

腹腔镜下病灶切除联合子宫动脉阻断术 治疗子宫腺肌病的效果评价

赖影,张春华,陈华珍

罗定市人民医院妇科,广东 罗定 527200

【摘要】 目的 评价腹腔镜下病灶切除联合子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病的临床效果。方法 将 2017 年 1 月至 2018 年 3 月罗定市人民医院诊治的 50 例子宫腺肌病患者根据随机数字表法分为观察组和对照组各 25 例,观察组应用腹腔镜下病灶切除联合子宫动脉阻断术,对照组应用腹腔镜下病灶切除术,比较两组患者术前、术后 6 个月、术后 12 个月的月经量、月经周期、痛经程度、子宫体积以及卵巢功能变化情况。结果 观察组和对照组患者术后 12 个月的月经量 $[(45.82\pm 14.84)\% \text{ vs } (57.46\pm 14.89)\%]$ 、痛经程度 $[(0.46\pm 0.18) \text{分} \text{ vs } (1.87\pm 0.52) \text{分}]$ 、子宫体积 $[(106.31\pm 19.64) \text{ cm}^3 \text{ vs } (126.81\pm 23.08) \text{ cm}^3]$ 比较,观察组均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者的治愈率为 68.00%,明显高于对照组的 40.00%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组和对照组患者术后 12 个月的雌二醇 $[(50.33\pm 5.31) \text{ mmol/L} \text{ vs } (50.64\pm 5.31) \text{ mmol/L}]$ 、卵泡刺激素 $[(26.91\pm 3.08) \text{ U/L} \text{ vs } (28.78\pm 2.91) \text{ U/L}]$ 和黄体生成素 $[(7.28\pm 2.16) \text{ U/L} \text{ vs } (7.21\pm 2.65) \text{ U/L}]$ 比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。结论 腹腔镜下病灶切除联合子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病能够明显缓解患者痛经程度,减少月经量,且不影响卵巢功能,临床治疗效果显著。

【关键词】 腹腔镜;子宫动脉阻断术;子宫腺肌病;痛经;疗效

【中图分类号】 R711.74 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003—6350(2019)02—207—03

Evaluation of laparoscopic adenectomy combined with uterine artery occlusion in the treatment of adenomyosis.

LAI Ying, ZHANG Chun-hua, CHEN Hua-zhen. Department of Gynaecology, Luoding People's Hospital, Luoding 527200, Guangdong, CHINA

【Abstract】 **Objective** To investigate the effect of laparoscopic resection combined with uterine artery occlusion in the treatment of adenomyosis. **Methods** A total of 50 patients with adenomyosis, who admitted to Luoding People's Hospital from January 2017 to March 2018, were selected and divided into the observation group and the control group according to random number table method, with 25 cases in each group. The observation group was treated by laparoscopic lesion resection combined with uterine artery occlusion, and the control group was treated with laparoscopic lesion excision. The menstrual volume, menstrual cycle, pain menstruation, uterine volume and ovarian function change preoperative, 6 and 12 months after operation were compared between the two groups. **Results** For 12 months after the operation, the menstrual volume, pain menstruation, uterine volume in the observation group were $(45.82\pm 14.84)\%$, (0.46 ± 0.18) , $(106.31\pm 19.64) \text{ cm}^3$, respectively, which were significantly better than corresponding $(57.46\pm 14.89)\%$, (1.87 ± 0.52) , $(126.81\pm 23.08) \text{ cm}^3$ in the control group ($P<0.05$); the curative effect of the observation group was 68.00%, which was significantly higher than 40.00% of the control group ($P<0.05$); the levels of estradiol, follicle stimulating hormone, luteinizing hormone in the observation group were respectively $(50.33\pm 5.31) \text{ mmol/L}$, $(26.91\pm 3.08) \text{ U/L}$, $(7.28\pm 2.16) \text{ U/L}$ versus $(50.64\pm 5.31) \text{ mmol/L}$, $(28.78\pm 2.91) \text{ U/L}$, $(7.21\pm 2.65) \text{ U/L}$ in the control group ($P>0.05$). **Conclusion** Laparoscopic lesion resection combined with uterine artery occlusion is effective in the treatment of adenomyosis. It can obviously relieve the degree of dysmenorrhea and reduce the amount of menstruation, and does not affect ovarian function.

