

• 临床医学 •

文章编号: 1002 - 0217(2017)03 - 0247 - 03

宫颈癌腹腔镜根治术与开放性手术的疗效分析

杨军文, 倪观太

(皖南医学院第一附属医院 弋矶山医院 妇产科 安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的: 观察宫颈癌(FIGO分期 I a₂ ~ II a) 患者应用腹腔镜根治术与开放性手术疗效, 为合适宫颈癌术式选择提供依据。方法: 选取 2012 ~ 2014 年在弋矶山医院妇科住院并行宫颈癌根治术的 82 例患者(FIGO分期 I a₂ ~ II a) 作为研究对象, 按手术方法分为观察组(腹腔镜手术)和对照组(开放性手术)各 41 例, 比较两组围术期情况、病理及随访资料。结果: 与对照组比较, 观察组手术时间缩短($t=3.735$, $P=0.000$)、术中出血减少($t=3.539$, $P=0.000$)、肛门排气时间及住院时间均缩短($t=3.252$, $t=4.210$, P 均 <0.01); 观察组清扫淋巴结数量(23.60 ± 6.82) 枚多于对照组(20.08 ± 6.39) 枚, 差异有统计学意义($t=2.412$, $P=0.018$); 术后生活质量 EORTC QLQCA30 量表评分观察组 72.44 ± 9.78 , 对照组 66.15 ± 8.72 , 两组差异有统计学意义($t=3.074$, $P=0.003$); 但两组并发症发生率、术后复发生存率、子宫主骶韧带及阴道切除长度比较差异均无统计学意义($\chi^2=0.901$, 0.311 , 0.456 , $t=0.216$, 1.140 , 1.966 , P 均 >0.05)。结论: 腹腔镜宫颈根治术具有微创、安全、临床疗效佳等优势, 是治疗宫颈癌可靠有效的方法, 值得推广应用。

【关键词】宫颈癌; 腹腔镜; 开放性手术; 疗效

【中图分类号】R 737.33 **【文献标识码】**A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2017.03.014

Comparative analysis of laparoscopic radical hysterectomy and open surgery for cervical cancer

YANG Junwen, NI Guantai

Department of Gynecology & Obstetrics, The First Affiliated Hospital of Wannan Medical College, Wuhu 241001, China

【Abstract】Objective: To compare the efficacies of laparoscopic radical hysterectomy and open surgery for cervical cancer (I a₂ - II a by staging system as Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique, FIGO) for evidences to plan optimal surgical options in treatment of cervical cancer. **Methods:** Eighty-two patients with early cervical carcinoma were included in our department between 2012 and 2014, and allocated to observational group (laparoscopic radical hysterectomy) and control group (open radical hysterectomy) ($n=41$ for each group). The two groups were compared concerning perioperative information, pathological findings and follow-up records. **Results:** Patients in the observational group had shorter operative time, lower intraoperative blood loss, early anus exhaust, reduced hospital stay and more lymph nodes [(23.60 ± 6.82) vs. (20.08 ± 6.39)] removed in operation than the controls ($t=3.735$, $P=0.000$; $t=3.539$, $P=0.000$; $t=3.252$, $t=4.210$, $P<0.01$, respectively). The difference was significant ($t=2.412$, $P=0.018$). Evaluation of the postoperative quality of life by EORTC QLQ-C30 scoring system indicated (72.44 ± 9.78) for the observational group and (66.15 ± 8.72) for the control group. The difference was significant ($t=3.074$, $P=0.003$). However, the two groups were not significantly different regarding incidence of complications, postoperative recurrence and survival rate, incised length of uterosacral ligament and vagina ($\chi^2=0.901$, 0.311 and 0.456 ; $t=0.216$, 1.140 and 1.966 , respectively, all $P>0.05$). **Conclusion:** Laparoscopic cervical radical hysterectomy can be wider clinical recommendation for cervical cancer because of its minimal invasion, safety, better clinical efficacy and reliability.

