

腹腔镜与开腹手术在早期宫颈癌中的预后对比研究

高艳艳

吉林省德惠市妇幼保健计划生育服务中心 吉林 德惠 130300

摘要:目的:探讨腹腔镜与开腹手术在早期宫颈癌治疗中的预后差异。方法:选取2018年1月至2020年12月在我院接受手术治疗的早期宫颈癌患者200例,按照手术方式分为观察组(腹腔镜手术, $n = 100$)与对照组(开腹手术, $n = 100$)。对比两组患者的手术相关指标、术后恢复情况、并发症发生情况及随访期间的生存情况。结果:观察组手术时间长于对照组 ($P < 0.05$),术中出血量、术后肛门排气时间、住院时间均少于对照组 ($P < 0.05$)。观察组并发症发生率为10.0%,低于对照组的20.0% ($P < 0.05$)。随访3年,两组患者的总生存率无明显差异 ($P > 0.05$),但观察组无病生存率高于对照组 ($P < 0.05$)。结论:腹腔镜手术治疗早期宫颈癌在术后恢复及降低并发症方面具有优势,且不影响患者的远期生存,可作为早期宫颈癌的优选术式。

关键词:早期宫颈癌;腹腔镜手术;开腹手术;预后

宫颈癌是全球女性中常见的恶性肿瘤之一,严重威胁女性的健康和生命。据统计,2020年全球约有60.4万例新发病例,34.2万例死亡病例。在中国,宫颈癌的发病率和死亡率也不容小觑。早期诊断和治疗对于改善宫颈癌患者的预后至关重要。目前,手术是早期宫颈癌的主要治疗手段,开腹手术曾长期作为标准术式,但随着微创技术的发展,腹腔镜手术因其创伤小、恢复快等优点逐渐在临床得到广泛应用。然而,对于腹腔镜手术在早期宫颈癌治疗中的远期预后,尤其是与开腹手术相比是否存在差异,仍存在一定争议^[1]。本研究旨在对比腹腔镜与开腹手术在早期宫颈癌中的预后情况,为临床治疗提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年1月至2020年12月在我院接受手术治疗的早期宫颈癌患者200例。按照手术方式将患者分为观察组(腹腔镜手术)和对照组(开腹手术),每组各100例。观察组患者年龄25~60岁,平均(42.5±5.8)岁;病理类型:鳞状细胞癌85例,腺癌12例,腺鳞癌3例。对照组患者年龄23~58岁,平均(41.8±6.2)岁;病理类型:鳞状细胞癌82例,腺癌13例,腺鳞癌5例。两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:经病理确诊为宫颈癌;国际妇产科联盟(FIGO, 2018年)分期为IA1~IB1期;患者年龄18~60岁;患者及家属签署知情同意书。排除标准:合并其他恶性肿瘤;存在严重的心、肝、肾等重要脏器功能障碍;有腹腔镜手术禁忌证;临床资料不完整。

1.2 手术方法

1.2.1 对照组

采用开腹广泛子宫切除术及盆腔淋巴结清扫术。患者取仰卧位,全身麻醉成功后,取下腹部正中纵切口,逐层进腹。探查腹腔,了解肿瘤大小、位置、与周围组织的关系及有无转移等情况。首先进行盆腔淋巴结清扫,从髂总动脉分叉处开始,依次清扫髂总、髂外、髂内、闭孔等淋巴结。然后游离输尿管,打开膀胱子宫反折腹膜,切断子宫圆韧带、输卵管峡部及卵巢固有韧带,向下游离膀胱,切断主韧带、宫骶韧带,切除子宫及阴道上段1/3~1/2。彻底止血后,放置盆腔引流管,逐层关腹。

