

宫腔镜电切术治疗子宫内良性占位病变 142 例临床分析

厦门大学医学院第一临床学院厦门中山医院妇产科(361004) 董生伟 沈进 孙南丁

目的:探讨宫腔镜电切术治疗子宫内良性病变的疗效及其安全性。**方法:**应用连续灌流式宫腔镜,对 142 例子官良性占位病变进行宫腔镜电切手术治疗,其中子宫粘膜下肌瘤 24 例,内凸型子宫壁间肌瘤 22 例,子宫内膜息肉 8 例,子宫腺肌瘤 2 例,宫颈肌瘤 25 例,宫颈息肉 39 例,宫颈宫腔复合占位病变 22 例。随诊 1~12 个月。**结果:**所有患者均一次手术成功,无明显手术并发症,切除瘤体直径 0.5~8.0cm。宫腔电切术的手术时间 15~70min,平均 48min,术中估计出血量约 10~130ml。宫颈电切术的手术时间 3~60min,平均 24min,术中估计出血量约 5~50ml。全部患者的临床症状均得到显著改善,一次治疗总有效率达 100%。**结论:**治疗子宫内良性占位病变首选宫腔镜电切术,它具有安全、有效、创伤小、并发症少、恢复快等优点。远期疗效尚待观察。

关键词 子宫腔 宫颈 肌瘤 息肉 宫腔镜 电切术

分类号 R737.33

CLINICAL ANALYSIS ON TREATMENT OF HYSTEROSCOPIC ELECTRORESECTION IN 142 PATIENTS WITH INTRAUTERINE BENIGN TUMOR LESION

Dong Shengwei, Shen Jin, Sun Nanding

Department of Obstetrics and Gynecology, The First Clinical College, Xiamen University, School of Medicine (Xiamen Zhongshan Hospital), Xiamen 361004

[Abstract] Objective: To assess the efficacy and safety of hysteroscopic electroresection in treating intrauterine benign tumor lesion. **Methods:** One hundred and forty-two women with intrauterine benign tumor lesion received hysteroscopic transcervical resection with a continuous flow hysteroscope. They consisted of 24 with submucous myoma, 22 with intramural myoma of protrusive uterine cavity, 8 with polyp of endometrium, 2 with endometrioma, 25 with cervical myoma, 39 with cervical polyp and 22 with cervicouterine tumor. Total cases were followed up for 1~12 months after operation. **Results:** All the operations were carried out successfully, no operative complication. The size of myoma (in diameter) was 0.5~8.0cm. Operation duration of uterine cavity was 15~70 minutes (medium time 48 min), blood loss was 10~130ml. Operation duration of cervix was 5~60 minutes (medium time 24 min), blood loss was 5~50ml. Clinical symptoms were relieved significantly in all cases. Primary healing rate of intrauterine benign neoplasm lesion is 100%. **Conclusions:** For treatment of intrauterine benign tumor lesion, operative hysteroscopy was the chief choice. It has advantages of highly effective, safe, little damage to tissue, little complication and rapid recovery. But its long-term efficacy is yet to be identified.

Key words: Uterine Cavity; Cervix; Myoma; Polyp; Hysteroscope; Electroresection

宫腔镜电切术是在宫腔镜直视下,通过镜内电切环对子宫内良性病变进行手术治疗的微创外科新技术^[1]。我院应用宫腔镜电切术治疗子宫内良性占位病变,收到良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

