

机器人辅助手术治疗子宫内膜癌的临床疗效研究

陆媛媛, 陈静平, 韦任姬, 陈宇东, 韦木兰, 梁玉琨, 丘丽玉

(贵港市人民医院妇科 广西 贵港 537100)

摘要 **目的:** 探讨机器人辅助手术治疗子宫内膜癌的安全性及可行性。**方法:** 回顾性分析 2020 年 7 月—2023 年 6 月因子宫内膜癌于贵港市人民医院妇科行子宫内膜癌分期手术的 232 例患者的临床资料, 其中开腹手术组 (ORH 组) 74 例, 腹腔镜手术组 (LRH 组) 66 例, 机器人辅助腹腔镜手术组 (RRH 组) 92 例, 比较三组患者的围手术期相关指标。**结果:** 三组患者手术时长、术中出血量、术中输血量、住院时长、手术费用、盆腔淋巴结切除个数及手术并发症发生率比较, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 腹主动脉旁淋巴结切除个数比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。LRH 组手术时长短于 ORH 组及 RRH 组, RRH 组术中出血量少于 ORH 组及 LRH 组, ORH 组术中输血量、住院时长、术后感染和切口愈合不良发生率高于 LRH 组及 RRH 组, RRH 组手术费用高于 ORH 组及 LRH 组。**结论:** 与开腹手术及传统腹腔镜手术相比, 机器人辅助腹腔镜手术用于子宫内膜癌治疗是可行、安全的, 但仍需更大样本量的研究进一步验证该结果。

关键词 机器人辅助手术; 子宫内膜癌; 临床疗效

中图分类号 R737.33 **文献标识码** A **文章编号** 2096-7721 (2025) 03-0435-05

Clinical efficacy of robot-assisted surgery for endometrial carcinoma

LU Yuanyuan, CHEN Jingping, WEI Renji, CHEN Yudong, WEI Mulan, LIANG Yukun, QIU Liyu

(Department of Gynecology, Guigang City People's Hospital, Guigang 537100, China)

Abstract **Objective:** To explore the safety and feasibility of robot-assisted surgery for endometrial carcinoma. **Methods:** Clinical data of 232 patients who underwent staging surgery for endometrial carcinoma in the Department of Gynecology, Guigang City People's Hospital from July 2020 to June 2023 were retrospectively analyzed. They were divided into the open radical hysterectomy group (ORH group, $n=74$), the laparoscopic radical hysterectomy group (LRH group, $n=66$) and the robot-assisted radical hysterectomy group (RRH group, $n=92$) according to different surgical approaches. The perioperative indicators of patients in the three groups were compared. **Results:** Differences in the operative time, intraoperative bleeding, intraoperative blood transfusion, length of hospital stay, surgical cost, number of dissected pelvic lymph nodes and incidence of surgical complications among the three groups of patients were statistically significant ($P<0.05$), but differences in the number of dissected para-abdominal aortic lymph nodes were not statistically significant ($P>0.05$). The operative time in the LRH group was shorter than those in the ORH and RRH groups. Intraoperative bleedings in the RRH group were less than those in the ORH and LRH groups. Intraoperative blood transfusion, length of hospital stay, postoperative infections, and incidence of poor healing of surgical incision were higher in the ORH group than those in the LRH and RRH groups, and the cost of surgery in the RRH group was higher than those in the ORH and LRH groups. **Conclusion:** Compared with open surgery and conventional laparoscopic surgery, robot-assisted laparoscopic surgery is feasible and safe in the treatment of endometrial carcinoma, but studies with larger sample sizes are needed to further validate this result.

Key words Robot-assisted Surgery; Endometrial Carcinoma; Clinical Efficacy

开腹手术是治疗子宫内膜癌的传统手术方式, 存在创伤大、并发症多、住院时间长、恢复慢等局限性。腹腔镜手术使妇科手术发生了革命性的变化, 但传统腹腔镜手术亦存在部分精细动作人手难以完成、操作空间有限、术野暴露不清、操作者学习曲线长等局限性。2005 年美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准达芬奇机器人外科手术系统应用于临床, 其具有超越人手腕活动的灵活性、3D 视野和高

基金项目: 贵港市自筹经费科研项目 (2100031)

Foundation Item: Self-financed Scientific Research Project of Guigang City (2100031)

引用格式: 陆媛媛, 陈静平, 韦任姬, 等. 机器人辅助手术治疗子宫内膜癌的临床疗效研究 [J]. 机器人外科学杂志 (中英文), 2025, 6 (3): 435-439.