【Key words】 Laparoscopy; Uterine artery occlusion; Adenomyosis; Dysmenorrhea; Effect

子宫腺肌病又被称为内在性子宫内膜异位症,主要是由于子宫内膜腺体和间质侵入子宫肌壁层,导致子宫肌层出现增生性病变,患者主要表现为痛经、月经量增多等。由于病灶与周围正常肌层之间无明显界限,因此手术多无法彻底切除,容易导致术后复发^[1]。而全子宫切除又会严重影响患者身心健康以及生活质量。腹腔镜下病灶切除术作为一种微创手术,对患者创伤小,术后并发症少,对子宫功能影响小。子宫动脉阻断术可以使子宫病变缺血、坏死,减少术后复发^[2]。本研究旨在评价腹腔镜下病灶切除联合子宫动

脉阻断术治疗子宫腺肌病患者的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2018 年 3 月在罗定市人民医院住院治疗的子宫腺肌病患者 50 例为研究对象。纳入标准:①患者存在进行性痛经并伴随下腹以及腰骶部疼痛 2 年以上;②在治疗前三个月内未使用激素类药物;③排除存在肝肾功能严重异常者。患者年龄 32~45 岁,年龄 (36.28 ± 4.06) 岁;痛经时间 3~12 年,平均 (6.24 ± 1.62) 年。根据随机数字表法将患者分为观察组和对照组各 25 例。观察组患者应用

腹腔镜下病灶切除联合子宫动脉阻断术,对照组患者仅应用腹腔镜下病灶切除术。两组患者的年龄、痛经时间、孕产次、痛经评分、月经量以及子宫体积比较,

差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究经医学伦理委员会批准,所有患者均签署知情同意书。

表1 两组患者的一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	痛经年限	孕产次	痛经评分	月经量(mL)	子宫体积(cm ³)
观察组	25	36.28±4.06	6.16±1.56	2.42±1.01	7.02±1.28	123.83±18.57	145.17±21.64
对照组	25	36.44±4.67	6.25±1.66	2.38±0.98	6.84±1.41	123.51±18.91	144.62±20.66
<i>t</i> 值		0.129	0.197	0.142	0.473	0.060	0.092
<i>P</i> 值		0.897	0.844	0.888	0.638	0.952	0.927

1.2 治疗方法 患者取头低臀高位,术前气管插管,行静脉全身麻醉。观察组行腹腔镜下病灶切除联合子宫动脉阻断术,首先建立气腹,在患者脐周做一长约1 cm的切口,将气腹针置入后充气,保持腹腔压力为10~13 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)后置入腹腔镜。然后在下腹部两侧各做一0.5 cm的切口,置入手术器械。通过腹腔镜对子宫进行观察,并记录其体积以及病灶部位及范围。于子宫骶韧带上方2 cm处找到阔韧带后叶并切开,然后分离输尿管。切开并分离腹膜至宫旁。暴露子宫动脉,并用钛夹在子宫下段将双侧子宫动脉夹闭阻断。对病灶准确定位后从突起处将子宫肌层进行线性切开,应用腹腔镜剪或者单级电针将病灶进行切除并送病理,术中如果发现子宫肌瘤或卵巢异位囊肿则予以剔除,合并盆腔黏连者予黏连松解,用1-0可吸收线连续内翻缝合切口。对照组仅应用腹腔镜病灶切除治疗,患者并不行双侧子宫动脉阻断,只是在腹腔镜下将病灶应用腹腔镜或者单级电针切除后进行切口缝合。

1.3 观察指标与评价方法 ①痛经情况评测:采用视觉模拟评分法(VAS),评分0~10分。0分:无痛经;1~3分:有轻微痛经,可忍受,不影响日常生活;4~6分:有明显的疼痛感,患者难以承受,影响患者日常生活,需要口服止痛药;7~9分:存在剧烈疼痛,患者难以忍受,严重影响患者日常生活,口服止痛药不能缓解^[3]。②痛经治疗效果判定:痊愈,患者痛经症

状彻底消失;明显好转:患者存在痛经症状但是较治疗前明显好转;尚可,患者痛经症状得到一定的缓解,效果较差;无效:痛经症状无改变,治疗无效果;复发:治疗后痛经症状明显缓解或者消失,经过一段时间后又复发,疼痛程度甚至超过治疗前^[4];③月经量、月经周期、经期检测:以患者自我报告为主,治疗后月经量占治疗前的百分比表示;④子宫体积计算方法:应用B超在患者月经结束4~7 d开始对子宫三个过圆形球体的横截直径进行测量,分别记为A、B和M记,计算公式为 $(ABM\pi/6)$ cm³ ^[5];⑤卵巢功能指标:包括雌二醇、卵泡刺激素和黄体生成素。分别于术前、术后6个月和术后12个月月经的第二天抽取检测。

