

## 腹腔镜下子宫动脉阻断辅助子宫肌瘤 剔除术临床疗效观察

吕秀宁, 张玲玲

(江苏省扬州市第一人民医院 妇产科, 江苏 扬州, 225009)

**摘要:** 目的 评价子宫动脉阻断在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术中的临床作用。方法 本院 68 例子宫肌瘤患者, 随机分成 2 组: 每组 34 例。观察组行腹腔镜下子宫动脉阻断联合肌瘤剔除术, 对照组行常规腹腔镜下肌瘤剔除术。比较 2 组手术时间、术中出血量、术后排气时间、住院时间、术后病率, 随访子宫肌瘤复发及月经改善情况。结果 观察组术中出血量较对照组明显减少 ( $P < 0.05$ ), 2 组手术时间、术后肛门排气时间及住院天数均无明显差异 ( $P > 0.05$ ), 与对照组比较观察组术后病率低、肌瘤复发率低、月经改善率高, 差异有显著意义 ( $P < 0.05$ )。结论 腹腔镜下先行子宫动脉阻断再行肌瘤剔除能有效减少术中出血, 降低肌瘤复发率, 明显缓解月经过多症状。

**关键词:** 子宫肌瘤; 腹腔镜; 子宫肌瘤剔除术; 子宫动脉阻断术

中图分类号: R 737.33 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2012)19-0084-03

## Clinical observation of laparoscopic uterine arterial blockage in myomectomy

LV Xiuning, ZHANG Lingling

(Yangzhou No.1 People's Hospital, Yangzhou, Jiangsu, 225009)

**ABSTRACT: Objective** To evaluate the clinical application of laparoscopic uterine arterial blockage in myomectomy. **Methods** Sixty-eight patients with uterine leiomyomas were randomly divided into study group (blocking uterine arteries before resecting hysteromyomas,  $n = 34$ ) and control group (resecting hysteromyomas directly,  $n = 34$ ). The operation duration, blood loss, flatulence, length of hospital stay, febrile morbidity, hystemmyoma recurrence and improvement of menstruation were compared between the two groups. **Results** The blood loss was less in the study group than in control group ( $P < 0.05$ ). There were no significant differences in the mean length of hospital stay, operation duration and postoperative flatulence ( $P > 0.05$ ). Febrile morbidity was less in the study group than in the control group ( $P < 0.05$ ). The rate of hystemmyom recurrence and hypemenrreha improvement in the study group were better than those in control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Blocking uterine arteries in laparoscopic myomectomy can obviously decrease blood loss, relieve the symptoms and reduce the recurrence rate of myoma.

**KEY WORDS:** hysteromyomas; laparoscope; myomectomy; uterine artery blockage

腹腔镜子宫肌瘤剔除术因其创伤小、恢复快受到广大患者及妇科医生的青睐, 临床上开展日益广泛。但术中出血多、术后复发率较高等问题一直未能很好解决, 近年来, 有报道术中阻断双侧子宫动脉, 能较好的减少出血、减少复发。本研究采用腹腔镜手术下先阻断子宫动脉再行子宫肌瘤剔除术, 取得满意的临床效果, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择 2008 年 8 月—2010 年 8 月本院收治子宫肌瘤患者 68 例, 符合以下标准: 均已婚育, 无生育要求, 同意行腹腔镜子宫肌瘤剔除术, 所有病例术前阴道彩超检查均至少有 1 个肌瘤直径

5~8 cm, 肌瘤数为 1~5 个, 肌瘤类型为肌壁间、浆膜下, 肌瘤部位为前壁、后壁或宫底, 术前常规行肝肾功能、血、尿常规、凝血功能、宫颈 TCT 检查, 对阴道不规则流血的患者行诊刮术, 以除外手

术禁忌证及子宫内膜病变可能。将病例随机分为观察组和对照组, 术前签知情同意书, 2 组患者年龄、月经过多症状、肌瘤数目、大小、位置均无明显差异 ( $P>0.05$ ), 见表 1。

表 1 2 组一般资料比较 [ $n(\%)$ ]

组别	<i>n</i>	年龄/岁	肌瘤数量/个	肌瘤最大直径/cm	浆膜下肌瘤	肌壁间肌瘤	月经过多
观察组	38	37.38±4.05	2.38±1.25	6.12±1.23	10(29.41)	24(70.59)	16(47.06)
对照组	38	38.53±4.89	2.44±1.67	5.96±0.92	9(26.47)	25(73.53)	14(41.17)

