

〔文章编号〕 1007-0893.2023.11-0082-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.11.025

全子宫加双侧输卵管切除术治疗早期子宫内膜癌的效果

陈坦 镇 澜 衣 欢

(福建省妇幼保健院, 福建 福州 361000)

〔摘要〕 目的: 分析全子宫加双侧输卵管切除术治疗早期子宫内膜癌的效果。方法: 选取福建省妇幼保健院 2021 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 80 例早期子宫内膜癌患者, 随机分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组接受广泛性子宫全切除术, 观察组接受全子宫加双侧输卵管切除术治疗, 比较不同手术的治疗效果。结果: 较对照组, 观察组患者手术、术后首次排气及住院时间更短, 术中出血量更少, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。术前, 两组患者性激素水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后 1 个月, 两组患者卵泡刺激素 (FSH)、黄体生成素 (LH) 水平高于术前, 雌二醇 (E2) 水平低于术前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 但组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。术前, 两组患者两侧卵巢体积及窦卵泡数比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后 3 个月, 两组患者两侧卵巢体积小于术前, 窦卵泡数少于术前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 但组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组患者并发症总发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 两组患者复发率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 经手术治疗均会对早期子宫内膜癌患者的卵巢功能造成影响, 导致性激素指标水平改变, 但全子宫加双侧输卵管切除术的效果更好, 可有效缩短手术时间, 减少出血量, 促使其尽早康复, 且并发症发生较少, 可有效改善患者预后。

〔关键词〕 早期子宫内膜癌; 全子宫加双侧输卵管切除术; 广泛性子宫全切除术

〔中图分类号〕 R 713 〔文献标识码〕 B

子宫内膜癌是常发于女性生殖系统的恶性肿瘤, 早期以阴道分泌物异常、不规则出血为主要表现, 近年来临床该疾病的发病率呈现上升趋势, 严重影响患者身体健康^[1]。临床针对早期子宫内膜癌治疗多以手术为主, 如广泛性子宫全切除术, 可有效切除患者病灶, 抑制病情进展, 但针对是否一并切除患者双侧输卵管尚存在争议。而随着研究的不断深入, 有多位学者证实, 全子宫加双侧输卵管切除术治疗可有效避免输卵管癌及卵巢癌等疾病发生^[2]。为进一步探究全子宫加双侧输卵管切除术的治疗效果, 本研究选取 80 例早期子宫内膜癌患者, 比较分析不同手术治疗的效果, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取福建省妇幼保健院 2021 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 80 例早期子宫内膜癌患者, 随机分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组年龄 32~68 岁, 平均 (48.26 ± 3.44) 岁; 分娩次数 1~3 次, 平均 (1.53 ± 0.11) 次; 文化水平: 高中 18 例, 大专及本科 17 例, 研究生及以上 5 例。观察组年龄 31~66 岁, 平均 (48.55 ± 3.46) 岁; 分娩次数 1~4 次, 平均 (4.55 ± 0.13) 次; 文化水平:

高中 17 例, 大专及本科 16 例, 研究生及以上 7 例。两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。本研究符合医学伦理委员会标准(20210101)。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 均经临床病理学检查确诊; (2) 均接受超声、计算机断层扫描 (computer tomography, CT) 及磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 等检查, 符合手术指征; (3) 交流良好, 具备正常的认知及理解能力; (4) 临床资料完整; (5) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 合并其他恶性肿瘤者 (如乳腺癌、宫颈癌等); (2) 脏器功能缺损者 (如心、肾等); (3) 处于妊娠期或哺乳期者; (4) 有手术禁忌证者; (5) 患有精神疾病者; (6) 患有新冠肺炎者; (7) 档案资料缺失者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 行广泛性子宫全切除术治疗, 给予全身麻醉, 借助腹腔镜将输卵管峡部、圆韧带及卵巢固有韧带切断, 将膀胱反折腹膜打开, 沿间隙至宫颈外口下方分离, 游离阔韧带前后与宫旁组织, 促使子宫血管充分暴露, 针对性处理子宫血管, 再将宫骶及主韧带切断,

〔收稿日期〕 2023-04-24

〔作者简介〕 陈坦, 男, 住院医师, 主要研究方向是妇科肿瘤的手术治疗。

以环形方法将阴道壁切开，经阴道移出子宫，最后将阴道残端缝合、止血。

1.3.2 观察组 行全子宫加双侧输卵管切除术治疗，给予全身麻醉，即将输卵管提起、输卵管系膜平展，清晰观察系膜间血管，从伞端处保持紧贴输卵管下缘，采用电凝法将输卵管系膜及血管切断，到峡部结束，并一同将输卵管切除。子宫切除操作与对照组一致，子宫移出后，依次经阴道移出两侧输卵管，缝合切口。同时，医师在手术过程中需尽可能保留输卵管系膜，确定卵巢血管无弯曲、打折等情况。