自 1999 年 9 月~2002 年 3 月我院妇科施行宫

腹腔镜电切术治疗子宫内良性占位病变患者 142 例。年龄 20~71 岁, 平均 40.6 岁。其中宫腔良性占位病变电切术 54 例(粘膜下肌瘤 24 例, 内凸型子宫壁间肌瘤 22 例, 子宫内膜息肉 8 例)占 38.0%, 均为已婚者(其中未育 17 例)。有 47 例(87%)患者月经量增多或淋漓状阴道流血。有 26 例(48.1%)患者合并不同程度贫血。宫颈良性占位病变电切术 66 例(宫颈息肉 39 例, 宫颈肌瘤 25 例, 宫颈腺肌瘤 2 例)占 46.5%, 已婚 64 例(其中未育 9 例), 未婚 2 例。有不规则阴道流血 30 例(45.5%), 性交后阴道出血 6 例(9.1%), 性交痛 3 例(4.5%)。宫颈宫腔复合良性占位病变 22 例(宫体肌瘤合并宫颈息肉 3 例, 子宫内膜息肉合并宫颈息肉 9 例, 宫体肌瘤合并宫颈肌瘤 2 例, 宫体肌瘤合并子宫内膜息肉 5 例, 宫颈肌瘤合并子宫内膜息肉 1 例, 宫颈肌瘤合并宫颈息肉 2 例)占 15.5%, 均为已婚(其中未育 2 例)。有 21 例(95.5%)伴有上述症状。排除标准: 电切术禁忌症, 子宫恶性病变及有关妇科药物治疗。

1.2 手术方法

手术器械采用美国 Stryke 外鞘直径 9mm 的持续灌流式宫腔电切镜及配套的全自动液体膨宫机, 德国 WOLF 420 型冷光源, WOLF 5502 型监视器及日本 SONY 电视显示器。以 5% 葡萄糖注射液作为膨宫液, 膨宫压力 100~120mmHg。电切功率 80~100w, 电凝功率 60~70w。手术时间选择在月经干净 3~7d 间进行, 出血量多者经抗炎、止血后, 选择出血少时进行, 操作方法按中华妇产科杂志编辑委员会制定的《宫腔镜操作规范(草案)》^[2]进行。

1.3 疗效判定标准

经随诊 1~12 个月, 根据临床症状改善情况, 盆腔 B 超检查或宫腔镜复查结果。宫颈良性占位病变电切疗效判定: 治愈: 临床症状消失, 宫颈管光滑; 有效: 临床症状改善, 宫颈管有残留肌瘤或息肉, 但直径不超过原来的 1/3; 无效: 临床症状无好转, 宫颈管残留肌瘤或息肉继续生长^[3]。宫腔良性占位病变电切疗效判定: 治愈: 术后无月经或月经量少, 周期规律, 临床症状消失, 宫腔无占位病变, 血红蛋白恢复正常; 有效: 月经量增多, 但仍少于术前, 占位病变不增长; 无效: 月经量多同术前水平或占位病变继续生长。

2 结果

宫颈良性占位病变切除直径 0.5~5cm, 平均

2.8cm, 手术时间 3~60min, 平均 24min, 术中估计出血量 5~50ml, 平均 20ml。治愈率 97.0% (64 例), 有效率 3% (2 例), 总有效率 100%。术后宫颈脱痂出血超过月经量 4 例(6.1%), 宫颈粘连 1 例(1.5%)。宫腔良性占位病变切除直径 0.5~6cm, 平均 3.6cm, 手术时间 15~70min, 平均 48min, 术中估计出血量 10~130ml, 平均 65ml。治愈率 90.7% (49 例), 有效率 9.3% (5 例), 总有效率 100%。宫颈宫腔复合良性占位病变切除直径 0.5~8cm, 平均 4.3cm, 手术时间 20~90min, 平均 56min, 术中出血量 10~160ml, 平均 80ml。治愈率 86.4% (19 例), 有效率 13.6% (3 例), 总有效率 100%。所有病人均一次手术成功, 无子宫穿孔、空气栓塞、过度水化综合征、宫腔感染、宫腔积血或宫腔粘连。术后并发症发生率占宫颈的 7.6%, 占全部病例的 3.5%。

