

腹腔镜下卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿的临床疗效及并发症发生率评价

邓燕萍

(于都县人民医院 妇产科,江西 于都 342300)

【摘要】目的:分析且评价卵巢囊肿采取腹腔镜下卵巢囊肿剥除术诊疗的临床效果及对并发症发生状况的影响。**方法:**选取2021年1月至2022年1月于医院就诊的56例病发卵巢囊肿患者为研究对象,以随机数字表法等分为对照组和试验组,各28例。对照组实施开腹卵巢囊肿剥除术,试验组实施腹腔镜卵巢囊肿剥除术,比较两组卵巢功能、并发症及围术期指标、疼痛评分、囊肿清除率和生存质量。**结果:**术后6个月试验组促黄体激素、卵泡刺激素高于对照组,雌二醇低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组肠梗阻、卵巢粘连及切口感染发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组术中出血量、手术时间和排气时间低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组VAS评分低于对照组,囊肿清除率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组心理、生理、物质和社会功能水平高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**卵巢囊肿采取腹腔镜下卵巢囊肿剥除术诊疗效果确切,可改善围术期指标,提高囊肿清除率,缩短手术时间,亦可降低并发症,提高生存质量,值得推广。

【关键词】 卵巢囊肿;腹腔镜下卵巢囊肿剥除术;卵巢功能;并发症

中图分类号:R713.6

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2023)01-0031-03

卵巢囊肿属高发女性妇科疾病,患者伴月经不调表现,严重者甚至不孕。据统计,卵巢囊肿患病率为2%,绝大多数均为良性,少部分发生恶变,需对卵巢囊肿进行有效的诊断及治疗^[1]。当前,针对卵巢囊肿 < 5 cm多建议保守疗法,而囊肿直径 > 5 cm建议手术治疗^[2]。囊肿剥除术为常见手术术式,主要有经腹腔镜、开腹手术两种,开腹术式具适应证广、术野清晰等优势,但相对创伤大,患者恢复进程慢,预后不良^[3]。伴随医疗技术发展,腹腔镜卵巢囊肿剥除术于卵巢囊肿中得到较为广泛的运用,该术式属微创技术,具无创、并发症少及预后佳等优势,患者恢复较快。为进一步探究腹腔镜下卵巢囊肿剥除术运用效果及安全性,本研究选取2021年1月至2022年1月于我院就诊的56例病发卵巢囊肿患者为研究对象,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2021年1月至2022年1月于我院就诊的56例病发卵巢囊肿患者为研究对象,以随机数字表法等分为对照组和试验组,各28例。对

照组年龄23~58岁,平均 (40.31 ± 7.15) 岁;卵巢囊肿直径3~6 cm,平均 (4.52 ± 1.13) cm。试验组年龄24~56岁,平均 (40.22 ± 7.11) 岁;卵巢囊肿直径4~6 cm,平均 (5.03 ± 1.14) cm。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。(1)纳入标准:通过全面诊断满足《妇产科学》中判定标准,且经B超、生化检查等确诊;患者知情,并同意;无沟通障碍;符合手术诊疗指征。(2)排除标准:并发恶性肿瘤;盆腔手术史;手术禁忌症;自身免疫缺陷;并发腹腔感染;凝血机制异常;随访失访。

1.2 方法:对照组实施开腹卵巢囊肿剥除术:麻醉方法与对照组一致,维持仰卧位,常规铺巾及消毒,于脐耻间做切口(纵行),逐级将皮下组织切开,充分显露卵巢,于囊肿包膜间做切口,而后沿包膜将囊肿切除,采用2-0~3-0可吸收缝线实施连续性缝合,保护卵巢正常形态,留置导尿管,关腹,结束手术。试验组实施卵巢囊肿剥除术:气管插管全麻,维持膀胱截石位,在机体脐部做弧形切口,长度1 cm,将10 mm Trocar置入,构建CO₂气腹,维持气压12~

15 mmHg, 勘察腹腔、盆腔。于麦氏点头侧 10 cm 处、反麦氏点镜下进行分别切开, 并成功放置 5 mm Trocar, 置入手术器械, 解除粘连组织, 使脏器解剖结构修复。经 Alice 钳完成对卵巢的固定, 于囊肿表面采取单极电灼将囊肿包膜切开, 并剥离囊肿, 如若存在囊肿破裂表现, 应将其尽快吸干净, 并使剥除组织置于乳胶袋取出, 而后行盆腔冲洗, 双极电凝止血, 缝合伤口, 并开展防粘连干预工作, 留置引流管, 拔除套管。术毕, 两组均行抗感染治疗干预。

