

卵巢移位及腹膜阴道延长术在子宫颈癌根治术中的价值

方莉莉, 金万里

(黄山市人民医院 妇产科, 安徽 黄山 245000)

【摘要】目的: 评价卵巢移位及腹膜阴道延长术在宫颈癌根治术中应用价值。方法: 选择 2006 年 1 月~2014 年 12 月我科收治的宫颈癌患者 14 例为研究组, 选择同期宫颈癌患者 15 例为对照组, 两组均行广泛性全子宫切除+盆腔淋巴结清扫术, 其中对照组行双附件切除, 研究组保留卵巢功能行一侧卵巢移位+阴道延长术。观察两组手术时间、术中出血量及术后尿管拔出时间、膀胱功能恢复时间; 比较和了解阴道长度变化及性生活满意情况等。结果: 两组手术时间、术中出血量、术后尿管拔出时间及术后复发率比较差异无统计学意义($P>0.05$); 研究组术后阴道长度明显长于对照组, 术后随访 1 年性生活质量, 两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论: 对年轻宫颈癌患者在广泛性全子宫+盆腔淋巴结清扫基础上, 行卵巢移位及阴道延长术可以提高术后生活质量。

【关键词】子宫颈癌; 卵巢移位; 阴道延长

【中图分类号】R 737.33 **【文献标识码】**A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2016.06.023

宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤; 30~35 岁是原位癌的高发年龄段, 50~55 岁是浸润癌的高发年龄段。宫颈细胞学筛查的普遍应用, 可早期发现和治理宫颈癌癌前病变, 明显降低宫颈癌发病率和病死率。目前宫颈癌发病年龄呈年轻化趋势^[1]。年轻的宫颈癌患者行广泛全子宫切除+双附件切除+盆腔淋巴结清扫术后, 易出现阴道明显缩短及围绝经期症状, 严重影响其生活质量。我院对年轻宫颈癌患者在广泛性全子宫切除+盆腔淋巴结清扫基础上, 行卵巢移位及阴道延长术, 取得了良好的效果, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 选择 2006 年 1 月~2014 年 12 月 14 例宫颈癌患者为研究组, 年龄 32~41 岁, 平均(36.6±3.4) 岁。其中 I a 2 期 2 例, I b 1 期 10 例, II a 期 2 例。病理类型: 鳞癌 13 例, 腺癌 1 例。选择同期宫颈癌患者 15 例为对照组, 年龄 35~46 岁, 平均(44.0±3.39) 岁。其中 I b 1 期 11 例, I b 2 期 1 例, II a 期 3 例。病理类型: 鳞癌 13 例, 腺癌 2 例。参考国际妇产科联盟(FIGO, 2009 年) 修订的标准分期, 所有患者均行病理检查, 有高危因素者术后行放疗。

1.2 手术方式 两组均予以广泛性全子宫切除+盆腔淋巴结清扫术, 研究组在上述基础上行一侧附件保留后, 并予以卵巢移位+阴道延长术, 对照组双附件切除。具体如下: ①卵巢移位术。钳夹、离断、缝扎一侧圆韧带, 自断端切开圆韧带前叶及盆腔腹膜, 钳夹、离断输卵管系膜及卵巢固有韧带, 并缝扎残端, 游离卵巢动静脉约 15 cm 后, 将卵巢固定于侧腹中上部后腹膜处, 并在髂嵴上 2 cm 处用电刀在皮肤表面做“十”字标志。②阴道延长术。艾利钳提起阴道残端, 并用碘伏擦洗消毒后, 1-0 可吸收线锁边缝合残端一周, 再次擦洗后 1-0 可吸收线间断缝合阴道前壁残端与膀胱反折腹膜及阴道后壁残端与直肠反折腹膜。检查残端无出血后, 距阴道残端 4 cm 用 1-0 可吸收线间断缝合膀胱壁与直肠壁使其成为阴道顶端。

1.3 观察指标 观察两组手术时间、术中出血量及术后尿管拔出时间; 术后随访 1 年, 检查阴道长度、阴道液基细胞学、盆腹腔 CT、胸片等; 采用国际女性性功能评估量表(BISF-W) 通过问卷了解术后性生活满意情况。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 20.0 统计学软件, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

收稿日期: 2016-03-10

作者简介: 方莉莉 (1981-) 女, 主治医师 (电话) 13955954983 (电子信箱) 43578205@qq.com.

