

腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的临床疗效及并发症发生率影响评价

周丽丽, 赵丽鸽

(洋县人民医院, 陕西 汉中 723300)

【摘要】目的:观察腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的临床疗效及对患者及并发症发生率影响。**方法:**选取2019年6月至2021年6月医院收治的74例子宫肌瘤患者为研究对象,按简单随机抽样法均分并设置为对照组和观察组,各37例。对照组接受开腹式子宫肌瘤切除术,观察组接受腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,对比两组手术相关指标、并发症情况、应激反应指标、康复情况指标和复发情况。**结果:**观察组手术用时多于对照组,术中出血量少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);手术后,观察组COS、 β -内啡肽、NE指标低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组镇痛药物使用率低于对照组,体温恢复正常时间、术后肠胃功能恢复时间早于对照组,住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后经过6个月至1年的随访,两组均无复发病例报道。**结论:**腹腔镜下子宫肌瘤切除术具有损伤小、出血少、术后恢复快以及并发症少的优点,临床效果好,安全性高,推荐临床推广、施行。

【关键词】腹腔镜子宫肌瘤剔除术;临床疗效;并发症

中图分类号:R714.3

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2023)01-0034-03

子宫肌瘤是一种发生在女性生殖系统中的良性肿瘤,主要是由子宫平滑肌增生而成,患者以月经量增多、月经周期延长或缩短为主要临床表现,严重影响了女性的健康。目前,临床主要采用外科手术的方法治疗子宫肌瘤,例如子宫全切术、子宫剔除术等,传统的手术术式为开腹式子宫肌瘤切除术,然而传统开腹术式损伤较大,且会给患者卵巢功能产生一定损害。有研究指出,采用腹腔镜微创治疗手段进行子宫肌瘤切除术,能够降低对患者的损伤^[1]。本研究对腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的具体临床效果展开了深入探究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2019年6月至2021年6月我院收治的74例子宫肌瘤患者为研究对象,按简单随机抽样法均分并设置为对照组和观察组,各37例。(1)纳入标准:符合《子宫肌瘤的诊治中国专家共识》^[2]中关于子宫肌瘤的诊断标准,临床症状、影像学、病理学等手段确诊;肌瘤位于浆膜下或肌壁间

者;单个肌瘤直径 ≤ 8 cm;自愿参与本研究,签署知情文件者。(2)排除标准:凝血功能障碍者;近三个月使用过性激素药物治疗者;肌瘤位于粘膜或宫颈位置者;合并子宫内膜息肉、子宫内膜恶性病变者;处于妊娠期或哺乳期。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	体重 (kg, $\bar{x} \pm s$)	肌瘤数量(例)		肌瘤位置(例)	
				单发	多发	浆膜下	肌壁间
观察组	37	35.42 \pm 3.76	54.76 \pm 4.22	13	24	22	15
对照组	37	35.02 \pm 3.69	53.89 \pm 4.61	11	26	25	12
χ^2/t		0.462	0.747	0.292		0.622	
P		0.656	0.400	0.589		0.430	

1.2 方法:对照组实施开腹式子宫肌瘤切除术:患者术前8 h 禁食禁水,手术时采用仰卧位,气管插管进行全麻,消毒铺巾后在患者下腹部正中取切口进入腹腔,查探肌瘤位置,在其突出处剖开子宫肌浆基层,剔除肌瘤,缝合残端、瘤腔,逐层关腹。术后常规消炎抗感染治疗。观察组实施腹腔镜下子宫肌瘤剔除术:患者术前8 h 禁食禁水,手术时采用仰卧位,符合全身麻醉,消毒铺巾后选合适位置做手术孔,置入

通信作者:赵丽鸽

气腹针建立 CO₂ 气腹,并维持气压 12 mmHg,然后取 10 mm 套管针刺入腹腔镜,取臀部高、头部低的体位,在左下腹行 5 mm 穿刺孔,右下腹行 10 mm 穿刺孔,以及在耻骨上两指旁 3 cm 处行 5 mm 穿刺孔,分别置入套管针进行操作。首先分离粘连现在患者肌瘤连接宫体处注射 6 单位的稀释的垂体后叶素,使用单极电钩横形或钩形切开肌瘤表面的浆基层,钳夹肌瘤,剥离器分离瘤体,将肌瘤组织剥除干净,然后使用可吸收缝合线缝合瘤腔浆肌层,电凝止血,取出粉碎肌瘤后留置引流管,缝合,术毕。术后常规消炎抗感染治疗。

1.3 观察指标:(1)手术情况指标:统计两组手术用时、患者术中出血量进行对比。(2)并发症发生率:统计两组肠胃道并发症、膀胱损伤、局部血肿、切口感染等并发症的发生率进行对比。(3)应激反应指标:统计两组术前术后的 COS(应激醇)、β-内啡肽、NE(去甲肾上腺素)指标进行对比。(4)康复情况指标:统计两组术后镇痛药物使用率、体温恢复正常时间、术后肠胃功能恢复时间、住院时间进行对比。(5)复发率:术后随访 6 个月至 1 年,统计患者子宫肌瘤复发率。

1.4 统计学方法:采用 SPSS 22.0 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 两组手术情况指标比较:观察组手术用时多于

对照组,术中出血量少于对照组,差异有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 2。

表 2 两组手术情况指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术用时 (min)	术中出血量 (ml)
观察组	37	73.58 ± 7.33	102.39 ± 11.54
对照组	37	64.82 ± 7.07	143.68 ± 15.17
<i>t</i>		5.232	13.177
<i>P</i>		0.000	0.000