3 讨论

3.1 宫腔镜电切术治疗宫颈良性占位病变的评价

宫颈管内良性占位病变是妇科常见病之一, 其生长部位隐蔽, 宫颈管腔狭窄, 术中操作难以暴露, 以至于手术虽小但操作困难。特别是病变基底宽时, 如果采用传统的刀剪切除, 创面出血难以缝合止血。应用宫腔镜电切术, 能将组织放大, 准确地确定病变范围, 手术视野清晰, 电切环进出宫颈管容易, 电切同时电凝止血, 使手术基本不出血。且电切占位病变后, 宫颈管创面平整光滑, 愈后不留疤痕。本资料显示, 宫腔镜电切术治疗宫颈良性占位病变, 平均手术时间 24min, 术中出血量 5~50ml。一次治疗总有效率达 100%, 随访 1~12 个月无 1 例复发, 术后并发症发生率仅为 7.6%。此外, 宫腔镜电切术能准确彻底切除所有病灶送病理检查。而传统治疗方法由于不能同时行组织学检查, 有漏诊早期宫颈癌或加重癌灶扩散的可能。因此, 可使诊断与治疗同时完成, 明显优于传统的子宫颈病变的治疗方法^[4]。同时, 行宫颈镜电切宫颈保留了子宫, 可以满足患者的生育要求。

3.2 宫腔镜电切术治疗宫腔良性占位病变的评价

经宫颈行宫腔镜电切术是治疗宫腔内良性占位病变的一种有效手段, 在很多情况下可以替代全子宫切除术, 术后出血控制率在 90%~94%^[5]。短期疗效优于子宫切除术及开腹肌瘤剔除术^[6]。本组病例中, 采用宫腔镜电切技术手术时间短, 术中出

(下转第 41 页)

切患者 220 例), 共检出结肠息肉 1521 例, 占 23.3%, 其中接受息肉电切的有 220 例, 占全部息肉患者的 14.5%, 其余约 80% 患者通过活检全部摘除。可见, 活检摘除大肠息肉在去除大肠息肉中起着十分重要的作用。但对于直径在 0.8cm 以上的息肉或蒂状息肉等活检摘除较为困难, 故多采用电凝切除。在发现息肉的当时, 一般只活检部分组织以初步了解息肉的病理。

本组资料显示电切前息肉活检组织与电切后整体息肉组织的病理诊断存在明显的差异, 不符合率占 33.3% ($P < 0.01$)。但电切前后都以腺瘤性息肉多见, 电切后腺瘤性息肉占 83.3%, 与文献^[4]报告近似。活检对于腺瘤性息肉的大体类别判断仍较准确, 88 例腺瘤性息肉电切后除 1 例诊断为幼年性息肉外, 其余仍为腺瘤性息肉; 但对腺瘤性息肉的具体分型差异较大 ($P < 0.01$), 不符合率占 23.9%。对于电切前活检诊断为炎性息肉的病例尤其要注意, 由于有的息肉表面存在糜烂, 因而影响了活检的病理诊断, 所以活检诊断为炎性的息肉患者电切前后的病理诊断存在较大差异, 不符合率达 60%。我们发现活检对平滑肌瘤、间质瘤及幼年性息肉的诊断比较困难, 它们都是在电切后才得以确诊。对活检诊断为增生性息肉的病例亦应保持高度的警惕。

电切后腺瘤性息肉不典型增生 (46.0%) 较电切前活检 (33.0%) 有所增加 ($P < 0.1$)。电切后发现 5 例腺瘤性息肉有癌变改变, 占腺瘤性息肉的 5.0%, 同文献^[5]相仿。癌变息肉都起源于绒毛状腺瘤, 占 18.5%, 说明绒毛状腺瘤有较高的癌变率, 值得注意。

息肉的大小与息肉的具体病理分型有关, 本组病例显示绒毛状腺瘤直径较大, 平均约 1.4cm。息肉癌变病例直径最大, 平均达 1.8cm, 其最小直径为 1.0cm。其它息肉类型平均直径基本都在 1.0cm 左

