

· 临床论著 ·

腹腔镜与开腹手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的比较

吴晓杰 刘 霞

(浙江省嘉兴市妇幼保健院妇科 嘉兴 314000)

【摘要】 目的 探讨卵巢子宫内膜异位囊肿腹腔镜手术的临床价值。 方法 对 52 例卵巢内
膜异位囊肿腹腔镜手术(腹腔镜组)与同期 75 例卵巢内
膜异位囊肿开腹手术(开腹组)进行分析比较。 结果 腹腔镜组手术时间(61.4±9.3)min
比开腹组(72.6±7.1)min 明显缩短($t=7.692, P=0.000$);腹腔镜组术后排气时间(25.3±4.1)h 明显早于开腹组(49.8±6.9)h($t=22.935, P=0.000$);腹腔镜组术后病率(9/52)显著低于开腹组(31/75)($\chi^2=8.216, P=0.004$);腹腔镜组术后痛经缓解率(26/37)与开腹组(34/51)无显著差别($\chi^2=0.128, P=0.818$);腹腔镜组术后妊娠率(5/22)与开腹组(7/25)无显著差别($\chi^2=0.171, P=0.747$)。 结论 腹腔镜手术治疗卵巢内
膜异位囊肿疗效与开腹手术相同,是一种理想的治疗卵巢内
膜异位囊肿的手术方式。

【关键词】 卵巢囊肿; 腹腔镜; 子宫内膜异位症
中图分类号 R737.31 文献标识 A 文章编号 1009-6604(2005)03-0189-03

Laparoscopic versus open surgery for ovarian endometriosis cysts : A comparison study Wu Xiaojie , Liu Xia. Department of Gynecology , Jiaxing Maternal and Child Health Institute , Jiaxing 314000 , China

【Abstract】 Objective To evaluate the clinical significance of laparoscopic operations in the treatment of ovarian endometriosis cysts. Methods We compared clinical data between 52 cases of laparoscopic operation for ovarian endometriosis cysts (Laparoscopy Group) and 75 cases of open operation for ovarian endometriosis cysts (Open Group) in the same period. Results The operation time was significantly shorter in the Laparoscopy Group (61.4±9.3) than in the Open Group (72.6±7.1) ($t=7.692, P=0.000$). The time to first flatus was significantly earlier in the Laparoscopy Group (25.3±4.1 h) than in the Open Group (49.8±6.9 h) ($t=22.935, P=0.000$). The postoperative pyrexia rate in the Laparoscopy Group (9/52) was significantly lower than that in the Open Group (31/75) ($\chi^2=8.216, P=0.004$). There were no significant differences on the remission rate of dysmenorrhea between the Laparoscopy Group (26/37) and the Open Group (34/51) ($\chi^2=0.128, P=0.818$) and on the postoperative pregnancy rate between the Laparoscopy Group (5/22) and the Open Group (7/25) ($\chi^2=0.171, P=0.747$). Conclusions Laparoscopic operation for ovarian endometriosis cysts is as effective as open operation , being an ideal alternative.

【Key Words】 Ovarian cyst ; Laparoscopy ; Endometriosis

随着腹腔镜在妇科手术中的广泛应用,腹腔镜手术已成为诊断子宫内膜异位症的金标准和首选治疗手段。2000 年 1 月~2003 年 12 月,我院对 52 例卵巢子宫内膜异位囊肿行腹腔镜手术治疗,取得较好疗效,并与同期 75 例卵巢子宫内膜异位囊肿开腹手术进行比较,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

127 例中因痛经就诊 88 例、月经过多就诊 14 例,妇科学查体检发现卵巢囊肿 25 例。经彩色 B 超检查并结合临床,诊断为卵巢内
膜异位囊肿。掷硬币法分为 2 组后,征求患者同意行腹腔镜手术 52 例,其余 75 例行开腹手术。腹腔镜组中 22 例未孕,开腹组 25 例未孕。依据修订的美国生育协会(AFS-r)^[1]分期标准进行分期。2 组一般资料比较见表 1,差异无显著性,具有可比性。