1.4 统计学方法 应用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析,对所有资料进行正态性检验及方差齐性检验,正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,重复测量数据比较采用重复测量方差分析,组间两两对比采用LSD-*t*检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,均以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的月经、痛经和子宫体积比较 两组患者治疗后的经量、月经周期、经期、痛经程度和子宫体积均较治疗前明显改善,且差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者术后12个月经量、痛经程度、子宫体积均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者治疗前后的月经、痛经和子宫体积比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	观察指标	术前	术后6个月	术后12个月	<i>F</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	25	经量(%)	100.0±0	48.05±15.74	45.82±14.84 ^a	4.252	0.024
		月经周期(d)	26.28±2.36	28.87±1.58	28.84±1.58	3.952	0.041
		经期(d)	7.38±2.52	5.28±2.64	5.25±2.17	5.254	0.002
		痛经程度(分)	7.02±1.28	1.62±0.38	0.46±0.18 ^a	9.025	0.000
		子宫体积(cm ³)	145.17±21.64	118.65±24.08	106.31±19.64 ^a	8.251	0.000
对照组	25	经量(%)	100.0±0	48.42±15.68	57.46±14.89	4.025	0.036
		月经周期(d)	26.31±2.33	28.94±1.54	28.61±1.57	3.852	0.043
		经期(d)	7.38±2.50	5.28±2.57	5.38±2.20	5.142	0.006
		痛经程度(分)	6.72±1.31	1.58±0.42	1.87±0.52	7.251	0.000
		子宫体积(cm ³)	144.62±20.66	124.64±24.38	126.81±23.08	5.216	0.001

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 两组患者的痛经治疗效果比较 两组患者均无治疗无效的病例。观察组患者的痛经治愈率为

68.00%,明显高于对照组的40.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组治疗效果中尚可、无效及复发比例间比

较差异均无统计学意义($P>0.05$),见表3。

2.3 两组患者治疗前后的卵巢功能血液学指标比较 两组患者治疗前后的雌二醇、卵泡刺激素和黄体生成素比较差异均无统计学意义($P>0.05$),组间比较差异亦无统计学意义($P>0.05$),见表4。

表3 两组患者痛经治疗效果比较[例(%)]

组别	例数	治愈	尚可	复发
观察组	25	17 (68.00)	4 (16.00)	4 (16.00)
对照组	25	10 (40.00)	7 (28.00)	8 (32.00)
χ^2 值		3.945	0.355	2.126
P 值		0.047	0.552	0.092

表4 两组患者治疗前后的雌二醇、卵泡刺激素和黄体生成素比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	观察指标	术前	术后6个月	术后12个月	F 值	P 值
观察组	25	雌二醇(mmol/L)	53.82±5.07 ^a	55.81±6.12 ^a	50.33±5.31 ^a	1.053	0.325
		卵泡刺激素(U/L)	26.83±3.52 ^a	27.47±2.28 ^a	26.91±3.08 ^a	1.952	0.093
		黄体生成素(U/L)	7.42±2.25 ^a	7.05±2.15 ^a	7.28±2.16 ^a	1.226	0.125
对照组	25	雌二醇(mmol/L)	54.06±4.81	55.76±5.27	50.64±5.31	2.025	0.089
		卵泡刺激素(U/L)	26.64±3.38	29.04±1.58	28.78±2.91	1.257	0.211
		黄体生成素(U/L)	7.38±2.64	7.18±2.64	7.21±2.65	1.035	0.314

注:分别与对照组比较,^a $P>0.05$ 。

3 讨论

子宫腺肌主要以手术保守切除和药物治疗为主。孕激素类药物、达那唑、促性腺激素释放激素类似物等药物治疗虽然能够在短期内缓解患者痛经症状,但是停药后极易复发,且有将近20%的患者应用治疗无效,最终还是需要手术治疗^[5]。手术切除治疗可以达到彻底治疗的目的,但是长期随访发现约有10%左右的患者会出现复发,甚至不少复发患者痛经症状较治疗前更严重,最终只能选择子宫全切^[6]。因此,如何既保证有效治疗的基础上又能够最大程度减少患者复发,则是目前研究的热点。有研究借助子宫动脉栓塞术治疗子宫肌瘤的经验,通过栓塞子宫动脉造成侵入子宫肌层的病灶处于缺血、缺氧的状态,最终是导致病灶坏死、溶解并被吸收,达到治疗目的。此种方法的治疗有效性有待于进一步研究探讨,因为有研究认为当侧支循环建立后患者会出现复发的可能性^[7]。

