

· 短篇论著 ·

采用两种不同手术方式治疗子宫肌瘤对盆底功能的影响

岳宜琦 王玉玲

【摘要】目的 探讨两种不同的手术方式对患者盆底功能的影响。**方法** 随机选择50例子宫肌瘤患者,分为两组:腹腔镜手术组和阴式子宫肌瘤剔除术组,术前、术后行POP-Q评估,盆底肌张力测定及性生活情况的调查问卷,比较患者术前、术后POP-Q分度的改变,并采用盆底肌检测法进行评价盆底肌力。**结果** 阴式子宫肌瘤剔除术组和腹腔镜下的子宫肌瘤剔除术两种术式的出血量、手术时间、术后住院时间相近,术后随访时间均为12个月。阴式组和腹腔镜组两组患者术前C点分别(-6.68±0.20)cm,D点(-7.92±0.61)cm;C点(-6.69±0.14)cm,D点(-7.89±1.20)cm;术后C点(-6.59±0.60)cm,D(-7.00±0.30)cm;C点(-6.72±0.51)cm,D(-7.91±0.32)cm。阴式子宫肌瘤剔除术术前及术后有轻微的变化但无统计学意义($P>0.05$),腹腔镜下子宫肌瘤剔除术术前、术后无差异。术后问卷调查了46例患者,4例患者术后失访外,均未感到有下腹坠胀感等不适,均有正常性生活。**结论** 阴式子宫肌瘤剔除术是子宫肌瘤患者要求保留子宫的常见的术式,安全、有效,经济、微创,术后疼痛轻微,并发症少,恢复快,对盆底功能无明显影响,值得进一步推广。

【关键词】 平滑肌瘤; 盆底功能; 盆底肌张力测定

子宫肌瘤是女性常见的良性肿瘤,发生率为30%~50%,甚至达60%~70%,发生年龄在30岁以上的女性占20%^[1]。越来越多子宫肌瘤患者渴望保留子宫维持正常盆腔器官的完整性,在微创技术革新的今天,人们更倾向于采用微创手术方式,以达到与开腹相同的治疗效果。目前,我院对于子宫肌瘤患者多采用阴式子宫肌瘤剔除或腹腔镜下子宫肌瘤剔除,但随着对微创概念的加深和体会以及对盆底功能的重视,有学者对阴式系列手术是否可能损伤盆底功能提出质疑,现就阴式子宫肌瘤剔除术和腹腔镜下子宫肌瘤剔除术两种术式,术前、术后对患者POP-Q评估以分析研究对盆底功能的影响。

一、资料与方法

1. 一般资料:选自我院2009年1月至2010年1月患有子宫肌瘤且要求保留子宫的患者50例,分为阴式子宫肌瘤剔除术组和腹腔镜下子宫肌瘤剔除术组各25例,年龄为25~49岁,平均为(41.3±3.4)岁,未完成生育的子宫肌瘤患者12例,完成生育的子宫肌瘤患者38例,为排除生育而引起盆底功能障碍等危险因素将未生育的子宫肌瘤患者12例分为各组6例,术前、术后分别对比分析;另外把未完成分娩与完成分娩的患者平均划分两组中,剖宫产和阴道分娩的平均分至各组,以保证两组的入组条件相当。合并有高血压的患者5例,合并有糖尿病的患者2例,合并有便秘的患者6例(每组各3例),合并贫血的患者3例,无合并内科疾病所引起的慢性咳嗽等引起腹压增加的慢性疾病。患者平均体重(49.3±6.51)kg,术前超声提示子宫肌瘤的个数小于5个,术前评估子宫大小达到14周16例(各组8例),阴道前壁脱垂I度8例,同时合并后壁膨出I度2例,伴有子宫脱垂I度4例(平均分至各组,且盆底脱垂严重的不纳入本研究范围)。