Citation: LU Y Y, CHEN J P, WEI R J, et al. Clinical efficacy of robot-assisted surgery for endometrial carcinoma[J]. Chinese Journal of Robotic Surgery, 2025, 6(3): 435-439.

通讯作者 (Corresponding Author): 陈静平 (CHEN Jingping), Email: 362042473@163.com

清晰度光学、过滤人手抖动的稳定性等优势^[1-3]。在微创理念的推广下,机器人手术系统在妇科手术中的应用日益广泛,拓展了腹腔镜的适应证,促使妇科手术向更精细、更微创的方向发展。贵港市人民医院于2020年7月引进达芬奇Xi手术系统,截至2023年6月共完成子宫内膜癌分期手术232例。本研究通过比较达芬奇Xi机器人辅助腹腔镜手术、腹腔镜手术、开腹手术3种手术路径治疗子宫内膜癌的围手术期临床资料,探讨采用达芬奇Xi手术系统治疗子宫内膜癌的安全性、可行性及临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本研究回顾性分析2020年7月—2023年6月贵港市人民医院妇科232例行子宫内膜癌分期术患者的围手术期临床资料,根据手术路径分为开腹手术(Open Radical Hysterectomy, ORH)组、腹腔镜手术(Laparoscopic Radical Hysterectomy, LRH)组、达芬奇Xi机器人辅助腹腔镜手术(Robot-assisted Radical Hysterectomy, RRH)组。其中ORH组患者74例,LRH组66例,RRH组92例。纳入标准:①术前子宫内膜活检病理组织学明确诊断为子宫内膜癌的初治患者;②临床分期I~Ⅲ期,及部分有手术指征的Ⅳ期患者;③年龄18~70岁。排除标准:①合并其他癌症,包括卵巢癌、宫颈癌、乳腺癌、胃肠道肿瘤等;②伴严重心肺肝肾等重要器官疾病者;③已进行化疗、放疗或免疫等治疗;④合并盆腹腔其他疾病或急性炎症反应。本研究已通过贵港市人民医院伦理委员会批准(伦理批号:GYLLPJ-20220310-33)。

1.2 方法 本研究92例机器人辅助手术均由同一位经过专业培训并获得达芬奇机器人手术系统操作资格的主刀医生操作完成,开腹及腹腔镜手术医生均具备深厚手术经验。麻醉生效后患者取膀胱截石位/仰卧位,手术方法如下。①RRH组:常规消毒铺巾,留置导尿,宫颈扩张后宫内置举宫器。脐上缘2横指右侧旁开2 cm处取8 mm切口为内窥镜穿刺孔,切开皮肤,用气腹针垂直进腹,充入CO₂形成气腹;置入镜头,并在其监视下分别于镜头孔左右两侧6~8 cm处做8 mm切口,置入8 mm Trocar,为机械臂孔;于左侧机械臂孔旁开6~8 cm做5 mm切口,置入5 mm Trocar,为助手辅助孔1;于镜头孔

及左侧机械臂孔连线中点垂直上方5 cm处做5 mm切口,置入5 mm Trocar,为助手辅助孔2(如图1)。连接各器械,进入腹腔后探查腹腔情况,行子宫内膜癌分期手术(全子宫双附件切除术+盆腔淋巴结清扫术±腹主动脉旁淋巴结切除术),依次离断圆韧带,打开膀胱反折腹膜,下推膀胱,离断子宫动脉,离断子宫并从阴道取出,清扫盆腔淋巴结(如图2)。②LRH组:在脐轮上缘取约2 cm横形切口,切开皮肤,用气腹针垂直进腹,充入CO₂形成气腹,用10 mm穿刺针穿刺,置腹腔镜。左侧下腹部分别取1个5 mm和1个10 mm穿刺针穿刺,右侧下腹部取2个5 mm穿刺点穿刺,后续手术步骤同RRH组。③ORH组:在下腹部正中取长20~25 cm的纵型切口,逐层切开皮肤、皮下组织、筋膜、腹膜,进入腹腔,丝线悬吊腹膜,后续手术步骤同RRH组。

