

Evaluation of efficacy between hysteroscopy and laparoscopy in treatment of type II submucosal uterus myoma by ultrasonography

超声评价宫腔镜和腹腔镜治疗 II 型子宫黏膜下肌瘤的疗效

邱淑萍

[中图法分类号] R737.33; R445.1

[文献标识码] B

子宫肌瘤是由子宫平滑肌细胞增生形成的良性肿瘤,其病理机制尚不明确,常发生于育龄妇女。宫腔镜和腹腔镜是临床治疗子宫黏膜下肌瘤的主要方法,具有创伤小、恢复快等优势。本组应用经阴道超声测量子宫黏膜下肌瘤患者子宫肌瘤假包膜到浆膜面的最短距离(MFM)和子宫肌瘤假包膜到黏膜面的最短距离(MMF),分析宫腔镜和腹腔镜治疗子宫黏膜下肌瘤的临床效果。

资料与方法

一、临床资料

选取 2014 年 6 月至 2016 年 6 月我院收治的 226 例 II 型子宫黏膜下肌瘤患者,根据不同手术方法分为宫腔镜组和腹腔镜组。宫腔镜组 114 例,均行宫腔镜子宫肌瘤电切术,患者年龄 22~65 岁,平均(38.87±8.56)岁;肿瘤直径 32~65 mm,平均(48.68±11.72)mm;11 例未生育,4 例无性生活史;51 例经量增多,42 例阴道不规则流血,5 例绝经后出血;97 例单发肌瘤,17 例多发肌瘤。腹腔镜组 112 例,均行腹腔镜子宫肌瘤剔除术,患者年龄 22~66 岁,平均(38.91±8.57)岁;肿瘤直径 32~69 mm,平均(48.71±11.51)mm;10 例未生育,5 例无性生活史;53 例经量增多,40 例阴道不规则流血,4 例绝经后出血;94 例单发肌瘤,18 例多发肌瘤。纳入标准:①符合病理学诊断的 II 型子宫黏膜下肌瘤,有完整的出入院记录、手术记录及随访记录;②患者意识清晰,无精神病史和药物过敏史;③排除严重凝血功能障碍、肝肾疾病等患者;④均接受宫、腹腔镜治疗,依从性较好。两组年龄、肿瘤直径、

生育史、性生活史、月经改变及肌瘤数量等比较差异均无统计学意义。本研究经我院伦理委员会批准同意,患者均签署知情同意书。

二、仪器与方法

使用麦科仪 EMP-1088B 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 2.0~10.0 MHz。患者排空膀胱后取截石位,应用经阴道超声检查子宫,记录子宫肌瘤位置、数量及大小。术中剔除子宫肌瘤后,与术前超声检查数量进行对比,如不相符则行经阴道超声检查,发现残留肌瘤后于超声引导下切开子宫肌层并切除肌瘤。术后行经阴道超声检查,确认无肌瘤残留,切除肌瘤用肌瘤切割器旋切成条状,行常规病理检查。术后 3 个月进行复查。

三、统计学处理

应用 SPSS 19.0 统计软件,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较行 t 检验;计数资料以百分比表示,组间比较行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、两组术前超声检查情况

两组 MFM、不同肿瘤直径例数、单发或多发例数及肿瘤位置比较差异均无统计学意义;宫腔镜组 MMF 明显低于腹腔镜组,差异有统计学意义($t=13.98, P < 0.01$)。见表 1。

二、两组术中及术后情况

与腹腔镜组比较,宫腔镜组患者手术时间、术中出血量、术后血红蛋白差值、住院天数及住院费用均较低,差异均有统计学意义(均 $P < 0.01$)。见表 2。

表 1 两组术前超声检查子宫肌瘤情况比较

组别	肿瘤直径(例)		肿瘤单发或多发(例)		肿瘤位置(例)			MFM(mm)	MMF(mm)
	≤30 mm	>30 mm	单发	多发	子宫壁	子宫底	子宫颈		
宫腔镜组	31	83	92	22	106	7	1	4.98±1.02	2.44±2.31
腹腔镜组	30	82	94	18	104	7	1	4.75±0.96	10.67±5.84
χ^2 值	0.00	0.72	0.36	0.12	0.00	0.26	0.14	0.91	13.98
P 值	0.95	0.36	0.55	0.62	1.00	0.82	0.95	0.17	0.00

MFM:子宫肌瘤假包膜到浆膜面的最短距离;MMF:子宫肌瘤假包膜到黏膜面的最短距离。

表 2 两组术中及术后情况($\bar{x}\pm s$)

组别	手术时间(min)	术中出血量(ml)	术后血红蛋白差值(g/L)	住院天数(d)	住院费用(万元)
宫腔镜组	53.71±21.62	24.62±31.83	8.04±6.17	11.60±2.47	0.52±0.10
腹腔镜组	90.53±19.66	52.16±30.91	17.13±3.55	14.07±5.35	1.33±0.37
<i>t</i> 值	13.39	6.60	13.54	4.47	22.55
<i>P</i> 值	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00