1.3 观察指标: (1) 卵巢功能: 于术前、术后 6 个月评价卵巢功能, 采集肘静脉血, 以酶联免疫吸附法测定促黄体激素、卵泡刺激素及雌二醇。(2) 并发症: 统计两组并发症, 主要类型有肠梗阻、卵巢粘连及切口感染, 仔细记录。(3) 围术期指标: 记录术中出血量、排气时间及手术时间等指标。(4) 疼痛评分、囊

肿清除率: 参考 VAS 视觉模拟量表评定, 分数 0 ~ 10 分, 0 分为无痛感, 10 分疼痛强烈, 分数与疼痛评分呈负相关; 同时记录两组囊肿清除率。(5) 生存质量: 随访 1 个月, 依据 SF-36 简易生活量表评定, 包含社会功能、生理、心理功能及物质水平, 予百分制原则实施评分, 分数与生活质量呈正相关。

1.4 统计学方法: 采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 *t* 检验; 计数资料以率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组卵巢功能比较: 术前两组卵巢功能比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后 6 个月试验组促黄体激素、卵泡刺激素高于对照组, 雌二醇低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组卵巢功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	促黄体激素(U/L)		卵泡刺激素(ng/L)		雌二醇(U/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
试验组	28	6.82 ± 0.90	19.23 ± 1.37	5.79 ± 1.06	16.14 ± 2.57	57.34 ± 10.52	27.28 ± 4.53
对照组	28	6.97 ± 0.93	15.78 ± 1.24	5.90 ± 1.03	9.01 ± 1.47	57.06 ± 10.66	43.72 ± 5.06
<i>t</i>		0.613	9.879	0.394	12.743	0.099	12.809
<i>P</i>		0.542	<0.001	0.695	<0.001	0.922	<0.001

2.2 两组并发症比较: 试验组肠梗阻、卵巢粘连及切口感染发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组并发症比较 [例 (%)]

组别	例数	肠梗阻	卵巢粘连	切口感染	总发生率
试验组	28	0(0.00)	0(0.00)	1(3.57)	1(3.57)
对照组	28	2(7.14)	1(3.57)	4(14.29)	7(25.00)
χ^2					5.250
<i>P</i>					0.022

2.3 两组围术期指标比较: 试验组术中出血量、手术时间和排气时间低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组围术期指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量	手术时间	排气时间
		(ml)	(min)	(h)
试验组	28	85.42 ± 9.14	44.70 ± 7.83	17.12 ± 1.40
对照组	28	143.94 ± 13.73	49.22 ± 8.05	22.06 ± 2.53
<i>t</i>		18.774	2.130	9.040
<i>P</i>		<0.001	0.038	<0.001

2.4 两组 VAS、囊肿清除率比较: 试验组 VAS 评分低于对照组, 囊肿清除率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组 VAS、囊肿清除率比较

组别	例数	VAS(分)	囊肿清除率[例(%)]
试验组	28	3.26 ± 0.87	28(100.00)
对照组	28	4.35 ± 1.13	23(82.14)
χ^2/t		4.044	5.490
<i>P</i>		<0.001	0.019

2.5 两组生存质量比较: 试验组心理、生理、物质和社会功能水平高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组生存质量比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心理功能	生理功能	物质水平	社会功能
试验组	28	90.23 ± 2.52	89.65 ± 3.34	90.14 ± 4.05	92.33 ± 3.20
对照组	28	78.58 ± 3.41	75.18 ± 4.08	77.96 ± 4.17	80.43 ± 4.11
<i>t</i>		14.539	14.521	11.087	12.089
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

卵巢囊肿可于各年龄段发病, 发病率较高。就现阶段医学研究证实, 卵巢囊肿发生与妇科炎症、内分泌紊乱等因素具显著相关, 此外, 子宫内膜异位、心理精神因素均会削弱机体免疫力, 进而引起卵巢组织异型增生, 随疾病进展演变为卵巢囊肿, 甚至癌变^[4-5]。该病发病早期症状缺乏典型表现, 难以察