1.3 观察指标 从电子病历系统收集并记录患者年龄、BMI、手术病理分期、糖尿病史、手术时长、术中出血量、总住院时间、手术并发症发生率及手术费用等。

1.4 统计学方法 本研究计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用Kruskal-Wallis检验进行比较;计数资料以例数(百分比)[$n(\%)$]表示,采用Fisher确切检验进行比较。使用R4.3.1软件进行统计分析,采用gtsummary包、rms包、flextable包。以上所有检验均为双侧检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

三组患者年龄、BMI、糖尿病史比较,差异无

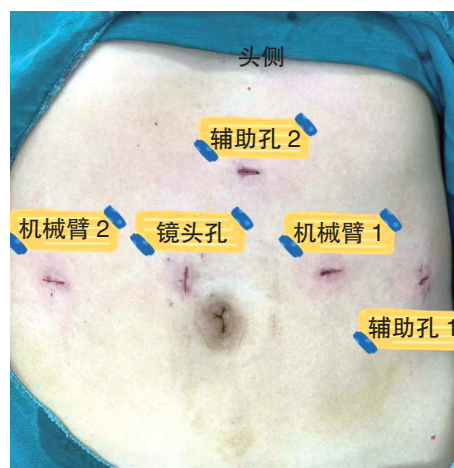


图1 机器人辅助手术 Trocar 布局

Figure 1 Trocar layout in robot-assisted surgery

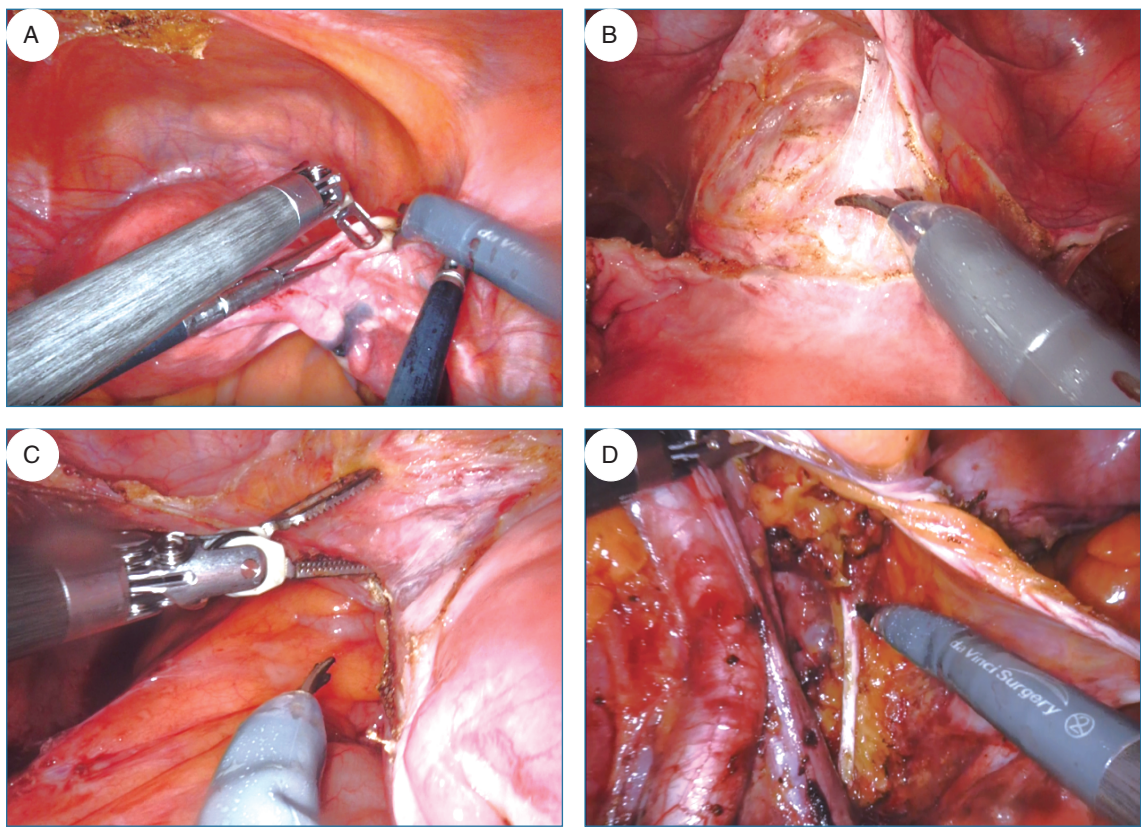


图2 机器人辅助子宫内膜癌分期手术步骤
Figure 2 Key surgical procedures of robot-assisted staging surgery for endometrial cancer
注：A. 离断圆韧带；B. 下推膀胱；C. 离断子宫；D. 清扫盆腔淋巴结

统计学意义 ($P>0.05$)，FIGO 分期比较，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。三组患者手术时长、术中出血量、术中输血量、住院时长、手术费用、盆腔淋巴结个数及手术并发症发生率比较，差异均有统计学意义 ($P<0.05$)，腹主动脉旁淋巴结个数比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。