

# 不同手术途径对早期宫颈癌患者预后的影响

董一善, 许培箴

(江苏省常州市妇幼保健院 妇瘤科, 江苏 常州, 213003)

**摘要:** **目的** 研究不同手术途径对早期宫颈癌患者预后的影响。**方法** 对35例早期子宫宫颈癌患者行腹腔镜广泛子宫切除+盆腔淋巴结切除术(LRH+LPL)(腹腔镜组),并与同期行经腹手术的41例患者(ARH+APL)(经腹组)进行对照,比较2组手术相关情况及术后生活质量、生存率情况。**结果** 腹腔镜组手术时间、淋巴结切除数量、术中出血、术后肛门排气时间、体温恢复及生存质量均明显优于经腹组,而在保留导尿管时间、住院时间、手术并发症及术后生存率方面,2组差异无统计学意义。**结论** LRH+LPL与ARH+APL相比,疗效相当,同时缩短了手术时间,减少了手术创伤,提高了术后生存质量,可为患者带来更好的预后。

**关键词:** 子宫癌; 腹腔镜手术; 广泛子宫切除; 生存质量; 预后

**中图分类号:** R 737.33 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2012)22-0030-03

## Effect of different surgical approaches on the prognosis of patients with early cervical cancer

DONG Yishan, XU Peizhen

(Changzhou Women and Children Health Care Hospital, Changzhou, Jiangsu, 213003)

**ABSTRACT: Objective** To investigate the effect of different surgical approaches on the prognosis of patients with early cervical cancer. **Methods** Thirty patients with early cervical cancer who underwent laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymph nodes dissection (LRH+LPL) were assigned to laparoscopy group. Forty-one patients with laparotomy radical hysterectomy and pelvic lymph nodes dissection (ARH+APL) were assigned to laparotomy group. Operation conditions, postoperative quality of life (QOL) and survival rate between the two groups were analyzed. **Results** Laparoscopy group had obvious advantages in operation time, dissected pelvic lymph nodes number, blood loss, postoperative exhausting time, temperature recovery time and QOL compared with laparotomy group. There was no significant difference in the bladder function recovery time, length of stay, postoperative complication rate and postoperative survival rate between the two groups. **Conclusion** LRH+LPL has the same validity with ARH+APL. It has shorter operation time and better QOL and it is less invasive to the tissue, thus it can offer a better prognosis for the patients with early cervical cancer.

**KEY WORDS:** cervical cancer; laparoscopy; radical hysterectomy; quality of life; prognosis

腹腔镜广泛子宫切除+盆腔淋巴结切除手术(LRH+LPL)相对于传统经腹手术视野清晰、创伤小、术后恢复快,但是,由于此手术较复杂,对术者的手术技能要求高,往往需要一个很长的学习曲线,且术中、术后并发症多,因此,其可行性和安全性亟待进一步深入探讨<sup>[1]</sup>。本院对35例早期子宫宫颈癌患者行腹腔镜术式,并与同期行开腹术式的41例患者进行对照研究,评估不同手术途径对早期子宫宫颈癌患者预后的影响。现报告如下。

## 1 资料与方法

选择2008年9月—2009年8月在本院确诊为早期子宫宫颈癌的76例患者作为研究对象,所有患者均在术前经组织学证实,并按患者的自主意愿分为2组。腹腔镜组35例,年龄(42.29±6.17)岁,体质量指数(22.33±2.69) kg/m<sup>2</sup>;病理分型:鳞癌33例,腺癌2例;临床分期:Ⅰa<sub>2</sub>期5例,Ⅰb期19例,Ⅱa期11例;细胞分化程度:

收稿日期:2012-04-20

通信作者:许培箴, E-mail: xpz139@yahoo.com.cn

I 级 9 例, II 级 22 例, III 级 4 例; 切缘情况: 阳性 0 例, 阴性 35 例; 无淋巴结转移 30 例, 有淋巴结转移 5 例; 宫颈间质浸润深度:  $<1/2$  有 25 例,  $\geq 1/2$  有 10 例; 无脉管受侵 26 例, 有脉管受侵 9 例, 术后无补充治疗 22 例, 有补充治疗 13 例。经腹组 41 例, 年龄  $(43.39 \pm 6.47)$  岁, 体质量指数  $(22.79 \pm 2.76)$   $\text{kg}/\text{m}^2$ ; 病理分型: 鳞癌 38 例, 腺癌 3 例; 临床分期: I a 期 6 例, I b 期 15 例, II a 期 20 例; 细胞分化程度: I 级 8 例, II 级 27 例, III 级 6 例; 切缘情况: 阳性 0 例, 阴性 41 例; 无淋巴结转移 30 例, 有淋巴结转移 11 例; 宫颈间质浸润深度:  $<1/2$  的 26 例,  $\geq 1/2$  的 15 例; 无脉管受侵 29 例, 有脉管受侵 12 例, 术后无补充治疗 23 例, 有补充治疗 18 例。2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