### 1.2 手术方法

观察组行腹腔镜下子宫动脉阻断联合肌瘤剔除术, 手术时间选择月经干净后 3~7 d, 气管插管全麻, 患者取膀胱截石位, 放置举宫器, 穿刺成功建立气腹后, 置入镜头, 常规检查子宫、附件及盆腔情况。观察组先行子宫动脉阻断术, 沿盆漏斗韧带方向剪开侧腹膜, 向下向外分离暴露髂外动脉及髂外静脉, 显露髂内动脉前干, 游离子宫动脉起始段, PK 刀闭合子宫动脉, 电凝宽度达到 1.0 cm。再行子宫肌瘤切除术, 于肌瘤突出最明显处用单极电凝钩切开子宫及假包膜至肌瘤表面, 牵引肌瘤, 沿假包膜剥离肌瘤, 创面出血活跃者用 PK 刀电凝止血, 瘤腔用 0 号可吸收线连续缝合, 肌瘤较深者分两层缝合。肌瘤粉碎后取出。对照组则常规操作行子宫肌瘤剔除。

### 1.3 观察指标

记录手术时间、术中出血量、术后肛门排气时

间、术后病率及住院天数; 术后第 2、6、12 个月复查盆腔 B 超, 监测子宫肌瘤复发情况, 记录患者月经量的变化, 观察有无闭经。

## 2 结果

### 2.1 手术情况

2 组病例均在腹腔镜下完成操作, 无严重并发症发生, 观察组术中出血量明显少于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 对照组患者输血 2 例: 1 例术前即有轻度贫血, 肌瘤多发, 手术时间长, 另 1 例是肌瘤位置低, 后壁峡部水平, 剔除时怕误伤输尿管, 操作时间长, 缝合较困难, 出血较多。2 组手术时间、术后排气时间、术后住院时间 2 组比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 2 组术后病率比较观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组围手术期情况比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	手术时间/min	术中出血量/mL	排气时间/h	术后病率/ <i>n</i> (%)	术后住院时间/d
观察组	38	63.82±16.29	110.73±65.92*	20.21±5.69	3(8.8)*	5.35±1.09
对照组	38	64.56±21.44	158.42±219.24	21.29±4.82	6(20.6)	5.21±0.91

与对照组比较, \* $P<0.05$

### 2.2 月经改善率和肌瘤复发率比较

月经改善率: 患者均于术后 2 个月内恢复月经, 观察组 16 例月经过多症状者月经改善率 100%, 2 例患者月经稀发, 无闭经。对照组 12 例月经过多症状者 4 例患者无改善, 改善 8 例 (71.4%), 2 组月经改善率比较有统计学差异 ( $P<0.05$ )。肌瘤复发率: 2 组均有 2 例于术后 2 个月复查 B 超, 发现 2 cm 肌瘤, 考虑术中漏诊, 12 个月随访无变化。观察组术后 12 个月发现 2 cm 肌瘤复发 1 例, 对照组 4 例, 肌瘤复发率比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

腹腔镜下子宫肌瘤剔除术近年来广泛开展, 其最大的优点就是可保留子宫。同时亦具备腹腔镜手术的创伤小、恢复快等优点。但该手术对患者要求较高, 需具备良好的镜下缝合技术。减少术中出血是手术成功的关键。受子宫动脉栓塞术 (UAE) 的启发, 1999 年刘伟民<sup>[1]</sup>首创腹腔镜下子宫动脉阻断术, 并用于治疗有症状的子宫肌瘤, 不仅保留了 UAE 微创、操作简单、失血少、无需切除子宫、术后病率低、住院时间短等优点, 且更可靠、彻底, 阻断后不会复通。本组资料显示观察组

手术出血较对照组明显减少。操作中选择不髂内动脉分支处子宫动脉起始段阻断子宫动脉,是因为此处解剖标志清晰,阻断效果确切,但在解剖、游离子宫动脉时,注意避免误伤邻近血管及输尿管,尽可能缩短电凝时间<sup>[2]</sup>。

1996年, Mais等<sup>[3]</sup>对 LM 做前瞻性临床研究认为,肌瘤数量>4个、直径>6cm,手术时间延长,出血较多,不宜在腹腔镜下进行。近几年,随着腹腔镜适应证在不断拓宽。王丽英等<sup>[4]</sup>认为腹腔镜进行大肌瘤及特殊部位肌瘤的剔除是可行的,也是安全的。本研究在操作过程中注意以下几点:①打开肌层前先于切口部位子宫肌层内注射稀释的缩宫素盐水,同时静脉点滴缩宫素;②切口的选择:子宫下段后壁纵长形肌瘤宜选用纵切口,子宫前壁、宫颈段、阔韧带肌瘤或子宫后壁位置偏高的肌瘤宜选用横切口,以便与子宫的弓形血管走行一致,减少出血<sup>[5]</sup>,宫旁(包括真、假性阔韧带)肌瘤,多根据肌瘤外突的方向选择前后壁切口。③找准层次,快速剥离肌瘤,对于肌瘤巨大影响手术视野的可以边剥离边旋切。④对于子宫肌瘤挖除,必须通过高质量缝合,才能达到彻底止血对合子宫壁的目的,这也是手术成功的关键<sup>[6]</sup>。观察组在挖出肌瘤前,先行子宫动脉阻断,更加有效解决了腹腔镜下出血多、止血困难的问题。创面出血减少,术者可以在清晰的视野下进行精细的操作,安全挖出肌瘤,虽然增加了子宫动脉阻断手术操作,但有效地减少了术中止血操作时间,结果显示2组的手术时间无显著差异。