其中 LRH 组手术时长短于 ORH 组及 RRH 组，RRH 组术中出血量少于 ORH 组及 LRH 组，ORH 组术中输血量、住院时长、术后感染和切口愈合不良发生率高于 LRH 组及 RRH 组，RRH 组手术费用高于 ORH 组及 LRH 组，差异均有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

3 讨论

近年来子宫内膜癌发病在全球呈上升趋势，2020 年全球子宫内膜癌新发病例数已突破 41.7 万^[4]。据 2019 年国家癌症中心统计，我国子宫内膜癌发病率为 10.28/10 万，死亡率为 1.9/10 万^[5]。在我国部分地区，子宫内膜癌发病率已位居女性生殖道恶性肿瘤首位^[6]。子宫内膜癌首选进行手术治疗，路径包

括开腹手术、普通腹腔镜手术及机器人辅助手术等。微创技术的发展在外科系统中有着重要的意义，微创技术可以提高治疗效果，加快恢复时间，缩短住院时间，减少手术对患者身心健康的负面影响^[7]。

FDA 已批准达芬奇机器人手术系统可在妇科行全子宫切除术、子宫肌瘤手术、卵巢切除术、输卵管成形手术、盆底成形（重建）术等。越来越多的研究报道了达芬奇机器人辅助手术治疗妇科良恶性肿瘤的有效性和安全性^[8-10]，也有循证医学证据表明达芬奇机器人辅助手术与开放性手术、传统腹腔镜手术相比，能够缩短住院时间，降低手术中转换率、失血量和输血率^[11]。达芬奇机器人辅助手术与传统腹腔镜相比还具有以下优势：①盆腔重度粘连者更适合机器人辅助手术；②对于肥胖患者，机器人辅助手术可减少开腹手术切口脂肪液化、感染，解决腹腔镜视野暴露不清、无法精准操作的问题^[12]；③可以清晰显示淋巴结、动脉、静脉、输尿管等组织，解剖暴露更清晰，避免损伤，减少术中并发症的发生，增加手术安全性^[13]。

表 1 三组患者一般资料比较 [$\bar{x} \pm s$, $n(\%)$]

Table 1 Comparison of general data among the three groups of patients [$\bar{x} \pm s$, $n(\%)$]