【Key words】cervical cancer; laparoscopy; open surgery; therapeutic effect

宫颈癌(cervical carcinoma)是全球发病率较高的女性生殖器官疾病,其分布具有地区性,居我国妇科恶性肿瘤首位,也是发展中国家女性恶性肿瘤主要的死亡原因,随着危险因素增多,其发病率显著上升,对女性生命健康构成极大威胁^[1]。临床实践证实:早期宫颈癌患者应用开放性根治术,取得了良好的治疗效果,5年总生存率达60%~90%以上,被

认为是治疗宫颈癌的经典术式^[2]。但是自1989年腹腔镜首次运用于清扫盆腔淋巴结以来,腹腔镜宫颈癌根治术逐渐得到肯定和推广,已经成为宫颈癌新的手术方式,使越来越多的患者从中受益^[2-3]。本研究探讨腹腔镜宫颈癌根治术与开放性宫颈癌根治术两种不同手术方式的治疗效果,结合随访资料比较分析,现报道如下。

收稿日期: 2016-11-16

作者简介: 杨军文(1967-),男,副主任医师,硕士生导师,(电话)0553-5739533,(电子信箱)yjsyjw2009@sina.com;

倪观太,男,主任医师,副教授,硕士生导师,(电子信箱)53449817@qq.com,通信作者。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2012~2014年在弋矶山医院妇科住院并行宫颈癌根治术的82例患者(FIGO分期I a2~II a)作为研究对象,患者术前均经宫颈活检病理确诊为宫颈癌,排除手术及麻醉禁忌证。根据患者手术方式分为观察组和对照组,两组各41例。观察组行腹腔镜手术,年龄33~58(44.87±5.78)岁,FIGO分期:I a2~I b期32例,II a期9例。组织类型:鳞癌34例,腺癌6例,腺鳞癌1例。对照组行传统开腹手术,年龄35~68(47.36±8.94)岁,FIGO分期:I a2~I b期29例,II a期12例;组织类型:鳞癌35例,腺癌6例。两组一般资料具有可比性(P>0.05)。

1.2 治疗方法 82例宫颈癌(FIGO分期I a2~II a)均行宫颈癌根治术,其中有4例(观察组、对照组各2例)进行术前新辅助化疗;有21例(观察组11例、对照组10例)因患者年轻希望保留卵巢而行原位或移位术。术后评估两组患者病理结果,指导治疗,其中有47例患者(观察组24例、对照组23例)进行辅助治疗。具体手术方法如下。

1.2.1 观察组 患者取头低臀高膀胱截石位,置举宫器,其手术主要要点:①建立人工气腹,穿刺进镜,全面探查;②高位切断双侧圆韧带及卵巢动静脉;③超声刀游离髂血管床,沿血管方向切除盆腔淋巴结;④沿宫颈膀胱间隙下推膀胱至宫颈外口下3~4cm;⑤分离子宫直肠间隙和侧窝,切断双侧宫骶韧带达3cm以上;⑥处理膀胱侧窝及膀胱宫颈韧带并打开“输尿管隧道”,切断双侧主韧带、阴道旁及其

上段达3cm以上。

1.2.2 对照组 平卧位,按传统开腹手术行宫颈癌根治术,具体手术步骤按常规进行。

1.3 观察指标 两组围术期情况(术中情况、肛门排气及住院时间、并发症)、病理(手术切除范围、淋巴结切除数目)采用EORTC QLQCA30量表进行术后1年生活质量评分^[4]以及随访截止2016年10月并统计复发和生存情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0软件分析,计量和计数资料分别以 $\bar{x} \pm s$ 、百分比(%)表示,采用t检验或卡方检验。检验水准取 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组围术期情况比较 两组宫颈癌患者均顺利完成手术,观察组患者手术时间较对照组缩短($t = 3.735, P = 0.000$)、术中出血减少($t = 3.539, P = 0.000$)、肛门排气时间及住院时间均缩短($t = 3.252, 4.210, P$ 均 < 0.01);观察组和对照组并发症发生率分别为26.83%(11/41)、36.59%(15/41),两组比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.901, P = 0.342$)。见表1。

