

· 临床研究 ·

II a 期宫颈癌阴腹联合切除阴道浸润病灶 10 例分析

李 敏, 郑剑兰[△], 王金声

(解放军第一七四医院妇产科, 福建厦门 361003)

摘要:目的 探讨阴腹联合广泛性子宫切除术用于治疗 II a 期宫颈癌阴道侵犯较严重的患者, 并评价手术的安全性及有效性。方法 采用随机对照方法, 10 例 II a 期宫颈癌广泛性子宫切除术中采用阴腹联合的手术方法切除阴道侵犯病灶的患者为研究组, 10 例常规经腹广泛性子宫切除的患者为对照组, 比较两组之间的手术时间、出血量、术中术后损伤、术后留置尿管时间、术后阴道残端病理结果、术后补充放疗、术后 4 个月人乳头瘤病毒(HPV)转阴等。结果 两组手术均无损伤, 手术时间及术中出血量相比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 研究组的术后留置尿管时间稍长, 但术后补充放疗的例数明显少于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 阴腹联合手术可作为 II a 期宫颈癌患者彻底切除阴道侵犯病灶的另一种术式。

关键词: II a 期宫颈癌; 阴腹联合; 阴道侵犯病灶

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2010.19.040

中图分类号: R737.33; R730.56

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2010)19-2636-02

Clinical analysis of 10 invasive cervical cancer II a patients treated by combined vaginal surgery with radical abdominal hysterectomy

LI Min, ZHENG Jian-lan[△], WANG Jin-sheng

(Department of Obstetrics and Gynecology, 174 Hospital of PLA, Xiamen, Fujian 361003, China)

Abstract: **Objective** To explore the efficacy and safety of combined vaginal surgery with radical abdominal hysterectomy to treat for invasive cervical cancer II a, with parts of the procedures performed vaginally in order to resect the carcinomatous vagina quite. **Methods** A randomized, case-control clinical study was conducted, combined vaginal surgery with radical abdominal hysterectomy was used in 10 cases as study group, traditional radical abdominal hysterectomy was used intracervically in 10 cases as control group. Data collected included age, stage, histopathologic, estimated blood loss, perioperative blood transfusions, length of operation stay, time to resumption of normal bladder function, intraoperative and postoperative complications, complementarity cure and HPV-free interval. **Results** Both groups had not any injury. There was no significant difference between two groups in the operating time, bleeding estimate. Despite ureter remain time was a little bit longer, the other results were better after combined vaginal surgery with radical abdominal hysterectomy in the study group, which was significantly meaning than that of control group ($P<0.01$). **Conclusion** Combined vaginal surgery with radical abdominal hysterectomy is an alternative treatment for invasive cervical cancer II a, with parts of the procedures performed vaginally.

Key words: cervical cancer II a; combined vaginal surgery with radical abdominal hysterectomy; carcinomatous vagina

II a 期宫颈癌仍以手术治疗为主, 以往常规采用经腹广泛性子宫切除及盆腔淋巴结清扫术。当阴道侵犯病灶较多时, 经腹一次性全部切除阴道侵犯病灶就显得较为困难, 有时会出现术后阴道残留浸润病灶或阴道残端宫颈上皮内瘤变(CIN), 常常需要补充放疗; 有的是术中立即剖视标本, 查看阴道残端, 如切除的阴道不够, 则再下推膀胱, 补充切除一部分阴道壁, 造成手术操作重复; 或者在术前行新辅助化疗和放疗, 再手术, 由于放疗后组织脆, 解剖关系改变, 增加手术的难度和风险, 而且在术中同样存在阴道残留浸润病灶或阴道残端 CIN 的问题。本院于 2006 年 4 月至 2009 年 3 月间对 II a 期宫颈鳞癌患者, 尝试着采用经腹、经阴道联合手术的方法以克服这些弊端, 取得了良好的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 20 例患者临床诊断分期均为 II a 期, 术前均行人乳头瘤病毒(HPV)检查, 提示 HPV 高危型(+), 行宫颈组织活检, 病理确诊为宫颈癌, 其中高分化鳞癌 16 例, 中低分

化鳞癌 4 例。选择 2006 年 4 月至 2009 年 3 月间, 阴腹联合广泛性子宫切除及盆腔淋巴结清扫术的 II a 期宫颈鳞癌患者 10 例为研究组, 年龄(42.7±6.60)岁。常规经腹广泛性子宫切除及盆腔淋巴结清扫术的 II a 期宫颈鳞癌患者 10 例为对照组, 年龄(44.3±4.19)岁。比较两组平均手术时间、平均出血量、损伤、术后病理、术后留置尿管时间、补充放疗、术后 6 个月 HPV 转阴等方面的情况。

1.2 手术方法 对照组常规进行经腹广泛性子宫切除及盆腔淋巴结清扫术。研究组在开腹手术之前, 取膀胱截石位, 先行阴道镜检查进一步确定阴道侵犯的范围, 后常规消毒铺巾, 阴道拉钩暴露视野, 在阴道侵犯病灶下 2~3 cm 处, 电刀环形切开阴道壁全层, 分离阴道膀胱间隙、阴道直肠间隙及阴道两侧翼, 在旁开阴道 2~3 cm 处切断缝扎处理阴道旁组织, 形成阴道袖口^[1-2]。在近肿瘤端用 7 号丝线荷包缝合闭合阴道袖口。然后常规经腹广泛性子宫切除, 打开输尿管隧道后下推膀胱, 直至原来荷包缝合的阴道壁处, 分离阴道旁间隙, 切除阴道旁

