

腹腔镜子宫肌瘤剔除术中改良缝合方法的疗效分析

朱晨燕

(江苏省宜兴市第四人民医院妇产科,江苏 宜兴 214207)

摘要: 腹腔镜子宫肌瘤剔除术常规分层缝合方法耗时长,出血多,为此改进缝合方法,并作对比研究。将102例接受腹腔镜子宫肌瘤剔除术的患者按缝合方法不同分为观察组和对照组,观察组采用改良缝合方法,对照组采用常规分层缝合法,观察两组的手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、术后病率。观察组手术时间(90.6 ± 13.3)min,显著短于对照组(121.3 ± 11.2)min ($P < 0.05$);观察组术中出血量(50.4 ± 12.1)mL,显著小于对照组(98.6 ± 15.6)mL($P < 0.05$)。两组的术后肛门排气时间和术后病率比较无差异。结果表明腹腔镜子宫肌瘤剔除术中应用改良缝合法操作简单,止血效果好,可以显著缩短手术时间,减少术中出血量,安全性较高,值得临床应用。

关键词: 腹腔镜; 子宫肌瘤剔除术; 改良缝合方法

中图分类号: R737.33

文献标识码: A

子宫肌瘤是女性生殖器最常见的良性肿瘤,常见于30~50岁妇女,其处理应根据病人年龄、生育要求、症状及肌瘤的部位、大小综合考虑^[1]。随着患者对保留器官完整的需求逐步上升,越来越多需要手术治疗的子宫肌瘤患者倾向于行子宫肌瘤剔除术。子宫肌瘤剔除术不仅保留患者的生育能力,更重要的是维持子宫的生理功能,保持盆底解剖结构的完整性,减小对下丘脑-垂体-性腺轴的影响^[2]。近年来随着微创技术的发展,腹腔镜子宫肌瘤剔除术(laparoscopic myomectomy, LM)已成为该病主要的治疗方式之一。而LM术中最棘手的问题就是创面的缝合止血,有时缝合的时间远远超出肌瘤剔除的时间,如何在最短的时间内通过有效缝合将瘤腔闭合、创面对合良好、止血彻底是对手术医生最大的考验。2014年本院将改良的缝合方法运用到腹腔镜子宫肌瘤剔除后残腔的缝合,并传统的缝合方法进行比较,旨在探讨改良缝合方法的可行性和安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月~2017年05月在我院接受腹腔镜子宫肌瘤剔除术102例患者,入选标准:①B超检查确定子宫肌壁间肌瘤数目1~3个;②最大肌瘤直径5~8cm;③术前宫颈液基细胞学检查排除宫颈病变;④有异常子宫出血或B超提

示子宫内膜不均术前行诊刮+病理排除内膜病变。排除标准:①浆膜下、阔韧带、粘膜下及宫颈等特殊部位肌瘤;②合并附件囊肿>5cm;③术前估计盆腔粘连严重者;④合并严重内外科疾病不能耐受手术者。根据缝合方法的不同分为两组,观察组52例,年龄28~50岁,平均 37.9 ± 3.1 岁,最大肌瘤直径5.2~8.0cm,平均 7.0 ± 1.6 cm,其他肌瘤大小0.5~3.0cm,平均 2.3 ± 0.2 cm,肌瘤数目:单发29例,2个12例,3个11例。对照组50例,年龄27~49岁,平均 38.6 ± 3.2 岁,最大肌瘤直径5.0~7.8cm,平均 6.8 ± 1.9 cm,其他肌瘤大小0.5~3.2cm,平均 2.1 ± 0.3 cm,肌瘤数目:单发30例,2个14例,3个6例。两组患者的年龄、最大肌瘤大小及其他肌瘤大小、肌瘤数目等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究采取的方法及过程均经医院伦理委员会的审批及同意。

1.2 方法 常规术前准备,全麻,脐轮上方横切口置腹腔镜,气腹压力维持在12mmHg,穿刺相应Trocar,后壁肌瘤阴道内置简易举宫器,置入腹腔镜头,探查盆腔情况,有无粘连,探查确定肌瘤数目、大小及位置。在肌瘤与正常肌层交界处深入包膜内注射0.9%生理盐水20mL+垂体后叶素6u,根据肌瘤位置选择合适的切口,单极电凝钩全层切开肌瘤表面浆肌层、包膜至瘤体。锐钝性分离剥出肌瘤。缝合方法:(1)对照组采取1-0薇乔肠线连续分层缝合残腔。(2)观察组在肌瘤即将娩出瘤腔时双极电凝凝固其基底部后切断,然后按林仲秋教授^[3]的“棒球缝合法”从残腔顶端一侧创面内底层进针,从浆

膜外层出针,再从另一侧创面内底层进针,从浆膜外层出针,打结后,按此由内到外进针顺序兜底缝合瘤腔,进针间距约 1 cm(见图 1)。创面局部渗血处予 8 字缝扎止血。肌瘤粉碎器粉碎肌瘤并取出,生理盐水冲洗盆腹腔,查缝合创面无渗出血,结束手术。