本研究结合既往研究,选取腹腔镜下病灶切除联合子宫动脉阻断术进行治疗。该治疗方式的优点在于:①腹腔镜属于微创手术,总体患者损伤小,只对子宫病变部位进行切除,并且由于子宫腺肌病患者往往伴随卵巢巧克力囊肿和盆腔子宫内膜异位症,借助于手术可以对盆腔情况进行全面评估,发现有黏连或者其他病变可以同时进行手术^[8-9];②在病灶切除同时阻断子宫动脉,减少了疾病复发的可能。由于盆腔侧支循环非常丰富,因此盆腔脏器不至于出现缺血情况而导致功能异常^[10]。本研究同时选取了行传统腹腔镜手术切除患者作为对比,研究显示,两种治疗方式术后效果均明显,并且在6个月内两种治疗方式月经量、月经周期、经期、痛经程度和子宫体积差异无统计学意义。但是在12个月内观察组患者月经量、痛经程度、子宫体积和对照组差异明显,说明进行病灶切除联合子宫动脉阻断可保证患者术后长时间保持不复发效果优于单纯进行切除。在行子宫动脉阻断后是否存在影响卵巢功能的研究上,本研究发现,观察组术后12个月内雌二醇、卵泡刺激素和黄体生成素水平和对照组无差异,说明子宫动脉阻断并不影响卵巢功能,

这得益于盆腔丰富的侧支循环。因此,腹腔镜下病灶切除联合子宫动脉阻断术在术后12个月内控制子宫腺肌病相关症状明显优于单纯病灶切除术,在复发率上两者差异并不明显的原因可能是由于本研究病例数过少所致。但是在术后月经量、痛经程度、子宫体积上联合治疗方式是有明显优势的,因此联合治疗方式优于单纯进行腹腔镜下病灶切除。

综上所述,腹腔镜下病灶切除联合子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病疗效显著,能够明显缓解患者痛经程度,减少月经量,且并不影响患者卵巢功能,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 张卉. 腹腔镜下病灶切除联合子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病48例[J]. 山东医药, 2016, 56(3): 80-81.
- [2] JASON M, DECHENNE V, CHANTRAINE F, et al. Adenomyosis [J]. Rev Med Liege, 2013, 68(4): 160-162.
- [3] 王欣, 成九梅, 段华. 腹腔镜子宫动脉阻断联合子宫腺肌病病灶切除对子宫、卵巢血流及内分泌激素的影响[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(10): 869-872.
- [4] 景明来, 王芬娟, 龚巧丽. 腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术的比较[J]. 中国微创外科杂志, 2013, 13(4): 333-335.
- [5] 王燕, 吴莺, 李艳丽, 等. 超声消融技术与腹腔镜下病灶剔除联合子宫动脉阻断术治疗子宫腺肌病的疗效比较[J]. 重庆医学, 2014, 43(2): 139-141.
- [6] WANG PH, SU WH, SHEU BC, et al. Adenomyosis and its variance: adenomyoma and female fertility [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2009, 48(3): 232-238.
- [7] 戴碎平, 曾清芳, 卢昆林. 腹腔镜下子宫动脉阻断联合病灶切除术在子宫腺肌病治疗中的应用[J]. 东南国防医药, 2016, 18(1): 77-79.
- [8] 闵小佳, 厉碧荣, 李劫. 不同治疗方法对子宫腺肌症患者的卵巢功能、应激状态及血清MMP含量的影响[J]. 海南医学, 2015, 26(13): 1976-1978.
- [9] CHANG S, LEE MS, KIM MD, et al. Inferior mesenteric artery collaterals to the uterus during uterine artery embolization: prevalence, risk factors, and clinical outcomes [J]. J Vasc Interv Radiol, 2013, 24(9): 1353-1360.
- [10] LIANG E, BROWN B, KIRSOP R, et al. Efficacy of uterine artery embolisation for treatment of symptomatic fibroids and adenomyosis-an interim report on an Australian experience [J]. Aust NZ J Obstet Gynaecol, 2012, 52(2): 106-112.

(收稿日期:2018-05-21)