1.4 观察指标

1.4.1 围手术期指标 记录两组患者手术时间、术中出血量、术后首次排气时间、住院时间。

1.4.2 性激素指标 两组患者均在术前、术后 1 个月的月经周期第 3~5 天抽取空腹上肢静脉血 5 mL，采用分离胶管。离心后分离血清，以化学发光法测定血清卵泡刺激素 (follicle-stimulating hormone, FSH)、黄体生成素 (luteinizing hormone, LH)、雌二醇 (estradiol, E2)，相关试剂盒均由美国贝克曼库尔特公司提供。

1.4.3 卵巢体积及窦卵泡数测定 术后 3 个月均接受阴道超声检查，确定指标数据，包含左右两侧。

1.4.4 并发症和复发情况 两组患者均术后观察 1 周，记录并比较两组患者并发症 (主要包括切口感染、尿道感染、淋巴囊肿、尿潴留)、复发率发生情况。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期指标比较

较对照组，观察组患者手术、术后首次排气及住院时间更短，术中出血量更少，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者围手术期指标比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 /min	术中出血量 /mL	术后首次排气时间 /h	住院时间 /d
对照组	101.52 ± 11.23	162.53 ± 10.56	34.56 ± 1.52	16.53 ± 1.26
观察组	77.86 ± 10.52 ^a	136.52 ± 10.55 ^a	26.45 ± 1.58 ^a	13.42 ± 1.22 ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者性激素水平比较

术前，两组患者性激素水平比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；术后 1 个月，两组患者 FSH、LH 水平高于术前，E2 水平低于术前，差异具有统计学意义

($P < 0.05$)，但组间比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者性激素水平比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	FSH /mIU · mL ⁻¹	LH /mIU · mL ⁻¹	E2/pg · mL ⁻¹
对照组	术前	3.96 ± 1.47	7.95 ± 2.36	74.56 ± 6.43
	术后 1 个月	7.23 ± 2.31 ^b	10.05 ± 2.06 ^b	51.62 ± 6.41 ^b
观察组	术前	3.99 ± 1.56	7.82 ± 2.34	74.86 ± 6.53
	术后 1 个月	6.92 ± 2.33 ^b	9.44 ± 2.12 ^b	50.66 ± 6.35 ^b

注：FSH—卵泡刺激素；LH—黄体生成素；E2—雌二醇。与同组术前比较，^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者卵巢体积及窦卵泡数比较

术前，两组患者两侧卵巢体积及窦卵泡数比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；术后 3 个月，两组患者两侧卵巢体积小于术前，窦卵泡数少于术前，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，但组间比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者卵巢体积及窦卵泡数比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	左侧卵巢体积 /cm ³	右侧卵巢体积 /cm ³	左侧窦卵泡数 /个	右侧窦卵泡数 /个
对照组	术前	8.32 ± 1.21	8.62 ± 2.13	9.72 ± 2.31	9.82 ± 2.43
	术后	6.52 ± 1.62 ^c	6.75 ± 1.35 ^c	7.92 ± 1.35 ^c	7.82 ± 1.21 ^c
观察组	术前	8.33 ± 1.25	8.43 ± 2.2	10.01 ± 2.41	9.62 ± 2.52
	术后	6.24 ± 1.61 ^c	6.42 ± 1.32 ^c	7.61 ± 1.38 ^c	7.52 ± 1.23 ^c

注：与同组术前比较，^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者并发症发生率及复发率比较

观察组患者并发症总发生率为 5.00%，低于对照组的 22.50%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，两组患者复发率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者并发症发生率及复发率比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	并发症				复发
	切口感染	尿道感染	淋巴囊肿	尿潴留	
对照组	3(7.50)	2(5.00)	1(2.50)	3(7.50)	9(22.50)
观察组	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	2(5.00) ^d

注：与对照组比较，^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

子宫内膜癌作为临床常见的恶性肿瘤，主要源自于子宫内膜上皮细胞，对健康及生命安全有严重威胁^[3]。因此，在子宫内膜癌发病早期，尽早确诊患者病情，给予针对性治疗，促进预后改善是关键。而手术是临床治疗子宫内膜癌患者的首选措施，如广泛性子官全切术、全子宫加双侧输卵管切除术等，可有效清除肿瘤组织，达到理想的治疗效果，但女性生殖系统的解剖结构较特殊，可能存在盆腔粘连、与泌尿系统邻近等情况，造成手术过程中很难鉴定输尿管走向，无法有效对其开展分

离操作, 极易在操作时损伤输尿管等盆腔组织, 使术后并发症发生率升高, 不利患者术后恢复^[4]。同时, 采取何种手术治疗早期子宫内膜癌仍存在争议。因此, 结合患者实际情况, 选择合理的手术治疗措施, 积极减少术中出血量、并发症发生是其关键。而随着研究的深入, 有研究证实, 采取全子宫加双侧输卵管切除术治疗可有效缩短患者治疗时间, 减少出血量, 且并发症发生较少, 在临床中取得了显著效果^[5]。