觉,因此,当身体存在腹内肿物及腹围增粗等表现,需即刻就诊,且实施超声检查。手术是大部分卵巢囊肿患者治疗方法,基于剥离囊肿同时不损伤卵巢生理功能。

本研究结果显示,术后6个月试验组促黄体激素、卵泡刺激素高于对照组,雌二醇低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组肠梗阻、卵巢粘连及切口感染发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示腹腔镜下卵巢囊肿剥除术利于改善卵巢功能,减少并发症。分析为卵巢组织会挤压卵巢组织,基于剥除操作下,可致正常卵巢组织受到损害,继而影响其储存功能、激素水平^[6]。传统术式切开皮肤组织较多,范围较广,对机体腹腔/盆腔组织有较大影响,并且此术式手术耗时长,术后胃肠功能恢复速率低,疼痛感显著,整体安全性有待提升。随微创技术发展,腹腔镜下卵巢剥除术因无创、恢复快等优势得到大面积运用,尤其在妇科疾病治疗领域中,其在操作过程中具放大功能,可充分显露手术视野,仅需小弧形切口即可开展手术,对毗邻组织损伤较小,亦对盆腔组织及结构无影响,最大化保留卵巢组织^[7]。结果显示,试验组术中出血量、手术时间和排气时间低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示腹腔镜卵巢囊肿剥除术可促进胃肠功能恢复,减少出血量。分析为在手术过程中采取电钩止血,有效减少血液流失,并且手术视野清晰,便于术者操作,从而减少手术时间,降低术中出血量,患者可于术后尽快恢复胃肠功能。结果显示,试验组VAS评分低于对照组,囊肿清除率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示腹腔镜卵巢囊肿剥除术有益于减轻术后疼痛,提高囊肿清除率,考虑是腹腔镜下卵巢囊肿剥除术能够基于直视下进行卵巢状况的观察,手术视野清晰,可精准定位病灶位置,且创伤小,因此,囊肿清除率高,术后疼痛不适感少^[8]。结果显示:试验组心理、生理、物质和社会功能水平高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示腹腔镜卵巢囊肿剥除术可改善生存质量,促进疾病转归。分析:卵巢为女性特殊而重要性腺器官,一旦发生病变,易对卵巢功能产生损伤,卵巢内卵母细胞质量降低,继而影响生育功能,引起月经量减少,甚至是卵巢早衰,降低总体生活水平。腹腔镜手术作为当下微创手术之一,能够为术者提供清晰的手术视野,辅助术者进行手术治疗,直视下精准定位

病灶,并将其清除,基于保护卵巢功能的同时将病灶彻底清除,尽量降低对机体的损伤,利于提高整体诊疗效果,使术后患者尽快恢复,改善生存质量^[9]。吕莹莹等人认为^[10],腹腔镜下卵巢囊肿剥除术在卵巢囊肿患者诊疗中可促进其卵巢功能恢复,具较高的应用安全性,与本研究结果一致。本研究局限之处在于收集样本量小,观察时间短,未来还需开展多中心、大样本的对照研究,以为临床提供更为全面、准确的参考依据。

综上所述,卵巢囊肿采取腹腔镜下卵巢囊肿剥除术诊疗效果确切,可改善围术期指标,提高囊肿清除率,缩短手术时间,亦可降低并发症,属理想化、可行性治疗方案,值得推广。

【参考文献】

- [1]刘双.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术规范化治疗卵巢囊肿的临床价值[J].中国标准化,2022,65(12):232-234.
- [2]金盼盼.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿的效果分析[J].中国现代药物应用,2022,16(11):52-54.
- [3]张宝哥,郑惠芳,顾燕儿,等.影响腹腔镜卵巢囊肿剥除术患者术后康复效率相关因素分析[J].中国妇幼保健,2022,37(9):1678-1681.
- [4]鲁晓静.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿的疗效及对患者手术时间的影响[J].当代医学,2022,28(9):43-45.
- [5]吴燕.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿患者的临床效果[J].中国医药指南,2022,20(5):94-96.
- [6]冯敏,赵敏.三种止血方案用于腹腔镜下卵巢囊肿剥除术的效果对比[J].中国实用医刊,2021,48(22):5-7.
- [7]晏艳艳,湛欣,邓百玲.腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿的临床效果及对术后卵巢功能的影响[J].临床医学工程,2021,28(10):1317-1318.
- [8]李兰兰,刘琰.腹腔镜下垂体后叶素水分离剥除术对卵巢囊肿患者生育功能及并发症的影响[J].腹腔镜外科杂志,2021,26(2):144-147,152.
- [9]马燕玲,古丽加耐提·艾耐托拉.改良腹腔镜手术治疗卵巢子宫内异位囊肿伴不孕症疗效及对T淋巴细胞及妊娠结局影响[J].中国计划生育学杂志,2022,30(5):1036-1039.
- [10]吕莹莹,于皓.悬吊式腹腔镜下卵巢囊肿剥除术治疗对患者卵巢功能和炎症细胞因子的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(16):3764-3767.

(收稿日期:2022-08-08)