t</i> 值	0.72	4.66	6.85	2.47	2.03
<i>P</i> 值	0.56	<0.01	<0.01	0.02	0.03

2.3 两组手术前后 IL-6 水平的比较

两组前后 IL-6 水平术前无显著差异 ($P > 0.05$),术后 1d 和术后 4 d 腹腔镜组均明显低于开腹组 ($P < 0.05$)。术后 1 d 两组均明显高于术前($P < 0.05$),术后 4 d 开腹组仍明显高于术前($P < 0.05$),而腹腔镜组与术前相比,差异无统计学意义($P > 0.05$,表 2)。

表 2 两组手术 IL-6 水平比较 (pg/mL)

组别	术前	术后 1 d	术后 4 d
腹腔镜组	62.31 ± 7.67	88.41 ± 9.25*	67.58 ± 6.05
开腹手术组	63.00 ± 7.15	102.41 ± 6.70*	77.46 ± 7.33*
<i>t</i> 值	0.59	5.13	2.12
<i>P</i> 值	1.06	<0.01	0.03

与术前比较差异有统计学意义,* $P < 0.05$ 。

2.4 两组手术前后 CD4⁺/CD8⁺水平的比较

两组 CD4⁺/CD8⁺水平在术前无明显差异($P > 0.05$)。术后 1 d 和术后 4 d,腹腔镜组 CD4⁺/CD8⁺水平均明显高于开腹组 ($P < 0.05$)。术后 1 d,两组 CD4⁺/CD8⁺水平均明显低于术前($P < 0.05$);术后 4 d 时开腹组仍比术前有明显降低($P < 0.05$),而腹腔镜组与术前相比差异无统计学意义($P > 0.05$,表 3)。

表 3 两组手术前后 CD4⁺/CD8⁺水平的比较

组别	术前	术后 1 d	术后 4 d
腹腔镜组	1.82 ± 0.48	1.72 ± 0.44*	1.81 ± 0.19
开腹手术组	1.84 ± 0.31	1.64 ± 0.57*	1.70 ± 0.46*
<i>t</i> 值	0.26	2.77	3.85
<i>P</i> 值	0.88	0.02	<0.01

与术前比较差异有统计学意义,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

近年来,腹腔镜手术在妇科疾病的治疗中得到了广泛应用,尤其是卵巢良性肿瘤几乎均可以通过

腹腔镜手术切除^[2]。有研究显示,卵巢成熟性畸胎瘤腹腔镜与开腹手术,在手术并发症及术后复发率方面均无显著性差异,而由于腹腔镜手术切口小,肠粘连和慢性腹痛现象大大减少^[3-4]。

卵巢畸胎瘤腹腔镜手术的关键在于排除卵巢恶性肿瘤和防止手术中发生肿物内容物遗漏^[5]。因此,术前应通过既往病史、妇科检查、B 超、血清学化验等做初步诊断,排除恶性或可疑恶性;术中应仔细探查肿瘤,可疑恶性者应取部分组织冰冻检查,如为恶性则应改为开腹手术。本组 59 例腹腔镜手术,术后病理均为良性。在卵巢成熟性畸胎瘤手术过程中囊肿破裂率较高,内容物流入腹腔后可形成化学性腹膜炎或引起腹膜种植。因此一旦囊肿破裂,应迅速吸净油脂样液体,或用组织钳取出溢出物,然后用大量生理盐水冲洗盆腹腔。本文腹腔镜组有 15 例囊肿破裂,占 25.42%;开腹组有 5 例囊肿破裂,占 21.74%。经处理后所有患者均顺利完成手术,无脏器损伤、切口感染、术后出血、腹膜炎或肉芽肿发生。且腹腔镜组出血量少,肛门排气时间短,术后体温恢复快,住院时间短,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组在手术时间上无明显差异($P > 0.05$)。说明腹腔镜手术具有出血少、恢复快、住院时间短等优点。

外周血 IL-6 是机体急性应激反应中组织损伤标志物和介导体之一,手术损伤可引起 IL-6 合成及释放增加^[6]。本文通过检测腹腔镜组与开腹手术组中患者外周血 IL-6 表达水平,发现两种手术均可引起 IL-6 表达水平显著升高,但腹腔镜组相对于开腹组升高水平低、恢复快,说明腹腔镜手术对机体体液免疫系统损伤小,可有效减少术后感染的发生率。

临床研究表明,手术可引起 T 淋巴细胞数目的

减少及亚群的失调^[7]。本研究中腹腔镜组与开腹手术组 CD4⁺/CD8⁺比值在术后 1 d 均有明显下降,但腹腔镜组下降水平较开腹手术组低,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后 4 d 腹腔镜组比值可恢复到术前水平($P > 0.05$),但开腹手术组仍未完全恢复至术前水平($P < 0.05$),可见腹腔镜手术对机体细胞免疫功能影响较开腹手术小,体现了腹腔镜手术的优势。