2. 两组手术方式的适应证及禁忌证:两组子宫肌瘤患者的

手术适应证:月经量增多继发贫血的;有局部压迫症状的;因子宫肌瘤继发流产的;子宫肌瘤致子宫增大超过10周大小的。

两组子宫肌瘤患者的手术禁忌证:严重的腹腔粘连;子宫肌瘤的位置及大小不适宜行腹腔镜及阴式子宫肌瘤剔除术的;术前怀疑子宫有恶性病变可能的。

3. 手术方法:腹腔镜下子宫肌瘤剔除术手术步骤:患者取仰卧位,麻醉生效后,常规消毒、铺巾、导尿。台下放举宫器,人工气腹维持腹腔压力为14 mm Hg,进TROCAR顺利。探查盆腹腔,肌瘤假包膜下注射副肾盐水,双极电凝设计切口,单极电刀切开肌瘤表面子宫浆肌层及假包膜。爪钳钳夹提拉肌瘤,双极电凝浆肌层,钝锐结合剔除肌瘤,1-0薇乔线缝合创面止血、整形。肌瘤钻钻取肌瘤。生理盐水冲洗盆腔,查无活动性出血,切下标本送病理。

阴式子宫肌瘤剔除术的手术方法:(1)患者取膀胱截石位,消毒外阴、阴道、铺无菌巾。(2)固定双侧小阴唇,以阴道拉钩暴露宫颈,以宫颈钳钳夹宫颈。(3)导尿,于宫颈阴道交界处黏膜下注入0.9%生理盐水100 ml(含盐酸肾上腺素0.2 mg)。(4)于宫颈后方距宫颈外口2 cm处横行切开阴道后壁黏膜,深达筋膜,并向两侧延长切口至3点、9点处。(5)提起阴道后壁黏膜,用弯剪刀钝性并锐性分离子宫直肠间隙至子宫直肠腹膜反折,剪开后腹膜并向两侧扩大,于腹膜中点缝一针作标记。(6)经后腹膜切口用两把自制单爪钳交替钳夹子宫后壁,并向外牵引,边牵引边将钳向宫底移动,同时助手将宫颈向内推送协助宫体外翻,直至暴露肌瘤部位。(7)用电刀切开肌瘤表面的子宫浆肌层,暴露瘤体。(8)单抓钳钳夹瘤体向外牵拉,用子宫肌瘤剥离器剥离肌瘤并牵出。(9)用0/1可吸收线8字缝合肌瘤腔,并连续缝合子宫浆肌层切口。(10)将宫体还纳腹腔,并将宫颈复位。(11)分别自左向右或自右向左开始以0/2可吸收线缝合阴道后黏膜及后腹膜,缝至中点打结,放置盆腔引流管及阴道塞碘仿纱块。

妇科检查方法:所有患者检查前排空膀胱采取膀胱截石位,由一名固定的有经验的医师同意检查评估,采用POP-Q定量分度,九格表记录Aa、Ba、C、D、Ap、Bp 6点指示点距处女膜的位置

DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2012.05.052

作者单位:200031 上海市徐汇区中心医院妇科(岳宜琦);南方医科大学附属佛山妇幼保健院妇产科(王玉玲)

通讯作者:王玉玲,Email:wujun701121@126.com

及生殖道裂隙的长度(包括生殖孔、会阴体及阴道全长三个数值,所以共九个数值)。

4. 统计学方法:采用SPSS 12.0统计软件分析数据,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用*t*检验及卡方检验。

二、结果

阴式子宫肌瘤剔除术组和腹腔镜下的子宫肌瘤剔除术两种术式的出血量、手术时间、术后住院时间相近(因为出血量、手术时间、术后住院时间等均不是本研究的主要指标,所以不做统计),各组患者术后随访时间均为12个月。术前两组患者子宫C点分别(-6.68±0.20)cm,D点(-7.92±0.61)cm;C点(-6.69±0.14)cm,D点(-7.89±1.20)cm,术后12个月两组患者C点(-6.59±0.60)cm,D点(-7.00±0.30)cm;C点(-6.72±0.51)cm,D点(-7.91±0.32)cm,阴式子宫肌瘤剔除术组术前及术后有轻微的变化但无统计学意义($P>0.05$),腹腔镜下子宫肌瘤剔除术术前、术后无差异。见表1,2。