三、术后随访情况

宫腔镜组月经改善情况较腹腔镜组好($\chi^2=18.48, P<0.01$); 两组均无贫血情况发生; 两组肌瘤复发或残留、再次手术及妊娠情况比较差异均无统计学意义。见表 3。宫腔镜组 16 例肌瘤复发或残留, 6 例于术后 3 个月内再次行宫腔镜子宫肌瘤电切术, 另 10 例肿瘤直径 ≤ 20 mm 者随访观察, 定期复查; 腹腔镜组 14 例肌瘤复发或残留, 5 例行开腹子宫全切术, 另 9 例肿瘤直径 ≤ 20 mm 者随访观察, 定期复查。

表 3 两组术后 3 个月随访情况比较 例

组别	月经改善	肌瘤复发或残留	贫血	再次手术	妊娠
宫腔镜组	91	16	0	6	11
腹腔镜组	57	14	0	5	11
χ^2 值	18.48	0.10	-	0.07	0.00
<i>P</i> 值	0.00	0.71	-	0.79	0.97

讨 论

子宫肌瘤是一种卵巢激素依赖性肿瘤, 好发于育龄妇女, 分为肌间、浆膜下及黏膜下肌瘤。子宫肌瘤的位置、大小及类型是影响治疗效果的重要因素, 故选择超声进行术前、术中及术后检查, 了解子宫肌瘤类型、位置、数量及大小, 以准确指导临床手术^[1]。微创手术主要指宫、腹腔镜治疗, 具有创伤小、恢复快及并发症少等优点, 特别适合 0 型子宫黏膜下肌瘤的治疗, 但仍有不足, 宫腔镜治疗 II 型子宫黏膜下肌瘤存在并发症发生率高的不足^[2-3]; 腹腔镜治疗成本较高, 患者经济压力大; 超声辅助微创手术进行子宫肌瘤治疗, 通过测量 MFM 和 MMF 可合理地选择术式。曹迎九等^[2]研究发现, 经阴道超声检查能摒弃微创手术的局限, 深入体内, 确定子宫肌瘤的位置、大小及类型, 为微创手术治疗提供依据。

本组所有宫腔镜手术均由同一经验丰富的医师完成, 与同期行腹腔镜治疗的患者比较, 行宫腔镜治疗的患者创伤小、失血

少、费用低。部分患者先将子宫肌瘤组织切割, 后利用机械力量将子宫肌瘤组织剥离, 过程安全有效, 能降低对子宫肌层和肌纤维的破坏。王君和徐仁根^[3]研究发现, 宫腔镜子宫肌瘤电切术能缩短患者手术时间, 减少术中出血量, 具有不开腹、并发症少及术后恢复快等优势。本组结果与其基本一致, 表明宫腔镜治疗 II 型子宫黏膜下肌瘤的疗效确切。

另外, MFM 为动态参数, 随着手术的进行而变化, 当肌瘤去除时, 子宫肌层独立缘达最大值。其可能的原因是去除子宫肌瘤后, 假包膜对子宫肌层的牵引力逐渐消失。黄永生等^[4]回顾性分析 255 例 II 型子宫黏膜下肌瘤患者, 发现宫腔镜子宫肌瘤电切术不适用于直径 >50 mm、贯穿于子宫全层的肌瘤。李晶华等^[5]研究发现, 宫腔镜对子宫肌层独立缘 >5 mm, 直径 <65 mm 的肌瘤治疗安全、有效, 本组结论与其相似。

本组具有一定的局限性: 患者数量较少, 为回顾性分析并非前瞻性研究; 行腹腔镜手术的患者可否用宫腔镜完成仍需大样本的研究数据。

综上所述, 使用宫腔镜治疗子宫黏膜下肌瘤较腹腔镜更安全、有效, 具有较好的临床应用价值。

参考文献

- [1] Takahashi N, Yoshino O, Hiraike O, et al. The assessment of myometrium perfusion in patients with uterine fibroid by arterial spin labeling MRI[J]. Springerplus, 2016, 5(1): 190-195.
- [2] 曹迎九, 吕蓓, 王倩, 等. 宫腔镜与阴道超声用于诊断子宫内膜病变的临床价值探讨[J]. 现代生物医学进展, 2014, 14(36): 7126-7129.
- [3] 王君, 徐仁根. 宫腹腔镜治疗 II 型黏膜下子宫肌瘤疗效对比[J]. 医药前沿, 2015, 5(14): 81-82.
- [4] 黄永生, 尹香花, 苏悦, 等. 宫腔镜电切治疗 II 型子宫黏膜下肌瘤的效果及安全性[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(13): 88-90.
- [5] 李晶华, 黄文燕, 张瑞, 等. II 型子宫黏膜下肌瘤术前超声评估 MFM 的临床意义[J]. 首都医科大学学报, 2016, 37(4): 523-528.

(收稿日期: 2017-05-10)