表 1 腹腔镜组与开腹组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	年龄 (岁)	囊肿最大 直径 (cm)	病程 (月)	症状 (例)			手术史 (例)	囊肿部位			临床分期			术式	
				痛经	月经多	无		左	右	双侧	I 期	II 期	III 期	囊肿剥出	附件切除
腹腔镜组 (n=52)	32.2±3.9	5.7±1.4	15.9±2.7	37	6	9	5	22	26	4	27	21	4	39	13
开腹组 (n=75)	33.5±3.5	6.2±1.7	16.1±2.8	51	8	16	8	39	29	7	42	26	7	48	27
(χ^2) 值	$t=-1.964$	$t=1.748$	$t=-0.402$	$\chi^2=0.318$			$\chi^2=0.037$	$\chi^2=1.607$			$\chi^2=0.461$			$\chi^2=1.722$	
P 值	0.052	0.083	0.689	0.853			0.848	0.448			0.794			0.189	

1.2 方法学数据

1.2.1 器械 德国 Storz 公司生产的腹腔镜及配套

设备,包括内镜及成像系统、单极、双极等,美国强生公司生产的超声刀。

1.2.2 腹腔镜手术方法 采用静脉全身麻醉。脐部置腹腔镜孔,右下腹相应部位及左侧对应点做操作孔。分离粘连,剥离出卵巢囊肿,囊肿穿刺,吸出囊液,生理盐水冲吸数次,吸尽囊液后剪开皮质,钳夹卵巢皮质边缘,用“撕拉法”或“卷地毯法”剥出囊壁,切除多余卵巢皮质,双极电凝止血。若外观检视已无正常卵巢组织须切除附件者,超声刀依次电切骨盆漏斗韧带、输卵管根部、卵巢固有韧带,切除附件。将剥出(切除)组织放入自制置物袋(无菌橡胶手套结扎成袋状)取出。镜下常规检查对侧卵巢,若卵巢大于正常,卵巢穿刺检查。骶韧带处常规热-色试验,内膜异位灶予双极电灼,术毕。

1.2.3 开腹手术方法 采用连续硬膜外麻醉,按常规开腹术式^[2]进行操作。

1.2.4 随访 所有患者从术后 1 个月起,每隔 3 个月门诊定期妇科检查,每隔 6 个月复查 B 超。术中诊断为子宫内膜异位症Ⅱ、Ⅲ期并有生育要求者(腹腔镜组 16 例,开腹组 23 例),术后按经济条件分别予 GnRH-a(达菲林)3.75 mg 每 28 d 肌注 1 次正规治疗 6 个月或内美通 2.5 mg 每周口服 2 次正规治疗 3 个月。

2 结果

腹腔镜组术中腹膜外注气 3 例,引起术后皮下气肿,无中转开腹;开腹组切口愈合不良 1 例,均无其它手术并发症。腹腔镜组术中 35 例热-色试验阳性,发现内膜异位病灶电灼处理;开腹组 14 例发现内膜异位病灶予以相应处理。术后随访 1~36 个月,平均 19 个月,2 组均未发现有卵巢子宫内膜异位囊肿复发。2 组术中、术后情况比较见表 2。

表 2 腹腔镜组与开腹组术中及术后比较($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	肛门排气 时间(h)	术后 病率	痛经缓 解率	月经恢复 正常(例)	术后 妊娠率	手术 并发症
腹腔镜组 (n = 52)	61.4 ± 9.3	25.3 ± 4.1	9/52	26/37	5/6	5/22	3/52
开腹组 (n = 75)	72.6 ± 7.1	49.8 ± 6.9	31/75	34/51	7/8	7/25	1/75
$t(\chi^2)$ 值	$t = 7.692$	$t = 22.935$	$\chi^2 = 8.216$	$\chi^2 = 0.128$	$\chi^2 = 0.000$	$\chi^2 = 0.171$	$\chi^2 = 0.794$
P 值	0.000	0.000	0.004	0.720	1.000	0.679	0.373

3 讨论

3.1 腹腔镜手术治疗卵巢内膜异位囊肿的疗效

卵巢内膜异位囊肿以手术治疗为首选方案,传统开腹手术引起的炎症和损伤以及电凝造成的局部缺血,易干扰腹腔内纤溶平衡而发生粘连。腹腔镜手术可将这些反应减小到最低,并提高手术的成功率^[3],现已代替开腹手术进行大部分卵巢内膜异位囊肿的手术治疗。