项目	ORH 组 ($n=74$)	LRH 组 ($n=66$)	RRH 组 ($n=92$)	P 值
年龄 (岁)	53.86 $\pm$ 9.10	53.02 $\pm$ 8.05	53.41 $\pm$ 6.68	0.416
BMI (kg/m^2)	24.38 $\pm$ 3.77	24.39 $\pm$ 3.36	26.56 $\pm$ 15.91	>0.910
FIGO 分期				<0.001
I 期	44 (59.46)	59 (89.39)	85 (92.39)	
II 期	9 (12.16)	3 (4.55)	2 (2.17)	
III 期	19 (25.68)	4 (6.06)	5 (5.43)	
IV 期	2 (2.70)	0 (0)	0 (0)	
既往糖尿病史	9 (12.16)	4 (6.06)	8 (8.70)	0.459

表 2 三组患者围手术期指标比较 [$\bar{x} \pm s$, $n(\%)$]

Table 2 Comparison of perioperative indicators among the three groups of patients [$\bar{x} \pm s$, $n(\%)$]

指标	ORH 组 ($n=74$)	LRH 组 ($n=66$)	RRH 组 ($n=92$)	P 值
手术时长 (min)	201.69 $\pm$ 66.91	157.26 $\pm$ 61.89 ^a	202.05 $\pm$ 52.14 ^c	<0.001
术中出血量 (mL)	204.32 $\pm$ 174.43	95.98 $\pm$ 100.03 ^a	50.98 $\pm$ 52.33 ^{bc}	<0.001
术中输血 (红细胞) (U)	0.93 $\pm$ 2.29	0.26 $\pm$ 1.33 ^a	0.17 $\pm$ 1.10 ^b	<0.001
住院时长 (d)	11.04 $\pm$ 5.40	6.14 $\pm$ 3.79 ^a	5.61 $\pm$ 2.22 ^b	<0.001
手术费用 (元)	31 628.51 $\pm$ 9192.90	25 207.25 $\pm$ 7194.62 ^a	41 667.05 $\pm$ 7374.94 ^{bc}	<0.001
盆腔淋巴结 (个)	22.18 $\pm$ 8.88	20.85 $\pm$ 9.04	18.26 $\pm$ 7.17 ^b	0.015
资料不全	6 (8.11)	32 (48.49)	10 (10.87)	
腹主动脉旁淋巴结 (个)	3.22 $\pm$ 3.70	3.64 $\pm$ 2.91	2.98 $\pm$ 3.39	0.6
资料不全	38 (51.35)	55 (83.33)	44 (47.83)	
手术并发症				<0.001
术中出血	1 (1.35)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.600
术后感染	7 (9.46)	0 (0.00) ^a	0 (0.00) ^b	<0.001
切口愈合不良	9 (12.16)	0 (0.00) ^a	0 (0.00) ^b	<0.001
资料不全	0 (0.00)	1 (1.52)	0 (0.00)	

注: ORH 组与 LRH 组比较, ^a $P<0.05$; ORH 组与 RRH 组比较, ^b $P<0.05$; LRH 组与 RRH 组比较, ^c $P<0.05$

子宫内膜癌手术术中并发症主要为术中出血, 术后并发症主要包括感染、出血、血栓等。本研究表明, 开腹手术术中出血、术后感染、切口愈合不良等并发症发生率高于腹腔镜手术和机器人辅助手术。分析原因为, 开腹手术视野佳, 但手术创伤大, 会增加术中出血风险, 而机器人辅助手术是腹腔镜手术的进一步发展, 优化了传统腹腔镜的不足, 尤其是对肥胖、粘连的患者, 精细化的操作可减少术中出血及损伤的发生。Barrie A^[14]等人和 CHEN L 等人^[15]的研究发现, 达芬奇机器人辅助手术与腹腔镜手术相比, 术中并发症发生率差异无统计学意义, 但术后并发症发生率明显减少。本研究腹腔镜手术与机器人辅助手术的并发症发生率比较, 差异无统计学意义, 可能是因为本研究中无明显肥