本组68例病例手术操作顺利,均未发生严重并发症,所有病例均无感染及切口愈合不良,部分病例术后3d内轻微发热和腹痛。考虑腹痛可能是由于子宫收缩或者是由于子宫创面渗出所致。由于观察组行子宫动脉阻断可减少子宫血流,对照组术后子宫切口渗出可能多于研究组,对照组术后病率稍高,差异有显著意义。术后排气时间及住院时间2组无差异。

月经过多是子宫肌瘤常见的临床症状。本研究中观察组月经过多缓解率高于对照组。子宫动脉阻断后对卵巢功能影响是临床医师和患者关心的问题。吴湘等<sup>[7]</sup>为48例有症状的子宫肌瘤患者采用腹腔镜子宫动脉阻断+肌瘤切除术,检测患者术前及术后3个月、6个月血基础性激素,发现LH、FSH、E,水平手术前后无显著差异。本组

资料中所有患者在术后两个月内恢复月经,无一例发生闭经,可以从另一角度证明阻断子宫动脉不影响卵巢功能。

文献报道<sup>[8]</sup>腹腔镜下肌瘤切除后的复发率较高,平均27%,明显高于开腹手术者。可能与腹腔镜手术不能用手指直接进行触摸、探查,难以发现肌壁间小肌瘤有关。Liu等<sup>[9]</sup>采用阻断子宫动脉的技术治疗子宫肌瘤,术后子宫肌瘤复发率为0~5.8%。本组资料中2组均有2例术后2月即发现2cm肌瘤,考虑为术中漏诊,而非真正意义的复发。因此术前应详细进行超声检查,明确肌瘤的个数、大小、部位,术中仔细操作,若剔除肌瘤数少于超声提示,可行术中超声探测检查,尽量避免遗漏。而术后12个月复查的资料显示研究组较对照组肌瘤复发率低,差异有显著意义。可能是由于子宫动脉阻断减少了子宫体部的血流,使子宫体部缺血,使留存的微小肌瘤缺血坏死,从而减少了肌瘤复发,但对于复发情况需行大样本的长期随访。

综上所述,腹腔镜下子宫动脉阻断联合肌瘤剔除术可以拓宽腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的手术适应证,弥补了腹腔镜子宫肌瘤剔除术中出血多、复发率高的缺陷,在改善术后月经症状方面具有优势。

#### 参考文献

- [1] Liu W M, Ng H T, Wu Y C, et al. Laparoscopic bipolar coagulation of uterine vessels: a new method for treating symptomatic fibroids[J]. Fertility and Sterility, 2001, 75(2): 417.
- [2] 夏恩兰. 妇科内镜学[M]. 北京: 人民卫生出版, 2001: 380.
- [3] Alessandri F, Lijoi D, Mistrangelo E, et al. Randomized study of laparoscopic versus minilaparotomic myomectomy for uterine myomas[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2006, 13(2): 92.
- [4] 王丽英, 李斌. 较困难的腹腔镜子宫肌瘤剔除术—附142例临床报告[J]. 中国微创外科杂志, 2009, 9(5): 456.
- [5] 赵仁峰, 马刚. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术联合子宫动脉阻断的研究进展[J]. 微创医学, 2008, 3(4): 365.
- [6] Parker W H. laparoscopic myomectomy and abdominal myomectomy[J]. Clin Obstet Gynecol, 2006, 49(4): 789.
- [7] 吴湘, 龚颖萍, 许海南. 腹腔镜子宫动脉阻断下子宫肌瘤剔除术61例疗效观察[J]. 医学临床研究, 2010, 27(11): 2120.
- [8] Falcone T, Bedaiwy M A. Minimally invasivemanagement of uterine fibroids[J]. Currpin in ObstetGynecol, 2002, 14(4): 401.
- [9] Liu W M, Wang P H, Chou C S, et al. Efficacy of combined laparoscopic uterine artery occlusion and myomectomy via minilaparotomy in the treatment of recurrent uterine myomas[J]. Fertil Steril, 2007, 87(2): 356.