[△] 通讯作者, 电话: 13606023178; E-mail: zhengdoc@hotmail.com。

组织 2~3 cm,在荷包缝合的阴道袖口下切断阴道,其余的步骤同常规广泛子宫切除术及盆腔淋巴结清扫术。

1.3 统计学方法 计量资料采用 Student *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

2 结 果

两组手术均无损伤,比较手术时间及术中出血量,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。研究组的术后留置尿管时间稍长,但术后在 HPV 转阴率,阴道残端病理阳性率,术后补充放疗率的比较上明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2~4。

表 1 两组手术时间、出血量、术后留置尿管时间等比较 ($\bar{x}\pm s, n=10$)

组别	手术时间(min)	出血量(mL)	术后留置尿管时间(d)
研究组	231.0±39.01	495.0±118.90	22.6±2.01*
对照组	206.4±60.87	440.0±112.55	14.2±1.48

与对照组比较, $P>0.20$; * : $P<0.01$ 。

表 2 两组术后 4 个月 HPV 转阴率比较

组别	术后 4 个月 HPV 转阴	术后 4 个月 HPV 未转阴	转阴率(%)
研究组	10	0	100
对照组	7	1	87.5

$\chi^2=1.32, P>0.05$ 。

表 3 两组术后阴道残端病理阳性率比较

组别	残留癌灶或不典型增生	无残留癌灶或不典型增生	残留率(%)
研究组	0	10	0
对照组	2	8	20.0

$\chi^2=2.22, P>0.05$ 。

表 4 两组术后补充放疗情况比较

组别	术后补充放疗	术后未补充放疗	补充放疗率(%)
研究组	0	10	0
对照组	4	6	40.0

$\chi^2=5.00, P<0.05$ 。

3 讨 论

II a 期宫颈癌诊断依据是:癌灶已超出宫颈,无宫旁侵犯,累及阴道,但未达到阴道下 1/3^[3]。目前对于宫颈癌 I ~ II a 期的患者还是以手术治疗为主,手术方法按照术者习惯及优势选择,主要有经腹、经腹腔镜及经阴道 3 种。经腹腔镜的宫颈癌根治术主要还是针对 I 期宫颈癌患者^[4],经阴道手术的术野小,难度大,对术者经阴道手术操作的技巧要求较高,因此,国内外多数术者采用经腹的手术途径。但经腹广泛性子宫切除术中如何能一次性全部切除阴道侵犯病灶,对于那些阴道侵犯病灶较多的患者,采用常规的经腹切除阴道侵犯病灶时,下推膀胱全凭手感和术者的经验,常常出现手术中觉得膀胱已推到阴道侵犯病灶以下,处理阴道旁组织,离断阴道,剖视标本后,

才发现残留阴道病灶。再推膀胱补切阴道壁或手术后病理提示,阴道切端残留癌灶或 CIN,须术后补充放疗等情况,或采用放疗或者新辅助化疗后,再手术的方法^[5]。术前新辅助化疗可以使局部肿瘤缩小、改善宫旁浸润情况,提高手术成功率^[6]。但放、化疗后组织脆,增加手术难度,输尿管损伤的机率增加,虽然能够缩小病灶,但也不能完全避免阴道残留浸润病灶或阴道残端 CIN 的问题。而且对医师的手术操作技能和医院的设备要求较高,放疗后性生活满意度更低,这也是目前一直困扰妇科肿瘤医师的问题。本院尝试采用经阴道手术和经腹手术相结合的方法,以治疗阴道病灶侵犯较多的 II a 期宫颈癌患者,在行广泛子宫切除术前先在阴道病灶下 2~3 cm 环型切除阴道壁,分离阴道膀胱间隙、阴道直肠间隙,处理阴道旁组织,形成阴道袖口,于近肿瘤端荷包缝合。这样行广泛性子宫切除,下推膀胱,切除阴道病灶时,术者触及荷包包埋的阴道壁后,就容易将膀胱推至阴道病灶下 2~3 cm,较好地避免了阴道残留病灶及术中重复操作的问题,如患者要求,必要时可行阴道延长处理,以提高术后性生活满意度。

本研究显示,两种术式的平均手术时间、平均出血量及手术副损伤的差异无统计学意义,但阴道残端的术后病理检查及随访的差异有统计学意义。研究组术后留置尿管时间明显长于对照组,可能与研究组切除较多阴道组织,膀胱失去依托有关。因此,本研究认为,经腹手术前先行阴道病灶的处理并荷包缝合,可发挥阴式手术便于切除足够阴道及阴道旁组织的优点,作为 II a 期宫颈癌患者彻底切除阴道侵犯病灶的一种较好的术式。但这种阴腹联合的宫颈癌根治术式也存在一定的不足,如切除的阴道组织较多,可能影响术后生活质量,术后留置尿管时间延长等。由于研究病例数较少,是否可以作为宫颈癌 II a 期患者切除阴道侵犯病灶的另一种术式,需进一步的临床实践加以证实。

参考文献:

[1] 陆安伟,王建三,李智,改良 Nathanson 术联合阴式广泛性子宫切除术在宫颈癌治疗中的应用[J]. 实用妇产科杂志,2008,24(5):420.
 [2] 陈龙,朱斌,寿坚,等.腹腔镜联合阴式手术治疗早期子宫恶性肿瘤的临床价值[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2008,24(6):759.
 [3] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:318.
 [4] Ramirez PT, Slomovitz BM, Soliman PT, et al. Total laparoscopic radical hysterectomy and lymphadenectomy: the M. D. Anderson Cancer Center experience[J]. Gynecol Oncol,2006,102:252.
 [5] 刘颖,熊正爱. 宫颈癌化学药物治疗进展[J]. 重庆医学,2008,37(1):12.
 [6] 杨炜婷. 21 例宫颈癌术前新辅助化疗的疗效观察[J]. 检验医学与临床,2009,18(6):1535.