本研究结果显示,腹腔镜组手术时间较开腹组明显缩短。腹腔镜手术中由于其图像的放大作用,更有利于发现一些微小的内膜异位病灶,并予电灼处理,利于临床症状的改善。腹腔镜组 67.3% (35/52) 患者热-色试验阳性,其中 14 例肉眼未见内膜异位灶,说明镜下热-色试验容易发现潜在的内

膜异位灶。
本研究结果显示,腹腔镜组与开腹组比较,术后病率明显降低($\chi^2 = 8.216, P = 0.004$),术后肛门排气时间显著缩短($t = 22.935, P = 0.000$),利于患者恢复。腹腔镜组手术并发症与开腹组比较差异无显著性($\chi^2 = 0.794, P = 0.373$),说明卵巢内膜异位囊肿腹腔镜手术还是安全的,与汤晓秋^[4]报道腹腔镜卵巢囊肿手术结果相符。从随访资料看,2 组无复发,术后痛经缓解率、妊娠率、月经改善情况 2 组无差异。 万方数据

腹腔镜组术中发现最小内膜异位囊肿直径仅 2 cm,以往 < 5 cm 囊肿多门诊随访,可见腹腔镜为卵巢小囊肿的治疗提供手段。同时,由于腹腔镜手术减少盆腔粘连,减少输卵管粘连引起的不孕症发生率,并且可多次手术,对有生育要求的患者,与开腹手术相比具有无法比拟的优点。

3.2 卵巢内膜异位囊肿腹腔镜手术的禁忌证与适应证

无法耐受麻醉、有严重出血性疾病、伴有上腹部重度肿胀的急性腹膜炎病人是目前公认的绝对禁忌证。对于盆腔严重粘连、囊肿直径 > 10 cm、卵巢恶性肿瘤我们认为目前仍是相对禁忌证,除此之外,其它均可视为腹腔镜手术适应证。腹腔镜组囊肿最大直径 10 cm,左绪磊等^[5]亦有 10 例囊肿直径 > 12 cm 手术成功的报道,但与开腹手术比,仍有较大的手术风险,不可盲目进行手术。

3.3 卵巢内膜异位囊肿腹腔镜手术并发症的预防和术后治疗

腹腔镜手术常见并发症:腹膜外注气、腹膜下血管损伤、出血、输尿管及肠管损伤、气栓等,主要与手术难度及医生的手术经验有关^[6]。本研究中腹腔镜组 52 例术中仅发生 3 例腹膜外注气,考虑与患者肥胖,气腹针穿刺未进入盆腔有关。我们认为严格遵守手术禁忌证与适应证,术前正确估计手术难度并选择有经验的手术医生,术中按操作规范手术,

正确选择手术器械,大部分并发症可以避免。

子宫内膜异位症虽是良性病变,但仍有恶性行为,有浸润、增生、扩散等特性,病灶较难清除,术后用药及定期随访十分重要。我们对于子宫内膜异位症Ⅱ、Ⅲ期并有生育要求者,术后按经济条件分别予 GnRH-α(达菲林)或内美通治疗,随访未见内膜异位症复发,可见术后用药可减少复发,姜祥丽等^[7]亦有相同报道。此外,随访时间与子宫内膜异位症复发率有关,本研究未发现复发患者,可能与随访时间偏短有关。

3.4 卵巢内膜异位囊肿腹腔镜手术注意事项

本研究中腹腔镜手术与开腹手术相比,术后病率明显降低,这除与腹腔镜手术中盆腔未暴露于空气中减少感染机会外,术中我们也采取了几点措施:卵巢创面及盆腔粘连分离面彻底止血,卵巢创面止血时不可过度烧灼以减少坏死组织;术中吸尽积血,生理盐水彻底冲洗盆腔;手术结束前盆腔留置 0.5% 灭滴灵液预防厌氧菌感染;手术困难或盆腔严重粘连者术后留置引流管,利于观察。