2 结果

2.1 两组手术时间、术中出血量及术后尿管拔出时间比较 两组手术时间、术中出血量及术后尿管拔出时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 两组患者围手术期情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术时间 /min	术中出血量 /mL	拔尿管时间 /d
研究组	14	186±9	435±25	17.7±6
对照组	15	166±7	477±21	18.3±4
<i>t</i> 值		0.878	0.826	1.73
<i>P</i> 值		>0.05	>0.05	>0.05

2.2 术后阴道长度比较 两组术前阴道长度差异无统计学意义($P>0.05$),术后研究组阴道长度明显长于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 随访

2.3.1 术后每3个月检查1次,共随访1年。术后两组患者均定期行阴道液基细胞学检查及盆腔MR检查。若有肿瘤复发,则行进一步病理检查。

表3 术后性生活质量得分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性欲	性唤起	性高潮	性心理	性行为异常症状
研究组	14	111.14±23.15	104.56±17.14	105.24±22.25	107.49±17.37	106.57±16.37
对照组	15	131.26±20.45	133.34±16.78	133.76±23.21	132.63±17.84	126.75±17.26
<i>t</i> 值		6.236	5.465	5.238	5.164	5.297
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3.3 复发情况 研究组2例复发,1例为术前取节育环造成子宫穿孔可能引起盆腔扩散;另1例为子宫颈非角化性鳞状细胞癌,无盆腔淋巴结转移,术后半年复发。对照组2例复发,1例为盆腔内淋巴结转移;1例为宫颈管全层浸润,为IIa期。两组复发率差异无统计学意义($P>0.05$),复发患者予以放疗。

3 讨论

传统观点认为,肿瘤治疗的首要任务是延长患者的生存时间,以此为目的而扩大手术范围,可以有效地切除存在或潜在存在的肿瘤病灶,但相关研究表明,过度扩大手术范围并非能够延长患者的生存时间,相反会对患者的生存质量产生不良影响。随着肿瘤患者的发病年龄的年轻化,患者除了有延长生命时间渴求外,而且对治疗后生活质量提出较高的要求,甚至部分肿瘤患者希望在延长生命和提高

2.3.2 性生活满意度调查 通过发放调查问卷等方式定期进行随访,随访内容包括治疗效果、两组术后性生活情况、阴道湿润度、疼痛感、性交愉悦感等,随访1年。术前两组患者性生活均满意,术后均禁同房3个月,3个月后经检查阴道残端愈合良好者,可以同房。BISF-W量表:共包括性欲、性高潮、性心理、性唤起、性异常、射精时间六方面。本研究调查包括性欲、性唤起方面和阴道性交兴奋比例、性高潮、性心理、性行为异常症状五大方面内容,分数越低则性功能越差。两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),详见表3。

表2 两组术前、术后阴道长度比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术前/cm	术后/cm	$\bar{d}\pm s_d$	配对 <i>t</i> 值
研究组	14	11.5±0.7	9.2±0.6	2.40±0.953	9.65*
对照组	15	11.9±0.5	5.1±0.9	6.83±1.24	21.36*
<i>t</i> 值				10.729	-
<i>P</i> 值				<0.05	-

* $P<0.05$ 。

生存质量的同时,仍能够拥有正常的性生活。所以当今对宫颈癌的治疗已不能停留在原有的水准上,而是在延长生命的前提下,通过保留卵巢维持术后内分泌功能,通过延长阴道满足术后的性生活。

3.1 保留卵巢功能 早期宫颈癌卵巢转移率很低,宫颈鳞癌转移率在1%以下,宫颈腺癌转移率为10%左右,研究发现^[2]保留卵巢和切除卵巢的年轻宫颈腺癌患者5年生存率无统计学意义,且宫颈癌术后复发率与年龄无关^[3]。绝经前宫颈癌患者如果手术切除卵巢,会出现围绝经症状,严重者会导致全身如心血管、神经、泌尿等系统以及骨质代谢的变化。吴向晖等报道保留卵巢患者术前与术后血清FSH、E2水平相似,即保留了卵巢的内分泌功能,无绝经期症状出现^[4]。盆腔放疗是宫颈癌术后常用的辅助治疗,放疗可以使手术保留的卵巢功能受损,

(下转第593页)