1.3 观察指标 主要观察两组的手术时间、术中出血量(指结束手术生理盐水冲洗前吸引器中的积血量)、术后肛门排气时间、术后病率、术中术后并发症发生情况。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 进行统计学检测,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示,行 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

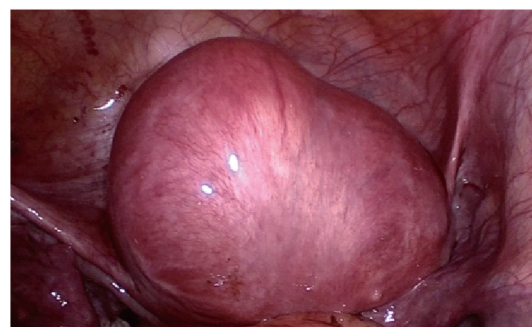
两组均顺利完成手术,无盆腔内出血、脏器损伤等严重并发症发生。观察组手术时间显著短于对照组;观察组术中出血量显著小于对照组。两组的术后肛门排气时间和术后病率(术后 24 小时连续 2 次相隔 4 小时口表体温 $\geq 38^\circ\text{C}$)比较差异无统计学意义。详见表 1。两组患者均在术后一月复查 B 超,未发现肌瘤残腔血肿等异常情况。

表 1 两组患者术中术后各项临床指标比较

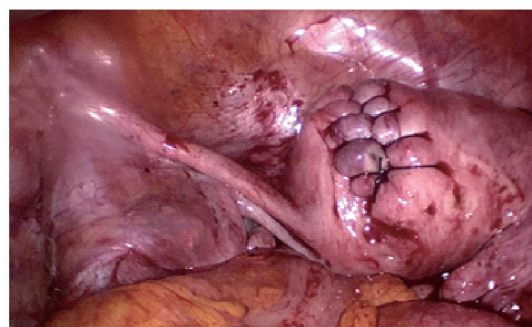
分组	n	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	肛门排气时间(h)	术后病率 (%)
观察组	52	90.6 $\pm$ 13.3	50.4 $\pm$ 12.1	28.3 $\pm$ 2.7	1.9%(1/52)
对照组	50	121.3 $\pm$ 11.2	98.6 $\pm$ 15.6	29.1 $\pm$ 1.6	4.0%(2/50)
P		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05

3 讨 论

腹腔镜子宫肌瘤剔除术与经腹手术相比具有术后疼痛轻、恢复快、住院天数少等优点,但对手术医生的要求较高,需要有熟练的腹腔镜手术技巧和操作经验。常规的腹腔镜下肌瘤残腔缝合方法有间断、8 字或连续分层缝合法,当腹腔镜手术中剔除较大肌瘤或位置较深的肌壁间肌瘤时,若子宫血运丰富,往往残腔渗血明显,常规缝合方法耗时长,出血相对较多,若残腔止血不彻底留有死腔还可能出现盆腔内出血、残腔血肿等严重并发症。为此,提出了改进的缝合方法,主要有王玢,等^[4]报道的改良“8”字缝扎创腔底、侧壁出血点及封闭残腔的方



术前



术后

图 1 改良缝合方法

法,黄鑫,等^[5]报道的连续垂直褥式填塞缝合方法,另外,还有新型的 Quill 缝线,无需打结即可达到组织对合和止血的效果,其在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中能明显减少术中出血量,缩短缝合时间^[6]。改进缝合方法的目的是为了腹腔镜下操作简便,缩短手术时间、减少术中出血,提高手术的安全性。本研究中的改良缝合法先将肌瘤血供的必经之路底部止血彻底,然后将林仲秋教授开腹子宫肌瘤剔除运用的“棒球缝合法”应用到腹腔镜子宫肌瘤剔除术中。结果显示,观察组在手术时间显著短于对照组;观察组术中出血量显著小于对照组。总结此种改良缝合方法的好处主要有以下几点:(1)从多方面减少术中出血:①在假包膜内注入稀释垂体后叶素,水压分离,促进子宫平滑肌收缩,减少出血,肌瘤剥出容易;②在肌瘤基底部双极电凝止血有效阻断瘤腔底部出血;③子宫肌层大部分呈交叉排列,在血管周围形成 8 字形围绕血管,当这些血管破损后,需要靠子宫平滑肌组织压迫挤压止血,棒球缝合法与常规的缝合方法相反,每一针都是从内进针,向外出针,象“8”字形连续缝合拉紧,每一针都能对局部起到很好的挤压,有效起到压迫止血的作用。另外进针点都在创面内侧的最底部,有效避免遗留死腔。(2)操作简单,节省手术时间:传统的连续分层缝合耗时长,尤其一些残腔深而窄的肌壁间

肌瘤对手术者在腹腔镜下缝合的技术要求更高,采取本法缝合,止血彻底,简化了手术操作,同时出血量的减少使手术视野相对清晰,明显缩短了手术时间。(3)术后子宫形态恢复好,减少残腔血肿形成和继发感染,减少术后粘连:对于体积较大的子宫肌瘤传统的缝合方法需要先行梭形切口修剪掉部分浆肌层再进行缝合,破坏了子宫的完整性,而且缝合后创面浆肌层容易向外突出,不平整;而本方法将瘤腔周围的浆肌层内翻填入瘤腔即可,这样做一方面起到压迫止血、减少残腔血肿形成,另一方面缝合后子宫形态恢复好,浆膜面光滑,减少术后粘连。