2.2 两组病理检查结果比较 与对照组比较,观察组子宫主韧带、骶韧带及阴道切除较长,差异无统计学意义($t = 0.216, 1.140, 1.966, P$ 均 > 0.05)。观察组清扫淋巴结数目(23.60 ± 6.82)枚,多于对照组(20.08 ± 6.39)枚,差异有统计学意义($t = 2.412, P = 0.018$)。见表2。

表1 两组围术期情况比较

组别	n	手术时间/min	术中出血量/mL	肛门排气时间/d	住院时间/d	并发症/%
观察组	41	212.38 ± 51.26	228.17 ± 125.01	2.21 ± 0.52	20.36 ± 3.32	26.83
对照组	41	264.70 ± 73.59	320.45 ± 110.12	2.76 ± 0.95	24.01 ± 4.54	36.59
t(或 χ^2)		3.735	3.539	3.252	4.210	0.901
P		0.000	0.000	0.002	0.000	0.342

表2 两组病理检查结果比较

组别	n	主韧带切除长度/cm	骶韧带切除长度/cm	阴道切除长度/cm	淋巴结/枚
观察组	41	3.02 ± 0.16	3.11 ± 0.08	3.33 ± 0.14	23.60 ± 6.82
对照组	41	3.01 ± 0.25	3.07 ± 0.21	3.26 ± 0.18	20.08 ± 6.39
t		0.216	1.140	1.966	2.412
P		0.830	0.246	0.053	0.018

2.3 两组随访结果比较 两组患者进行了随访,随访截止2016年10月,观察组术后复发率17.07%(7/41)、生存率90.24%(37/41)均好于对照组(21.95%、85.37%),但差异无统计学意义($\chi^2 =$

0.311, $P = 0.577$; $\chi^2 = 0.456, P = 0.500$);术后1年生活质量EORTC QLQCA30量表评分观察组72.44 ± 9.78,对照组66.15 ± 8.72,两组差异有统计学意义($t = 3.074, P = 0.003$)。

3 讨论

近几十年,随着人们对自身健康的日益重视以及不断改进的宫颈癌诊断技术,明显提高了早期宫颈癌的诊断率,同时也为宫颈癌的手术治疗提供了有力保障。对于早期宫颈癌,不论是国内还是国外主要治疗手段是手术^[5],但随着腹腔镜器械的更新和手术技巧的成熟,手术方式已经从开放性手术逐步发展到腹腔镜宫颈癌根治术^[2]。腹腔镜手术视野清晰,准确呈现盆腔局部解剖结构,能够真正做到宫颈癌精准手术,显示其得天独厚的优越性,但其手术疗效及安全性仍存在差异和争议^[2,5-8]。因此,我们对分析腹腔镜宫颈癌根治术与开放性手术疗效,并进行术后随访,为临床选择合适宫颈癌术式提供理论依据。

大量文献证实腹腔镜技术是安全可靠的,具有微创、患者恢复快等临床优势^[5-8]。在本组病例资料结果中,观察组手术时间、术中出血量较对照组减少,差异均有统计学意义($P = 0.000$),与有关研究^[8-9]结果相近。这与腹腔镜可放大视野4~6倍,且手术视角灵活,能够真正做到宫颈癌精准手术有关。术中采用超声刀切割,创面止血效果良好,同时气腹使腹内压力增高也有利于创面止血^[10],与我科前期报道腹腔镜宫颈癌根治术相比^[11],手术时间及出血量又有明显降低,说明随着术者手术经验的积累与手术技巧的熟练,手术效果越来越满意。本组病例资料结果中,观察组患者肛门排气时间及住院时间均显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),表明腹腔镜手术中术野封闭,肠道未用纱布排垫拉扯以及未在空气中长时间暴露,避免了盆腔内环境遭到破坏,且切口较小,可明显减少患者术后疼痛,促进其快速康复。两组并发症发生率观察组26.83%,对照组36.59%,差异无统计学意义($P = 0.342$),进一步说明腹腔镜宫颈癌根治术并没有增加术后患者的并发症,应该是安全的、有效的。