右。由此可见, 尽管电切前后息肉的病理诊断存在较大差异, 但对适于活检摘除的小息肉进行活检摘除是安全的, 文献^[6]也支持这样的观点; 直径在 1cm 左右的息肉最好进行电切并追踪电切后息肉的病理, 以便尽早发现癌变息肉和指导病人的诊断和治疗。

综上所述, 大肠息肉电切前后的临床病理存在较大差异, 但对适于活检摘除的小息肉活检摘除是安全的; 对直径在 1cm 左右的息肉建议进行电凝切除并严密追踪其病理结果, 有利于发现息肉癌变; 活检诊断为炎性的息肉和增生性息肉可能根本就不是炎性息肉和增生性息肉, 其最后诊断有赖于电切后病理; 活检对平滑肌瘤、间质瘤和幼年性息肉的诊断较为困难。

参 考 文 献

- 1 Thiis- Evensen E, Hoff GS, Saur J, et al. Population- based surveillance by colonoscopy: effect on the incidence of colorectal cancer. Telemark Polyp Study I. Scand J Gastroenterol, 1999; 34: 414 ~ 420
- 2 Levin B, Smith RA, Feldman GE, et al. Promoting early detection tests for colorectal carcinoma and adenomatous polyps: a framework for action: the strategic plan of the National Colorectal Cancer Roundtable. Cancer, 2002; 95: 1618~ 1628
- 3 Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med, 1993; 329: 1977~ 1981
- 4 Khan A, Shrier I, Gordon PH. The changed histologic paradigm of colorectal polyps. Surg Endosc, 2002; 16: 436~ 440
- 5 Tung SY, Wu CS, Wu MC, et al. Endoscopic treatment of colorectal polyps and early cancer. Dig Dis Sci, 2001; 46: 1152~ 1156
- 6 Aldridge AJ, Simson JN. Histological assessment of colorectal adenomas by size. Are polyps less than 10mm in size clinically important? Eur J Surg, 2001; 167: 777~ 781

(2003- 04- 04 收稿 唐丽安审稿 黄秋林编辑)

(上接第 38 页)

血最少: 可以完整地切除宫腔内良性占位病变及其蒂部, 从而可以避免手术后复发, 以及开腹手术带来的一系列并发症。在保留子宫的同时, 月经过多症状得以控制及血红蛋白恢复正常。短期总有效率达 100%。无宫腔感染, 宫腔粘连或宫腔积血等并发症, 与文献^[7]报道相似。远期疗效尚待观察。

参 考 文 献

- 1 刘能辉, 张 怡. 宫腔镜手术治疗子宫粘膜下肌瘤 30 例分析. 中国内窥镜杂志, 2002; 8(7): 74~ 75
- 2 中华妇产科编委会. 妇科内镜操作规范. 中华妇产科杂志, 1997;

32(5): 272~ 274

- 3 葛春晓, 马 俐. 宫腔镜电切术治疗子宫颈管无蒂肌瘤和息肉的疗效分析. 中华妇产科杂志, 2002; 37(7): 428
- 4 陈美一. 宫腔镜电切术治疗宫颈良性病变的临床研究. 中国内窥镜杂志, 2003; 9(2): 27~ 29
- 5 Wamsteker K, Mark HE, de Knif. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: results regarding the degree of intramural extension. Obstet Gynecol, 1993; 82: 736
- 6 Maher PJ, Hill DJ. Transcervical endometrial resection for abnormal uterine bleeding: report of 100 cases and review of the literature. Aust N J Obstet Gynecol, 1990; 30: 357~ 360
- 7 董建春, 马艳秋, 王晓雷, 等. 宫腔镜电切术治疗子宫粘膜下肌瘤 173 例临床效果分析. 中国内窥镜杂志, 2002; 8(11): 3

(2003- 05- 08 收稿 张 怡审稿 汤映平编辑)