胖患者, 未能充分体现机器人辅助手术优势。本研究表明, 开腹手术患者住院时间最长, 可能是因为开腹手术给患者带来了巨大的手术创伤, 切口脂肪液化、切口疝及感染等并发症发生率增加, 延长了患者术后康复时间^[12]。传统腹腔镜手术存在手术操作空间和视野不稳定等局限, 加大了手术难度, 在清扫淋巴结或切除子宫时, 周围组织器官损伤发生率增加。而达芬奇机器人手术系统具有 3D 视野、除震颤等优势, 能减轻患者手术创伤, 减少手术出血, 从而缩短术后恢复时间, 弥补普通腹腔镜的不足^[16-17]。

本研究结果提示, 机器人辅助手术盆腔淋巴结切除数量少于开腹手术, 但与传统腹腔镜手术相比, 差异无统计学意义, 且三种手术方式腹主动脉旁淋巴结切除数量差异无统计学意义。而一项关于妇科恶性

肿瘤淋巴结切除数量的 Meta 分析表明^[18]，机器人手术比腹腔镜手术切除的淋巴结数量多，与本研究结果不同，可能与达芬奇机器人辅助手术作为一种新兴术式，不同国家和地区的术者操作熟练程度不同有关。

既往研究表明^[19]，达芬奇机器人辅助手术与腹腔镜手术在安全性、有效性方面没有显著差异，但达芬奇手术系统的使用费用和拥有成本相对较高，与本研究结果一致。机器人辅助手术术前装机、对接等时间较长是手术时间较长的原因之一，且长时间的头低脚高位可导致患者眼内压升高，增加术后视力丧失风险^[20]。因此有学者认为机器人辅助手术费用较高，手术时间较长，应用于妇科良性疾病子宫切除术中的意义证据有限^[7]。高昂的成本和检测、维护费使得机器人辅助手术治疗子宫内膜癌的大规模应用仍然面临着一系列的挑战^[21]，只有在存在盆腔粘连、肥胖、手术操作角度困难、腹腔镜视野狭小以及子宫内膜癌等问题且有微创手术需求的患者中，才能体现出机器人辅助手术的技术优势，使更多患者从中获益^[22-24]。因此，术前术者应充分与患者沟通，选择合适的手术方式。

本研究为回顾性分析，数据分析结果受子宫内膜癌手术分期不同以及机器人手术系统引进初期操作者熟练度有限等因素的影响，仍需大量临床样本进行研究。由于患者对手术方式的主观选择、随机手术方式难以保证患者及其家属知情同意、术后创面类型难以实现双盲等主观因素，手术方式难以随机化。因此，目前缺乏探索不同手术技术的临床随机对照试验。

利益冲突声明：本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明：陆媛媛、陈静平负责设计论文框架，起草论文；陈静平负责实验操作，研究过程的实施；韦任姬、韦木兰、丘丽玉、梁玉琨、陈宇东负责数据收集，统计学分析，绘制图表；陈宇东、韦任姬负责论文修改；陆媛媛、陈静平负责拟定写作思路，指导撰写文章并最后定稿。