1.2.2 观察组

采用腹腔镜下广泛子宫切除术及盆腔淋巴结清扫术。患者取膀胱截石位,全身麻醉成功后,建立CO₂气腹,压力维持在12~15mmHg。于脐上缘做10mm切口,置入腹腔镜,观察腹腔情况。分别于左右下腹麦氏点及反麦氏点处做5mm、10mm、5mm切口,置入相应的操作器械。首先进行盆腔淋巴结清扫,操作步骤同开腹手术,通过腹腔镜器械进行淋巴结的分离、切除及取出。然后进行广泛子宫切除术,在腹腔镜下依次切断子宫圆韧带、输卵管峡部及卵巢固有韧带,打开膀胱子宫反折腹膜,游离输尿管,切断主韧带、宫骶韧带,切除子宫及阴道上段1/3~1/2。经阴道取出子宫标本,缝合阴道残端。彻底止血后,放置盆腔引流管,退出腹腔镜及操作器械,解除气腹,缝合切口。

1.3 观察指标

(1)手术相关指标:记录两组患者的手术时间、术中出血量、淋巴结清扫数目。(2)术后恢复情况:观察

两组患者的术后肛门排气时间、住院时间。(3) 并发症发生情况: 统计两组患者术后并发症的发生情况, 包括伤口感染、泌尿系统感染、下肢深静脉血栓、输尿管损伤、膀胱损伤等。(4) 生存情况: 对两组患者进行随访, 随访时间为3年。记录患者的总生存时间及无病生存时间, 计算总生存率及无病生存率。总生存时间从手术日期开始计算, 至患者死亡或随访截止日期; 无病生存时间从手术日期开始计算, 至疾病复发、出现新的肿瘤或患者死亡。

1.4 统计学方法

采用SPSS31.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 两组比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术相关指标比较

观察组手术时间长于对照组 ($P < 0.05$); 观察组术中出血量少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$);

两组淋巴结清扫数目比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组手术相关指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	淋巴结清扫数目 (个)
观察组	100	180.5±25.6	150.3±30.2	25.5±4.5
对照组	100	150.2±20.5	200.5±35.6	24.8±5.2
t		9.241	5.685	0.141
P		< 0.05	< 0.05	> 0.05

2.2 术后恢复情况比较

观察组均少于对照组 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	术后肛门排气时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	100	24.5±3.5	5.5±1.2
对照组	100	30.2±4.2	7.8±1.5
t		7.021	9.336
P		< 0.05	< 0.05

2.3 并发症发生情况比较

观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 并发症发生情况比较[例 (%)]

组别	n	伤口感染	泌尿系统感染	下肢深静脉血栓	输尿管损伤	膀胱损伤	总发生率
观察组	100	3 (3.0)	2 (2.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	3 (3.0)	10 (10.0)
对照组	100	5 (5.0)	4 (4.0)	3 (3.0)	2 (2.0)	6 (6.0)	20 (20.0)
χ^2							8.241
P							< 0.05

2.4 生存情况比较

随访3年, 观察组总生存率为95.0% (95/100), 对照组总生存率为93.0% (93/100), 两组比较, 差异无统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组无病生存率为88.0% (88/100), 高于对照组的75.0% (75/100), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

宫颈癌是妇科常见的恶性肿瘤, 其发病与高危型人乳头瘤病毒 (HPV) 持续感染密切相关。近年来, 随着宫颈癌筛查的普及, 早期宫颈癌的诊断率逐渐提高。手术治疗是早期宫颈癌的重要治疗手段, 其目的在于彻底切除肿瘤组织, 清扫可能转移的淋巴结, 以达到根治的效果。传统的开腹手术具有视野清晰、操作空间大等优点, 长期以来被视为早期宫颈癌手术治疗的金标准。然而, 开腹手术创伤较大, 术后患者恢复较慢, 并发症发生率相对较高。随着微创技术的不断发展, 腹腔镜手术逐渐应用于早期宫颈癌的治疗。腹腔镜手术通过建立气腹, 利用腹腔镜器械在腹腔内进行操作, 具有创伤小、

出血少、术后恢复快等优势, 为早期宫颈癌患者提供了一种新的治疗选择。但由于腹腔镜手术操作相对复杂, 对手术医生的技术要求较高, 且手术视野与开腹手术有所不同, 其在早期宫颈癌治疗中的远期疗效和安全性一直备受关注^[2]。