术后恢复和术后复发情况:50例患者术后问卷调查了46例患者,4例患者术后失访外,均未感到有下腹坠胀感等不适,均有

正常性生活。术后24h拔尿管,无排尿及排便异常,无术后及术后并发症的发生。平均随诊12个月,无术后盆腔器官功能障碍。

三、讨论

近年来随着人们对微创技术的引进及不断更新应用,越来越多的子宫肌瘤患者要求保留子宫,又要满足微创的需求,即保留器官的完整性又体现了微创的优越性,从而满足女性患者对美观的迫切要求。本研究中阴式子宫肌瘤剔除术组的手术时间略低于腹腔镜下的子宫肌瘤剔除组的手术时间,分析原因考虑我院是较早开展阴式系列手术的医院,阴式手术的解剖及手术操作较娴熟,其次术前对每位患者都进行仔细查体确定肌瘤的大小及位置利于阴式手术操作,另外,两组患者术中均在局部注射了垂体后叶素,减少了术中出血利于手术操作,本研究两组手术出血量均低于以往的文献报道。筛选病例入组时要严格把握手术适应证,术前充分考虑肌瘤的大小、位置、数量,患者的体型,术者的经验,充分作好术前评估,对于盆腔黏连较严重的或有些肌瘤剔除较困难的应果断改为开腹手术,以避免手术时间过长而增多术中出血量及并发症。本研究中1例因患者行2次

表1 50例子宫肌瘤患者手术POP-Q各点测量结果(cm, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Aa				Ba				C			
		术前	术后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	术前	术后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	术前	术后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
阴式子宫肌瘤剔除术	25	-2.49±0.89	-2.47±0.70	0.31	0.757	-2.50±2.32	-2.49±2.40	1.53	0.132	-6.68±0.20	-6.67±0.15	-1.97	0.055
腹腔镜下子宫肌瘤剔除术	25	-2.50±0.78	-2.51±2.31	-0.36	0.724	-2.51±2.30	-2.50±2.32	0.43	0.670	-6.69±0.14	-6.68±0.16	-1.64	0.108
<i>t</i> 值		-0.03				0.43				-0.08			
<i>P</i> 值		0.97				0.67				0.94			

组别	gh				pb				Tvl			
	术前	术后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	术前	术后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	术前	术后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
阴式子宫肌瘤剔除术	2.38±0.31	2.10±0.31	-3.41	0.001	2.57±0.34	2.59±0.32	0.23	0.818	8.22±0.32	8.23±0.31	0.28	0.784
腹腔镜下子宫肌瘤剔除术	2.39±0.34	2.38±0.31	-0.07	0.940	2.58±0.32	2.58±0.33	-2.1	0.042	8.24±0.33	8.25±0.33	-0.78	0.437
<i>t</i> 值	-0.07				-0.15				-0.84			
<i>P</i> 值	0.94				0.88				0.41			

组别	Ap				Pb				D			
	术前	术后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	术前	术后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	术前	术后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
阴式子宫肌瘤剔除术	-2.80±1.80	-2.79±1.92	0.55	0.586	-2.84±2.01	-2.83±2.21	-0.69	0.495	-7.92±0.61	-7.90±0.60	-0.98	0.331
腹腔镜下子宫肌瘤剔除术	-2.79±1.79	-2.80±1.79	-0.51	0.612	-2.81±2.30	-2.84±2.01	-0.03	0.980	-7.89±1.20	-7.90±1.30	-1.83	0.074
<i>t</i> 值	0.00				-0.03				-0.03			
<i>P</i> 值	1.00				0.98				0.97			

表2 46例子宫肌瘤患者手术后12个月POP-Q各点测量结果(cm, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Aa	Ba	C	gh	pb	Tvl	Ap	Bp	D
阴式组	23	-2.41±0.20	-2.49±0.00	-5.72±0.51	2.43±0.31	2.47±0.34	8.22±0.32	-2.77±0.52	-2.54±0.24	-7.00±0.30
腹腔镜组	23	-2.56±0.23	-2.53±0.21	-5.69±0.60	2.39±0.34	2.60±0.32	8.26±0.33	-2.80±0.45	-2.92±0.32	-7.91±0.32
<i>t</i> 值		0.17	-0.13	7.61	-0.52	0.60	0.15	0.96	0.57	0.17
<i>P</i> 值		0.86	0.90	0.00	0.61	0.55	0.88	0.35	0.57	0.86

剖宫产手术,术中黏连较重但分离黏连并不太困难,术程顺利,未中途改为开腹手术。两组患者术前、术后盆底肌张力测定无明显改变,本研究具体做法让患者收缩肛提肌可以通过收缩肛门时将两指尖放在阴道中来评价,指尖受到侧方的压力说明肌肉收缩质量,肌力分为0~5级,以确定肌肉的力量及疲劳程度。