- [8] FORNER D ,PHILLIPS T ,RIGBY M.Submental island flap reconstruction reduces cost in oral cancer reconstruction compared to radial forearm free flap reconstruction: a case series and cost analysis [J].J Otolaryngol Head Neck Surg 2016 45(1) : 11.
- [9] CHEN WL ,LI JS ,YANG ZH *et al*.Two submental island flaps for reconstructing oral and maxillofacial defects following cancer ablation [J].Oral Maxillofac Surg 2008 66: 11.
- [10] ZHANG BIN ,WANG JIANGUANG ,CHEN WEILIANG *et al*.Reverse facial-submental artery island flap for reconstruction of otopharyngeal defects following middle and advanced-stage carcinoma ablation [J].Oral and Maxillofacial Surgery 2011 49: 194-197.
- [11] MULTINU A ,FERRARI S ,BIANCHI B *et al*.Submental artery island flaps for reconstruction in the head and neck region [J].Int J Oral Maxillofac Surg 2007 36(8) : 716-720.
- [12] 吴跃煌 ,唐平章.额下岛状皮瓣应用结果回顾 [J].中华口腔医学杂志 2002 37(6) : 418-420.
- [13] TSAI WC ,YANG JM ,LM SC.Management of different kinds of head and neck defeat with the submental flap for reconstruction [J].European archive of oto-rhino-laryngology 2014: 1-5.
- [14] 任振虎 ,吴汉江.口腔鳞状细胞癌在颈部淋巴结包膜外侵犯方向的初步探讨 [J].实用口腔医学杂志 2014 30(5) : 676-679.

(上接第 589 页)

并导致性功能减退,因此术中保留卵巢的同时将卵巢移位以避免术后如行盆腔放射照射,影响卵巢功能。另外对有乳腺癌、卵巢癌家族史的患者术中应做卵巢冰冻病理,亦为手术质量和术后生存质量的保证^[5]。因此我们对于年龄 < 45 岁、肿瘤直径在 3 cm 以下的宫颈癌患者,病理明确无宫体及宫旁侵犯,没有血管或淋巴管浸润者,行卵巢移位至盆腔放射野以外,改善了患者生活质量,复发率未受影响。

3.2 保留性功能 宫颈癌患者在术后恢复期需要家庭及丈夫的安慰和鼓励,传统手术的患者因阴道缩短、干燥而不能进行正常的性生活^[6]。在行宫颈癌广泛手术的同时做阴道延长术,尽可能减少对患者性功能的不良影响,提高术后患者的性生活质量。陈灼英等^[7]在年轻宫颈癌根治手术中行阴道延长术,随访结果显示阴道延长手术能有效提高患者性生活质量。我院采取的术式主要根据先天性无阴道治疗中以腹膜代阴道成形术的一些成功经验^[8],腹膜为自体组织,无排异反应,术中子宫膀胱反折腹膜和子宫直肠反折腹膜与阴道前后壁残端缝合时,确保阴道面光滑,术后不易发生感染及坏死,有利于上皮组织迅速生长,术后不放置阴道模具,不口服药物,恢复快,性生活满意。一般用于临床分期 I b1 期患者,无宫旁侵犯,无阴道侵犯,无血管和淋巴管

转移患者。本组资料中,行阴道延长术患者阴道长度明显长于对照组,性生活满意度较对照组好。

综上所述,对年轻宫颈癌患者在广泛性全子宫切除+盆腔淋巴结清扫基础上,行卵巢移位及阴道延长术可以提高患者术后生活质量,是较理想的治疗方法。由于本文临床资料有限,随访时间较短,有待于进一步研究。

【参考文献】

- [1] 林仲秋,卢淮武.子宫恶性肿瘤诊治研究——子宫颈癌 [J].国际妇产科学杂志 2012 39(4) : 322-326.
- [2] 程海荣,陈杰.年轻早期宫颈癌患者的诊治进展 [J].现代肿瘤医学 2016 24(4) : 678-680.
- [3] 韩赛,宗丽菊,李艺,等.病理类型、年龄与宫颈癌术后复发相关性的 Meta 分析 [J].现代妇产科进展 2015(12) : 923-925.
- [4] 吴向晖,周晓亮,王焱.卵巢移位及腹膜阴道延长术在宫颈癌根治术中的应用 [J].山东医药 2010 50(26) : 35-36.
- [5] 贾西彪,王红静.年轻宫颈癌的诊治进展 [J].实用妇产科杂志, 2013 29(3) : 181-183.
- [6] 徐丽,陈凤菊.年轻宫颈癌患者治疗后性生活体验的质性研究 [J].护理学杂志 2015 30(8) : 45-47.
- [7] 陈灼英,赵林华,李微微,等.以腹膜延长阴道提高年轻宫颈癌患者术后生活质量的临床研究 [J].中国妇幼保健,2011,26(34) : 5449-5451.
- [8] 王秋丽.宫颈癌根治术加阴道延长术治疗年轻宫颈癌患者临床观察 [J].临床合理用药杂志 2011 4(2) : 62-63.