腹腔镜对术者技巧有更高的要求。Zulfo 等^[8]研究表明腹腔镜畸胎瘤手术时,如其囊肿破裂,彻底冲洗能使患者化学性腹膜炎的发生率最小化,持续的腹腔引流也是必须的。Camran 等^[9],结合 13 个类似研究,统计出腹腔囊性畸胎瘤剥除术后的化学性腹膜炎的发生率约为 0.2%;认为成熟性囊性畸胎瘤的腹腔镜手术是安全、有益的。

本文通过比较卵巢成熟性畸胎瘤腹腔镜手术与开腹手术的疗效、安全性和对机体免疫功能的影响,证实腹腔镜手术具有出血少、恢复快、对机体免疫功能损伤小等优点,具有良好的应用前景。

[参考文献]

[1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999:1933-1936
 [2] 郎景和. 新世纪的妇科腹腔镜手术 [J]. 中华妇产科杂

志,2004,39(5):289

[3] Mais V, Ajossa S, Mallarini G, et al. No recurrence of mature ovarian teratomas after laparoscopic cystectomy [J]. BJOG, 2003, 110:624-626
 [4] 张四友, 郑敏, 李光仪, 等. 腹腔镜治疗多囊卵巢综合征不孕症疗效分析[J]. 中国内镜杂志, 2001, 1(4):57-61
 [5] Reich H, McGlynn F, Sekei L, et al. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts [J]. J Reprod Med, 1992, 37:640-644
 [6] 黄颖烽, 古维立, 唐伟镖, 等. 腹腔镜胆囊切除术后血清和腹腔引流液中 IL-6 及 TNF 的变化[J]. 实用医学杂志, 2006, 12(16):1874-1875
 [7] Khan KN, Masuzakin H, et al. Peritoneal fluid and serum levels of hepatocyte factor may predict the activity of endometriosis[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2006, 85(4):458-466
 [8] Zulfo G, Nurija B, Edin I, et al. Laparoscopic treatment of ovarian dermoid cysts is a safe procedure [J]. Bosn J Basic Med Sci, 2011, 11(4):245-247
 [9] Camran RN, Senol K, Ceana HN, et al. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts: Ten years' experience [J]. JSLS, 1999, 3(3):179-184

[收稿日期] 2015-06-27

(上接第 1783 页)

后有重要价值。

本研究 106 例 PTMC, 中位随访 31 个月, 仅 1 例出现颈部淋巴结复发转移, 无复发生存率为 99.1%, 无 1 例死亡。Londero 等^[1]研究发现 PTMC 的 5 年无复发生存率为 98.1%, 本研究无复发生存率较高, 可能与随访时间较短有关。多发病灶(特别是双叶多发)、直径>5 mm 是影响淋巴结转移的重要因素, 双侧颈中央区淋巴结清扫较单侧清扫淋巴结阳性发现率更高。因此, 在临床实际工作中, 应该结合术前检查及术中病理, 评价危险因素, 选择合适的手术方式。对于高危患者, 还应进一步加强术后随访。

[参考文献]

[1] Londero SC, Krogdahl A, Bastholt L, et al. Papillary thyroid microcarcinoma in denmark 1996-2008: A national study of epidemiology and clinical significance [J]. Thyroid, 2013, 23(9):1159-1164
 [2] Wada N, Duh QY, Sugino K, et al. Lymph node metastasis from 259 papillary thyroid microcarcinomas: frequency,

pattern of occurrence and recurrence, and optical strategy for neck dissection [J]. Ann surg, 2003, 237(3):399-407

[3] Vasileiadis I, Karakostas E, Charitoudis G, et al. Papillary thyroid microcarcinomas: clinicopathological characteristics and implications for treatment in 276 patients [J]. Eur J Clin Invest, 2012, 42(6):657-664
 [4] 王宇, 嵇庆海, 黄彩平, 等. 甲状腺乳头状微癌 VI 区淋巴结转移相关因素分析 [J]. 中华外科杂志, 2008, 46(24):1899-1901
 [5] Lim YC, Choi EC, Yoon YH, et al. Central lymph node metastases in unilateral papillary thyroid microcarcinoma [J]. Br J surg, 2009, 96(3):253-257
 [6] Koo BS, Choi EC, Yoon Y, et al. Predictive factors for ipsilateral or contralateral central lymph node metastasis in unilateral papillary thyroid carcinoma [J]. Ann Surg, 2009, 249(5):840-844
 [7] 李治, 赵群仔, 屈新才, 等. 乳头状甲状腺微小癌的颈部中央区淋巴结转移 [J]. 中华普通外科杂志, 2013, 28(1):28-30

[收稿日期] 2015-05-30