本研究结果中, 观察组患者围手术期相关指标优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明与广泛性子官全切术相比, 经全子宫加双侧输卵管切除术治疗的时间更短, 术中出血量更少, 可快速康复。主要是因广泛性子官切除虽可有效切除肿瘤细胞组织, 但还会将宫旁组织切除, 可导致术中出血量增加, 对患者造成的创伤较大, 术后易引起多种并发症, 不利于患者术后康复。而全子宫加双侧输卵管切除术治疗, 可在满足肿瘤组织切除的前提下, 缩小手术范围, 从而减轻对患者机体的损伤, 减少出血量, 有效缩短手术时间, 效果更理想^[6]。同时, 术前, 两组患者性激素水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后1个月, 两组患者FSH、LH水平高于术前, E2水平低于术前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 但组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。术前, 两组患者两侧卵巢体积及窦卵泡数比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后3个月, 两组患者两侧卵巢体积小于术前, 窦卵泡数少于术前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 但组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。表明手术治疗均会对患者卵巢功能造成影响, 导致其功能下降。因卵巢主要是由卵巢动脉与子宫动脉卵巢支双重血液供应的器官, 故将子宫切除后, 会使子宫动脉卵巢支断裂, 导致子宫动脉的血液供应被阻断, 亦对卵巢静脉回流造成了影响^[7]。因此, 卵巢与子宫间的解剖结构与功能完整性被破坏, 导致卵巢血液供应减少, 阻力增加, 卵泡发育不良, 其功能衰退, 且术后粘连所致的卵巢及卵巢悬韧带变性、扭曲情况, 使卵巢血液供应进一步减少, 导致卵巢内分泌功能减弱, 性激素水平出现不同程度的异常。因此, 无论选择哪种手术治疗, 均会对患者卵巢功能造成损伤, 导致卵巢衰竭, 故患者在接受全子宫加双侧输卵管切除术治疗时, 需重视患者子宫-卵巢间血供的完整性的保护, 以免造成卵

巢血供障碍, 影响卵巢功能; 需严格遵循输卵管切除原则, 清晰观察系膜内的血管走向, 尽量避开血管, 并注意观察是否存在卵巢血管打折、弯曲等情况, 从而降低卵巢血管损伤, 保障手术安全^[8]。同时, 观察组并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。且两组患者复发率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。表明全子宫加双侧输卵管切除术治疗的并发症较少, 且复发率少。因子宫全切有效切除肿瘤细胞组织, 抑制病情进展, 预防复发, 同时期将双侧输卵管切除, 医师在操作时, 重视患者子宫-卵巢血供的保护, 且手术范围较小, 可有效避免对患者造成较大的损伤, 保障手术安全, 有效减少并发症发生。

综上所述, 相较于广泛性子官全切术治疗, 全子宫加双侧输卵管切除术治疗的效果更理想, 有效减少患者术中出血量, 缩短住院时间, 且并发症发生率较低, 有效改善患者预后。

〔参考文献〕

- (1) 薛小文, 胡玉博, 刘理达, 等. 腹腔镜下全子宫加双附件切除术对I期子宫内膜癌患者预后的影响分析 (J). 中国肿瘤临床与康复, 2020, 27(1): 68-71.
- (2) 林澍, 毕铁, 阎冰冰, 等. 腹腔镜下全子宫加双附件切除术对中年I期子宫内膜癌患者临床预后的影响探究 (J). 中国性科学, 2019, 28(2): 60-62.
- (3) 张习军, 张静. 腹腔镜下全子宫、双附件切除术治疗I期子宫内膜癌的临床效果 (J). 临床医学研究与实践, 2020, 5(6): 90-92.
- (4) 张振峰, 赵变峰, 韩振坤. 腹腔镜下全子宫加双附件切除术治疗早期子宫内膜癌的效果 (J). 临床医学, 2019, 40(1): 6-8.
- (5) 周黎. 腹腔镜下全子宫与双附件切除术对早期子宫内膜癌患者氧化应激反应的影响 (J). 中国当代医药, 2022, 29(35): 89-91, 96.
- (6) 张凤翔, 姜小英. 全子宫加双附件切除术对早期子宫内膜癌术中出血量及并发症的影响 (J). 中国药物与临床, 2020, 20(5): 775-776.
- (7) 郎威征. 腹腔镜下全子宫加双附件切除术治疗早期子宫内膜癌患者的效果 (J). 中国民康医学, 2022, 34(11): 43-46.
- (8) 梁结梅, 谢宁, 胡琴琴. 全子宫加双侧输卵管切除术治疗早期子宫内膜癌的综合疗效评价 (J). 中国实用医药, 2022, 17(12): 78-80.