LRH+LPL: 气管插管行全身麻醉, 取膀胱截石头低足高位, 阴道放置举宫棒, 分别在脐上 3 指、脐旁左、右各 4 指以及正、反麦氏点处共作 5 个穿刺点, 置腹腔镜及 Trocar, 气腹压力维持在 12~15 mmHg, 常规检查盆、腹腔情况; 打开后腹膜, 沿髂血管切开鞘膜, 暴露闭孔神经, 以超声刀整块切除双侧髂总、髂外、腹股沟深及髂内、闭孔淋巴结, 游离左、右侧淋巴结分别放入一标本袋; 以超声刀游离输尿管后按经腹手术步骤行广泛子宫切除, 血管均以 Ligasure 闭合切断, 子宫韧带均以双极电凝钳电凝后再以超声刀凝切, 阴道以单极电钩离断, 标本均由阴道取出; 经阴道缝合关闭阴道残端, 在腹腔镜下冲洗并彻底止血, 腹膜不予缝合, 盆腔内置硅球引流管 1 根自正或反麦氏点穿刺孔引出。ARH+APL: 按广泛子宫切除+盆腔淋巴结切除术的标准术式进行。所有患者均于

手术前 30 min~2 h 开始预防性应用抗生素, 持续至术后 3~7 d (视具体情况停用), 术后 2~5 d 拔除引流管, 术后 12 d 左右试停保留导尿, 行膀胱残余尿测定, 如  $>100$  mL 则再次留置导尿管。凡术后病理提示切缘阳性、有淋巴结转移、脉管内见癌栓、宫颈间质浸润深度  $\geq 1/2$  者均于术后补充放疗或放疗+化疗。

比较 2 组患者手术时间、术后 24 h 血红蛋白 (HGB) 减少量、术后肛门排气时间、术后体温恢复正常时间、术后留置导尿管时间、术后住院时间及手术并发症。

所有患者术后均定期随访 (目前均已达 3 年以上)。术后 1 月为第 1 次复查时间, 此后每 3 月复查 1 次, 第 3 年开始半年复查 1 次。复查内容包括妇科检查、阴道残端涂片细胞学检查、胸片、盆腔 B 超等, 必要时行盆腔 CT 或 MRI 检查。在术后 3 月、6 月、1 年、2 年、3 年这 5 个时间点采用宫颈癌治疗功能评价量表 (FACT-Cx V4.0) 对患者进行生存质量评分。该量表共 42 个条目, 由 27 个条目的癌症治疗功能评价一般量表 (FACT-G) 和 15 个专门针对宫颈癌的附加关注条目组成, 每个条目均计 0~4 分, 总分越高, 生存质量越好。

## 2 结果

### 2.1 2 组手术相关情况比较

腹腔镜组 35 例患者无 1 例中转开腹。腹腔镜组手术时间、淋巴结切除数量、术中出血、术后肛门排气时间及体温恢复均明显优于经腹组 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ), 而 2 组保留导尿管时间、住院时间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 1。

表 1 2 组患者手术相关情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间/min	淋巴结切除数量/枚	术后 24 h HGB 减少量/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	术后肛门排气时间/h	术后体温恢复正常时间/d	术后留置导尿管时间/d	术后住院时间/d
腹腔镜组	35	201.86 ± 33.37*	25.40 ± 4.21**	12.77 ± 6.38**	37.40 ± 12.97**	3.80 ± 1.37**	13.06 ± 3.34	14.29 ± 3.69
经腹组	41	215.61 ± 24.75	23.02 ± 3.60	20.17 ± 6.11	56.59 ± 10.94	4.83 ± 1.46	13.73 ± 3.27	14.98 ± 3.65

与经腹组比较, \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$

### 2.2 2 组手术并发症比较

2 组患者术中邻近脏器损伤 (腹腔镜组发生 1 例髂外静脉损伤和 1 例输尿管损伤, 经腹组发生 2 例髂静脉损伤和 1 例闭孔神经损伤)、术后尿潴留及淋巴囊肿发生率比较, 差异无统计学意义, ( $P > 0.05$ ), 见表 2。

表 2 2 组患者手术并发症比较 [ $n$  (%)]

组别	例数	术中邻近脏器损伤	术后尿潴留	术后淋巴囊肿
腹腔镜组	35	2(5.71)	3(8.57)	3(8.57)
经腹组	41	3(7.32)	4(9.76)	5(12.20)

### 2.3 术后生存情况比较

腹腔镜组术后 FACT-Cx 评分明显高于经腹

组( $P < 0.01$ ), 见表 3。术后 1 年, 2 组患者均全部存活; 术后 3 年, 腹腔镜生存率为 94.29% (33/

35), 经腹组生存率为 90.24% (37/41), 2 组差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 3 2 组患者术后生存质量 FACT-Cx 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	术后 3 月	术后 6 月	术后 1 年	术后 2 年	术后 3 年
腹腔镜组	35	77.11 ± 9.98**	86.11 ± 10.81**	105.29 ± 11.67**	110.94 ± 13.48**	117.27 ± 6.69**
经腹组	41	67.10 ± 6.92	75.80 ± 5.96	86.80 ± 8.74	94.68 ± 13.17	102.73 ± 10.22