参考文献

- Lim P C, Kang E, Park D H. A comparative detail analysis of the learning curve and surgical outcome for robotic hysterectomy with lymphadenectomy versus laparoscopic hysterectomy with lymphadenectomy in treatment of endometrial cancer: a case-matched controlled study of the first one hundred twenty two patients[J]. *Gynecol Oncol*, 2011, 120(3): 413-418.
- Seamon L G, Cohn D E, Richardson D L, et al. Robotic hysterectomy and pelvic-aortic lymphadenectomy for endometrial cancer[J]. *Obstet Gynecol*, 2008, 112(6): 1207-1213.
- Lowe M P, Johnson P R, Kamelle S A, et al. A multiinstitutional experience with robotic-assisted hysterectomy with staging for endometrial cancer[J]. *Obstet Gynecol*, 2009, 114(2, Part 1): 236-243.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. *CA Cancer J Clin*, 2018, 68(6): 394-424.
- 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会. 子宫内膜癌诊断与治疗指南(2021年版)[J]. *中国癌症杂志*, 2021, 31(6): 501-512.
- 马昭君, 韩仁强, 董建梅, 等. 2015年江苏省子宫体癌流行现状及2006—2015年趋势分析[J]. *实用肿瘤学杂志*, 2021, 35(1): 7-12.
- Nezhat F R, Datta M S, Liu C, et al. Robotic radical hysterectomy versus total laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for treatment of early cervical cancer[J]. *JSLs*, 2008, 12(3): 227-237.
- SHI C, GAO Y C, YANG Y J, et al. Comparison of efficacy of robotic surgery, laparoscopy, and laparotomy in the treatment of ovarian cancer: a meta-analysis[J]. *World J Surg Oncol*, 2019, 17(1): 162-172.
- SU M C, ZHENG Y, YANG F, et al. Placement of robotic single-site surgery with the tumor-free technique for early cervical cancer using the da Vinci Xi platform[J]. *Asian J Surg*, 2023, 46(3): 1492-1493.
- Yotsumoto F, Sanui A, Ito T, et al. Cumulative summation analysis of learning curve for robotic-assisted hysterectomy in patients with gynecologic tumors[J]. *Anticancer Res*, 2022, 42(8): 4111-4117.
- 郎驿天, 吴斌, 王育. 达芬奇机器人用于妇科手术的技术评价[J]. *机器人外科学杂志(中英文)*, 2021, 2(2): 100-110.
- Dieterich M, Schröter V, Stubert J, et al. Oncologic outcome of patients with (low-risk) endometrial carcinoma undergoing laparotomy versus minimally invasive hysterectomy: a retrospective analysis[J]. *Oncol Res Treat*, 2019, 42(12): 636-649.
- 张警方, 纪妹, 赵翌, 等. 达芬奇机器人妇科手术中器械相关并发症原因及防治技巧研究[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2020, 36(4): 357-360.
- Barrie A, Freeman A H, Lyon L, et al. Classification of postoperative complications in robotic-assisted compared with laparoscopic hysterectomy for endometrial cancer[J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2016, 23(7): 1181-1188.
- CHEN L, LIU L P, WEN N, et al. Comparative analysis of robotic vs laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer[J]. *World J Clin Cases*, 2019, 7(20): 3185-3193.
- 王鹏冉, 郭瑞霞, 杜建敏, 等. 机器人辅助腹腔镜技术在子宫内膜样腺癌分期手术中安全性与有效性的病例对照研究[J]. *中国妇产科临床杂志*, 2020, 21(6): 567-570.
- O'Malley D M, Smith B, Fowler J M. The role of robotic surgery in endometrial cancer[J]. *J Surg Oncol*, 2015, 112(7): 761-768.
- LU Y Y, CHEN J P, WEI R J, et al. Application of robotic surgery and traditional laparoscopic surgery in lymph node dissection for gynecological cancer: a meta-analysis[J]. *Oncol Lett*, 2023, 25(5): 175.
- Feldstein J, Schwander B, Roberts M, et al. Cost of ownership assessment for a da Vinci robot based on US real-world data[J]. *Int J Med Robot*, 2019, 15(5): e2023.
- Swartz A Z, Novoa Y A N V, Hassoun J S, et al. Robotic-assisted gynecologic surgery associated tympanic membrane perforation: a report of two cases and review of the literature[J]. *Gynecol Oncol Rep*, 2023, 46: 101151. DOI: 10.1016/j.gore.2023.101151.
- Lundin E S, Carlsson P, Wodlin N B, et al. Cost-effectiveness of robotic hysterectomy versus abdominal hysterectomy in early endometrial cancer[J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2020, 30(11): 1719-1725.
- 黄路遥, 纪妹, 赵翌, 等. 达芬奇机器人手术系统在子宫内膜癌全分期手术中的应用价值[J]. *河南外科学杂志*, 2019, 25(2): 19-21.
- Cosin J A, Brett Sutherland M A, Westgate C T, et al. Complications of robotic gynecologic surgery in the severely morbidly obese[J]. *Ann Surg Oncol*, 2016, 23(12): 4035-4041.
- Bayraktar O, Ayta E, Zhen V, et al. Does robot overcome obesity-related limitations of minimally invasive rectal surgery for cancer? [J]. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2018, 28(1): e8-e11.

收稿日期：2024-04-23

编辑：张笑嫣