随着阴式手术的日益发展,有学者提出阴式系列手术特别是阴式子宫肌瘤剔除术由于术中不断牵拉组织器官及韧带、筋膜是否会造成盆底功能障碍或者有可能造成日后发生盆腔器官脱垂的诱因呢?本研究通过比较阴式子宫肌瘤剔除组和腹腔镜下子宫肌瘤剔除术前、术后对盆腔POP-Q的评估,阴式子宫肌瘤剔除术组术后较术前POP-Q各点位置略有下移,但差别不大。但这组患者术后随访期间无下腹坠胀感及排尿困难等不适,且随术后随访时间的延长,各点位置有上升趋势,术后6个月阴式组POP-Q评估各点较术后12个月低,随时间延长盆底功能将逐渐恢复接近术前位置。因此不能断定阴式子宫剔除是造成盆腔器官功能障碍或造成日后盆腔器官脱垂或压力性尿失禁的高危因素,此研究结果也可能由于样本小尚未表达出应有的趋势,目前尚缺乏大样本前瞻性的荟萃分析,也是今后进一步研究的方向。但为了预防由于手术因素造成盆腔器官功能障碍,我们也采取了一系列防治措施并采取了一些手术技巧,术前要充分评估肌瘤的大小、位置及数量等,估计剔除肌瘤的难易程度,预防术中过多出血的应对措施等以防止术中过度牵拉及反复牵拉,以免造成盆底结缔组织中成纤维细胞损坏,造成器官功能脱垂,蒋励等^[2]研究提示对于盆底器官脱垂的患者其盆底结缔组织中成纤维细胞反应低下,对于这方面的报道并不多,结论也有所差异。其次对麻醉的要求、体位要求以利于手术操作;对于肥胖患者术后及时纠正其体重指数、便秘情况及慢性咳嗽增加腹压的内科疾病;术后严禁患者从事重体力劳动、避免提重物,杜绝饮用咖啡等饮品,禁止吸烟等不利盆底功能恢复的高危因素及坚持盆底训练及盆底物理治疗等。

微创技术发展的今天越来越多的子宫肌瘤患者要求保留子宫,保留子宫即维持了器官的完整性,子宫在盆腔中起着中心结构的作用,子宫颈环是子宫主骶韧带的附着点,同时几乎与所有盆筋膜和韧带相连,故任何作用于宫颈的腹腔内压力均会分布

到周围的筋膜上,切除子宫后由于阴道顶端的韧带和筋膜损伤,改变了力的分布,腹腔压力施加于薄弱的阴道,最终导致阴道顶端的膨出,子宫切除本身也是促使盆腔脏器脱垂的原因之一^[3]。因此保留子宫对于盆底附着点的稳定性起至关重要的作用。还有学者表明在行prolifer盆底重建手术中保留子宫的患者较术后复发率低于同时行阴式子宫切除的患者^[3]。Delancey^[4]研究,子宫和阴道的盆底支持结构有3个水平:主韧带和宫底韧带复合体为主要的支持结构;阴道旁侧支持结构为膀胱宫颈筋膜及直肠筋膜;外周为软组织支持^[5]。可见保留子宫对于维持盆底功能的作用非常重要,许多研究证明保留子宫对于维持患者的心理良好状态也具有重要意义^[6]。因此,本研究中适当放松保留子宫的禁忌证,尽量保留子宫维持盆底功能,本研究进一步证明阴式子宫肌瘤剔除术是一种安全有效的手术方式,符合微创观念,不会造成患者盆腔器官的功能障碍,是目前最经济有效的治疗手段。

参 考 文 献

- [1] 丰有吉,沈铿. 妇产科学. 北京:人民卫生出版社,2006:322.
- [2] 蒋励,苗亚莉,张立芳,等. 盆腔器官脱垂患者阴道壁成纤维细胞受力后变化特征初步研究. 中国妇产科临床杂志,2010,11:37-40.
- [3] Neuman M, Lavy Y. Conservation of a prolapsed uterus is a valid option; medium term result of a prospective comparative study with the posterior intravaginal slingoplasty operation. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2007, 18: 889-893.
- [4] Delancey JO. Anatomy and biomechanics of genital prolapse. Clin Obstet Gynecol, 1993, 36: 897-909.
- [5] Delancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol, 1992, 166: 1717-1778.
- [6] Nicita G, Li Marzi V, Filocamo MT, et al. Uterus-sparing vaginal surgery of genitourinary prolapse employing biocompatible material. Urol Int, 2005, 75: 3114-3118.

(收稿日期:2011-10-19)

(本文编辑:戚红丹)