与经腹组比较, \*\* $P < 0.01$

### 3 讨论

手术是目前早期子宫颈癌患者首要的治疗手段<sup>[2]</sup>。近年来, 许多学者对腹腔镜下子宫颈癌的手术、分期进行了系列研究, 初步证实腹腔镜下同样能完成子宫颈癌的手术及分期, 长期随访效果相当<sup>[3]</sup>。

本研究中, 腹腔镜组在手术时间、淋巴结切除数量、术中出血、术后肛门排气时间及体温恢复正常等方面均明显优于经腹组。35 例腹腔镜手术无 1 例中转开腹, 低于 Abu-Rustum 等<sup>[4]</sup>报道的 3%~4% 中转率。手术时间较其他研究<sup>[5-6]</sup>报道的缩短了 100 min 以上, 这得益于我们在手术中充分应用了 Ligasure 及超声刀等器械。Ligasure 可以直接闭合 7 mm 以上血管而无需分离血管周围的组织, 而超声刀兼有分离、凝固和切割功能, 而且可以自动分离组织层面、解剖层次清晰。Zakashansky 等<sup>[6]</sup>也认为手术器械的良好运用对缩短手术时间起着至关重要的作用, 提倡使用超声刀及 Ligasure 等器械。Schlaerth 等<sup>[7]</sup>提出淋巴结切除数量应是评估腹腔镜盆腔淋巴结切除术是否有效、彻底的关键之一。本研究中, 腹腔镜组切除的淋巴结数量显著多于经腹组, 说明腹腔镜下盆腔淋巴结切除完全能够做到有效、彻底。腹腔镜组在术中出血、术后恢复方面明显优于经腹组, 说明微创手术对于减少术中出血, 促进术后恢复方面有着显著优势。

防治好并发症是广泛开展腹腔镜广泛子宫切除+盆腔淋巴结切除术的基础。本研究中, 2 组术中、术后并发症的发生率相比差异无统计学意义, 与其他研究<sup>[8-9]</sup>报道的相似。2 组都是因为肿大的淋巴结与髂静脉粘连致密, 在进行淋巴结切除时不慎损伤, 均于术中进行修补缝合, 这也提示不管是腹腔镜还是经腹手术在碰到淋巴结与血管尤其是静脉粘连致密时, 动作一定要轻柔、细致,

必要时可先行结扎静脉壁后再切除淋巴结。腹腔镜组的输尿管损伤是由于能量器械热传导所致, 于术后 10 d 发现, 行膀胱镜下输尿管支架置入, 3 月后拔除支架后排尿功能良好。另外, 本研究中 2 组尿潴留发生率差异无统计学意义, 这说明了腹腔镜手术亦达到了标准宫颈癌根治手术所要求切除的范围。

### 参考文献

- [1] 沈怡, 王泽华. 腹腔镜下和经腹广泛子宫切除及盆腔淋巴结清扫术治疗早期子宫恶性肿瘤的近期疗效分析[J]. 实用妇产科杂志, 2010, 26(1): 48.
- [2] 梁志清. 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.
- [3] 梁志清. 宫颈癌的微创手术治疗现状与进展[J]. 腹腔镜外科杂志, 2009, 14(4): 251.
- [4] Abu-Rustum N R, Rhee E H, Chi D S, et al. Subcutaneous tumor implantation after laparoscopic procedures in women with malignant disease[J]. Obstet Gynecol, 2004, 103(3): 480.
- [5] Frumovitz M, dos Reis R, Sun C C, et al. Comparison of total laparoscopic and abdominal radical hysterectomy for patients with early-stage cervical cancer[J]. Obstet Gynecol, 2007, 110(1): 96.
- [6] Zakashansky K, Chuang L, Gretz H, et al. A case-controlled study of total laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy versus radical abdominal hysterectomy in a fellowship training program[J]. Int J Gynecol Cancer, 2007, 17(5): 1075.
- [7] Schlaerth A C, Abu-Rustum N R. Role of minimally invasive surgery in gynecologic cancers[J]. Oncologist, 2006, 11(8): 895.
- [8] Lee E J, Kang H, Kim D H. A comparative study of laparoscopic radical hysterectomy with radical abdominal hysterectomy for early-stage cervical cancer: a long-term follow-up study[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2011, 156(1): 83.
- [9] Leblanc E, Narducci F, Frumovitz M, et al. Therapeutic value of pretherapeutic extraperitoneal laparoscopic staging of locally advanced cervical carcinoma[J]. Gynecol Oncol, 2007, 105(2): 304.