卵巢内膜异位囊肿常与患侧阔韧带后叶、盆底腹膜紧密粘连,进行分离时易使囊肿破裂,导致盆腔内异位内膜二次种植,因此,手术时不可强行剥离囊肿,先进行囊液的抽吸,囊液粘稠者,生理盐水反复冲洗、抽吸,吸尽囊液后再进行囊肿的剥离较为妥当。对于较大囊肿须进行附件切除时,亦可先进行以上步骤再行附件切除。在进行囊肿剥出时,应分清正常卵巢皮质与囊肿壁的层次后再进行剥除,靠近卵巢门时尤其注意层次,若有致密粘连,双极电凝后剪刀分离粘连,逐步进行剥除。对于残留皮质过多者,可剪除多余皮质并进行腔内缝合。剥除或切除的组织,必须装袋后取出,以减少切口内膜异位的发生,因已有子宫内腹异位症恶变率达 1% 以上的报道^[8],故组织送快速冰冻切片如为恶性应中转开腹。

卵巢内膜异位囊肿多伴有盆腔脏器粘连,在分

离肠管、子宫、附件、盆腹膜时,充分暴露盆腔手术野非常重要,因此,放置宫腔举宫器十分必要,便于盆腔的暴露。分离粘连时,先分离肠管和盆腔之间粘连,之后对囊肿穿刺、冲洗,再将囊肿从子宫直肠陷凹或侧盆壁分离。分离粘连器官时用无损抓钳提拉器官,暴露粘连膜,剪刀或超声刀将其切开。

目前,腹腔镜手术中止血基本依靠单极电棒、超声刀、双极电凝。我们认为,在进行切割性手术时,超声刀可做到边切割边止血,但对卵巢出血止血效果不佳,而双极电凝对卵巢出血有良好的止血效果。因此,合理应用手术器械可减少术中出血。

目前,腹腔镜手术不仅已成为诊断子宫内膜异位症的金标准,而且是手术治疗腹膜型及卵巢型子宫内膜异位症的首选方式^[8]。我们认为,对于卵巢内膜异位囊肿,腹腔镜手术与开腹手术相比手术疗效相同,而且腹腔镜手术损伤小,降低盆腔粘连发生,可反复手术,为要求保守性手术患者提供技术上的保证。

参考文献

- 曹泽毅,主编. 中华妇产科学. 北京:人民卫生出版社,2000. 1275-1278.
- 黎介寿,吴孟超,傅才英,等主编. 手术学全集妇产科卷. 北京:人民军医出版社,1998. 198-203.
- 郎景和. 子宫内膜异位症基础与临床研究的几个问题. 中国实用妇科与产科杂志 2002,18(3):161-162.
- 汤晓秋. 电视腹腔镜与开腹手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿比较. 江西大学学报 2002,12(4):372-373.
- 左绪磊,罗丽莉. 大卵巢囊肿腹腔镜手术的可行性探讨. 现代妇产科进展 2002,11(4):325.
- 冷金花,郎景和,李志刚,等. 腹腔镜手术并发症及其相关因素分析. 现代妇产科进展,2002,11(6):430-433.
- 姜祥丽,刘婕. 腹腔镜术后应用促性腺激素释放激素类似物治疗卵巢子宫内膜异位囊肿 35 例分析. 中国实用妇科与产科杂志 2002,18(11):698.
- 郎景和. 腹腔镜手术的热点问题讨论. 现代妇产科进展,2004,13(2):81-85. (收稿日期 2004-03-02) (修回日期 2004-07-13)

· 消 息 ·

第六届全国运动创伤理论与临床新进展学习班通知

随着 2008 年北京奥运会申办成功,我国运动医学事业的发展面临着极大的机遇与挑战。为备战奥运,由北京大学第三医院运动医学研究所主办的第六届全国运动创伤理论与临床新进展学习班将于 2005 年 8 月在北京举办。学习班采用授课、专题讲座、临床观摩等方式,力求全面、系统地介绍近年来运动创伤领域的新技术、新进展,并邀请全国知名专家参加讲学及交流。本学习班已被列为国家级继续教育项目,学员结业时可获得北京大学继续教育学院颁发的结业证书及相应学分。

招收对象:具有中级或中级以上职称的运动创伤及骨科医师。联系人:北京大学第三医院运动医学研究所 陈文庆,邮编:100083。联系电话:010-62017691-2659 或 8307;010-86259298。传真:010-62010440。E-mail: cwqing@vip.sina.com。