肿瘤手术首要目标是彻底切除癌肿及转移病灶,良好的控瘤效果是患者和妇科医师最为关注的。本组病例资料结果显示,观察组子宫主骶韧带及阴道切除长度优于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$),与国内文献报道相似^[12]。结果还表明,观察组术中清扫淋巴结数目[(23.60 ± 6.82)枚]多于对照组[(20.08 ± 6.39)枚],差异有统计学意义($P = 0.018$)。表明腹腔镜手术能够保证切除所需要有效范围,甚至可能优于开放性手术控瘤效果。这可能与腹腔镜手术可以充分暴露血管,更容易发现及识别淋巴结,切除潜在的转移病灶,为宫颈癌术后是否

需要辅助治疗提供更加准确的佐证,对防止宫颈癌的复发转移起到一定作用。随访结果提示,观察组术后复发率(17.07%)、生存率(90.24%)均好于对照组(21.95%、85.37%),差异无统计学意义($P > 0.05$);但两组术后1年生活质量EORTC QLQ-CA30量表评分比较,差异有统计学意义($P = 0.003$)。说明腹腔镜手术有较高生存率,并不增加患者复发率,两者具有相似的控瘤效果,在改善生存质量方面优于开放性手术,将来有可能成为宫颈癌手术的发展方向,有可能部分或完全取代开放性宫颈癌根治术,甚至有望成为宫颈癌标准术式。由于本研究中病例样本不多,随访时间较短,腹腔镜宫颈癌根治术治疗效果尚需大样本临床研究数据来证实。

综上所述,本次研究认为相对于开放性手术,腹腔镜宫颈癌根治术具有微创、安全、临床疗效佳等优势,值得推广应用,是治疗宫颈癌可靠有效的方法,但腹腔镜宫颈癌根治术需相关解剖知识,要求术者具有良好的腹腔镜手术经验和较熟练的器械操作技能,掌握开放宫颈癌根治术操作技巧等,因其学习曲线较长,如何改进方法还需要妇科医师进一步探索。

【参考文献】

- [1] 谢家滨, 陈光元, 李日红. 不同手术方式治疗早期宫颈癌的临床疗效比较[J]. 海南医学, 2016, 27(9):1505-1507.
- [2] 温宏武, 胡君. 腹腔镜手术治疗宫颈癌应用现状及进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2015, 31(6):573-576.
- [3] 丁慧, 孔祥. 腹腔镜下保留盆腔自主神经广泛性子宫切除术的应用进展[J]. 山东医药, 2015, 55(7):97-99.
- [4] MADHUSUDHAN C, SALUJA S S, PAL S *et al.* Palliative stenting for relief of dysphagia in patients with inoperable esophageal cancer: impact on quality of life [J]. *Diseases of the Esophagus*, 2009, 22(4):331-336.
- [5] 孙秀丽, 任倍莹. 腹腔镜手术治疗 I a2 ~ II b 期宫颈癌的临床疗效观察[J]. 实用癌症杂志, 2016, 31(7):1156-1158.
- [6] 周敏, 李琳. 腹腔镜下根治性子宫切除术治疗宫颈癌的效益与风险探讨[J]. 中国性科学, 2016, 25(6):59-61.
- [7] 孙琴花, 易蓉, 杨丹, 等. 腹腔镜下宫颈癌根治术的近期疗效及患者预后的影响因素分析[J]. 癌症进展, 2016, 14(5):497-499.
- [8] 董晋华. 腹腔镜广泛子宫切除术治疗子宫颈癌的安全性及临床疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(24):3303-3304.
- [9] YIN X H, WANG Z Q, YANG S Z *et al.* Clinical observation laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer [J]. *Int J Clin Exp Med*, 2014, 7(5):1373-1377.
- [10] 袁涛, 吴晓梅. 早期宫颈癌患者不同手术方法治疗及其预后临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(10):1519-1521.
- [11] 陆欣怡, 倪观太. 609例宫颈癌根治术的临床分析[J]. 皖南医学院学报, 2015, 34(5):449-451, 452.
- [12] 梁志清. 子宫颈癌腹腔镜下广泛子宫切除和盆腔淋巴结清扫术的优势[J]. 腹腔镜外科杂志, 2008, 13(2):91-93.