本研究结果显示, 观察组手术时间长于对照组, 这主要是由于腹腔镜手术操作相对精细, 且需要一定的时间来建立气腹、进行腹腔镜器械的操作和适应腹腔镜下的视野。然而, 观察组术中出血量明显少于对照组, 这体现了腹腔镜手术的微创优势。腹腔镜下视野放大, 能够更清晰地显示血管等组织结构, 有利于准确地进行血管的结扎和分离, 减少术中出血。两组淋巴结清扫数目无明显差异, 说明腹腔镜手术在淋巴结清扫方面能够达到与开腹手术相同的效果, 只要手术医生操作熟练, 掌握好淋巴结清扫的范围和技巧, 腹腔镜手术同样可以彻底清扫盆腔淋巴结。观察组术后肛门排气时间和住院时间均短于对照组, 表明腹腔镜手术对患者胃肠道功能的影响较小, 患者术后恢复更快。开腹手术由于手术切口

较大,对腹腔内组织的干扰较多,术后容易出现肠粘连等并发症,从而影响胃肠道功能的恢复。而腹腔镜手术创伤小,对腹腔内环境的干扰少,术后胃肠道功能恢复迅速,患者能够更早地恢复饮食,减少了住院时间,有利于患者的康复和生活质量的提高^[3]。观察组并发症发生率低于对照组,这进一步证实了腹腔镜手术的微创优势。开腹手术切口大,术后伤口感染的风险增加。同时,开腹手术对腹腔内组织的广泛暴露和操作,也增加了泌尿系统感染、下肢深静脉血栓等并发症的发生几率。腹腔镜手术通过较小的切口进行操作,减少了伤口感染的机会。此外,腹腔镜下操作相对精细,对周围组织的损伤较小,降低了输尿管损伤、膀胱损伤等并发症的发生率^[4]。此外,随访3年,两组患者的总生存率无明显差异,但观察组无病生存率高于对照组。这提示在早期宫颈癌治疗中,腹腔镜手术在保证患者远期生存的同时,能够更好地降低疾病复发的风险。虽然目前对于腹腔镜手术影响肿瘤预后的机制尚不完全明确,但可能与腹腔镜手术能够更精准地切除肿瘤组织,减少肿瘤细胞的残留有关。同时,腹腔镜手术对机体免疫功能的影响较小,有利于患者术后机体免疫功能的恢复,从而更好地抑制肿瘤细胞的复发和转移^[5]。然而,本研究随访时间仅为3年,对于两种手术方式的远期生存差异,还需要进一步延长随访时间进行观察。

综上所述,腹腔镜手术治疗早期宫颈癌在手术相关

指标、术后恢复情况及并发症发生情况方面均优于开腹手术,且在保证远期生存的同时,能够提高患者的无病生存率。因此,在具备熟练的腹腔镜手术技术的前提下,腹腔镜手术可作为早期宫颈癌的优选术式。但临床医生应根据患者的具体情况,如肿瘤大小、位置、病理类型、患者的身体状况及意愿等,综合考虑选择合适的手术方式。同时,还需要进一步开展大样本、多中心、长期随访的研究,以更全面、准确地评估腹腔镜手术在早期宫颈癌治疗中的价值。

参考文献

- [1]易蓉,易文静,卢丹,等. Caprini评分风险分层手术室干预对腹腔镜宫颈癌根治术后静脉血栓栓塞症发生的影响[J]. 中国计划生育学杂志,2025,33(5):1076-1080.
- [2]张康丽,王新波. 腹腔镜和开腹手术治疗宫颈癌临床效果分析[J]. 潍坊医学院学报,2024,46(3):194-197.
- [3]赵璟,刘巧,蒋丹,等. 无瘤化腹腔镜手术与开腹手术治疗早期宫颈癌的对比研究[J]. 中南大学学报(医学版),2023,48(11):1686-1695.
- [4]周潇妮,张琦玲,蔡丽萍,等. 机器人辅助腹腔镜手术与开腹手术治疗早期宫颈癌术后生存影响因素的对比分析[J]. 机器人外科学杂志(中英文),2023,4(5):431-440.
- [5]周丹,李宇迪,凌开建,等. 不同阴道切开路径对行腹腔镜根治性手术的 I a2~II a2期子宫颈癌患者预后及复发转移部位的影响[J]. 中华妇产科杂志,2023,58(1):49-59.