妊娠期间子宫破裂是腹腔镜子宫肌瘤剔除术后严重的远期并发症,虽然文献报道其发生率仅0.26%~1%,但一旦发生对母儿造成严重危害,甚至危及生命。本研究中的改良缝合方法创面是浆膜对浆膜,愈合后若再次妊娠是否会增加子宫破裂的风险,还需通过进一步研究证实。

综上所述,腹腔镜子宫肌瘤剔除术中应用此种

改良缝合法操作简单,止血效果好,可以显著缩短手术时间,减少术中出血量,减少术后肌瘤残腔继发血肿的形成,安全性较高,值得临床应用。但远期疗效尚需延长随访时间和扩大样本数量来进一步证实。

参考文献:

- [1] 沈铿,马丁.妇产科学.第3版[M].北京:人民卫生出版社,2016:307-10.
- [2] 王丹丹,杨清.腹腔镜子宫肌瘤剔除术的相关问题及其处理[J].中国实用妇科与产科杂志,2015,31(5):399-402.
- [3] 林仲秋.子宫肌瘤的手术治疗[J].中国计划生育和妇产科,2012,4(3):38-9.
- [4] 王玢,童英,朱艳.腹腔镜子宫肌瘤剔除术两种缝合方法疗效比较[J].中国实用妇科与产科杂志,2010,26(1):65-6.
- [5] 黄鑫,张璐芳,侯征,等.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术中子宫创面缝合方法的探讨[J].中国微创外科杂志,2013,13(11):1005-8.
- [6] 金凤斌,任波,陈双,等.Quill缝线在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术中的应用效果[J].中国微创外科杂志,2016,16(1):24-7.

(本文编辑:秦旭平)

(上接第361页)

参考文献:

- [1] 杨建华,石一复.卵巢癌的病因流行病学研究进展[J].中国妇幼保健研究,2004,15(6):382-4.
- [2] 李巍,崔恒,冯捷,等.卵巢癌诊断的研究进展[J].中华妇产科杂志,2005,40(7):496-8.
- [3] 丁金萍.新辅助化疗联合手术治疗晚期卵巢癌的近期及远期疗效[J].现代预防医学,2011,38(14):2724-5.
- [4] 杨雪,牛昀,王慧,等.中心体相关激酶 Nek2 与乳腺癌前病变及早期癌变的相关性研究[J].现代肿瘤医学,2015(1):54-8.
- [5] 王良震,李春霖,樊燕平,等.中心粒周蛋白相关疾病发病机制的新进展[J].现代生物医学进展,2017,17(15):2981-6.
- [6] TAO J, ZHI X, TIAN Y, et al. CEP55 contributes to human gastric carcinoma by regulating cell proliferation [J].Tumor Biology, 2014, 35(5):4389-99.
- [7] WANG Y, JIN T, DAI X, et al. Lentivirus-mediated knockdown of CEP55 suppresses cell proliferation of breast cancer cells[J]. Biosci Trends, 2016, 10(1):67-73.
- [8] 张彤雯,牛昀.中心体相关调节蛋白及其异常与肿瘤发生的研究进展[J].中华肿瘤防治杂志,2007,14(12):956-9.
- [9] FABBRO M, ZHOU BB, TAKAHASHI M, et al. Cdk1/Erk2- and Plk1-dependent phosphorylation of a centrosome protein, Cep55, is required for its recruitment to midbody and cytokinesis[J].Dev Cell, 2005,9(4):477-88.
- [10] 赵凯越,李福才.miRNA 调控中心体与肿瘤发生的相关性[J].解剖科学进展,2016(5):540-2.
- [11] 张勇,孟凡迪,张靖焱,等.靶向下调 Cep55 表达水平对肝癌细胞增殖能力的影响[J].西安交通大学学报(医学版),2016,37(1):45-8.
- [12] 于震男,罗正祥,赵鹏来,等.RNAi 干扰脑胶质瘤 CEP55 表达对胶质瘤细胞 LN229 功能影响的相关性研究[J].临床神经外科杂志,2017,14(2):86-90.
- [13] 薛玉文,李铁军,周家名,等.多靶向 RNA 干扰技术在基因治疗中的应用与前景[J].中国生物工程杂志,2015,35(1):75-81.
- [14] 王淑芬,董巍蕾,谢晶,等.miR-26a 通过调节 MTDH 基因表达抑制 CAOV3 细胞系生长[J].中南医学科学杂志,2014,42(6):563-6.
- [15] 李妍,杜红延,李红卫.慢病毒载体及其在 RNA 干扰技术中的应用与发展[J].分子诊断与治疗杂志,2013(1):55-60.
- [16] 张曼,孙秀萍,宋铭晶.慢病毒载体用于转基因技术的研究进展[J].中华临床医师杂志(电子版),2014,8(10):1949-53.

(本文编辑:蒋湘莲)