2.2 两组并发症发生率比较:观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 3。

表 3 两组并发症发生率比较

组别	例数	肠胃道并发症	膀胱损伤	局部血肿	切口感染	并发症率 [例(%)]
		(例)	(例)	(例)	(例)	
观察组	37	1	0	0	0	1(2.70)
对照组	37	2	1	1	3	7(18.92)
χ^2						5.046
<i>P</i>						0.025

2.3 两组应激反应指标比较:手术前,两组 COS、β-内啡肽、NE 指标比较,差异无统计学意义 (*P* > 0.05);手术后,两组 COS、β-内啡肽、NE 指标高于手术前,差异有统计学意义 (*P* < 0.05);手术后,观察组 COS、β-内啡肽、NE 指标低于对照组,差异有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 4。

2.4 两组康复情况指标比较:观察组镇痛药物使用率低于对照组,体温恢复正常时间、术后肠胃功能恢复时间早于对照组,住院时间短于对照组,差异有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 5。

2.5 两组复发率比较:术后经过 6 个月至 1 年的随访,两组均无复发病例报道。

表 4 两组应激反应指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	COS(ng/L)		β-内啡肽(ng/L)		NE(ng/L)	
		手术前	手术后	手术前	手术后	手术前	手术后
观察组	37	10.53 ± 1.14	18.86 ± 2.38 ^a	145.60 ± 10.85	156.32 ± 15.38 ^a	324.38 ± 19.85	343.32 ± 17.65 ^a
对照组	37	10.84 ± 1.33	23.15 ± 2.25 ^a	142.44 ± 11.85	178.20 ± 15.63 ^a	329.47 ± 18.33	368.28 ± 19.52 ^a
<i>t</i>		1.076	7.697	1.196	6.069	1.146	5.769
<i>P</i>		0.285	0.000	0.236	0.000	0.256	0.000

注:与手术前比较,^a*P* < 0.05

表 5 两组康复情况指标比较

组别	例数	术后镇痛药物	体温恢复正常	术后肠胃功能	住院时间
		使用率	时间(h)	恢复时间(h)	(d)
观察组	37	3(8.11)	6.78 ± 1.61	15.88 ± 3.64	5.51 ± 1.05
对照组	37	22(59.46)	7.54 ± 1.20	28.34 ± 3.48	8.47 ± 1.32
χ^2/t		21.807	2.302	15.050	10.675
<i>P</i>		0.000	0.024	0.000	0.000

3 讨论

子宫肌瘤是妇科常见疾病,发病原因尚未明确,

外科手术是其主要治疗手段,能够保留子宫、保留生育功能,剔除肌瘤完成治疗。目前临床常见的开腹以及微创两种术式,开腹手术术野大,不受肌瘤大小、数量、位置的限制,肌瘤易查探、清除,但同时也具有损伤较大的缺点。而腹腔镜微创手术则损伤较小^[3]。

本研究结果显示,观察组手术用时多于对照组,术中出血量少于对照组,差异有统计学意义 (*P* <

0.05)。手术用时多是因为腹腔镜下子宫肌瘤剔除术需要做好气腹、穿刺等预备工作,并且手术切口小视野小,需要更细致的观察与操作,因此手术用时更多^[4]。但也正因为这样的手术操作及切口大小,减少了对患者的损伤,降低了对盆腔内环境的影响,使得术后并发症减少降低,并且手术后引流量比较小,患者的身体恢复更快^[5]。其次,观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),腹腔镜下子宫肌瘤剔除术显著更低,这是由于腹腔镜下微创手术,降低了对患者术中对肠管、膀胱组织、周围大血管等的损伤,这能有效降低胃肠道并发症、膀胱损伤等并发症的发生率,加上腹腔镜下子宫肌瘤剔除术切口小,术中出血量少,大大减少盆腔感染、切口感染等的发生率,证明了腹腔镜下子宫肌瘤剔除术能降低患者术后并发症,相较传统开腹手术方式安全性更高^[6]。手术后,观察组COS、 β -内啡肽、NE指标低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),这是由于手术作为一种应激源,会加速患者体内分解类激素合成导致心率血压的上升,相关损伤会导致人体内白细胞数量增加以及体内交感神经兴奋,茶酚胺等神经物质分泌增加,因此手术会导致各种应激反应指标上升,研究中的两种患者手术后各项应激指标均有所提高,而观察组采用腹腔镜下子宫剔除术,微创、损伤小,相对而言减轻了应激,减少了白细胞数量以及茶酚胺等物质分泌量,因此两组术后各项应激虽有所提高,但观察组则较对照组更低^[7]。同时,应激反应程度较低则有利于增强机体抵抗力,降低并发症威胁,也有利于促进患者术后康复^[8]。在患者术后阶段,观察组镇痛药物使用率低于对照组,体温恢复正常时间、术后肠胃功能恢复时间早于对照组,住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明了观察组患者术后康复效果更好,因此腹腔镜下子宫肌瘤剔除术临床疗效更满意。

总结经验,我们发现腹腔镜下子宫肌瘤剔除术减少出血的关键在于小切口以及术中使用了电凝勾横形或钩形切开子宫浆基层能够完整剥离瘤核,术后正确关闭瘤腔与子宫切口,也有助于减少出血,瘤腔的彻底缝合还能避免遗留无效腔形成血肿^[9]。而子宫肌瘤术后的复发,与肌瘤残留和个别剔除的肌瘤未取出有关,并且腹腔镜下子宫肌瘤剔除术不能像开腹手术一样触摸子宫探查较小较深的肌瘤,也可能导致残留与

复发。针对这一情况,我们在术前做好常规检查、超声检查等,详细探查患者肌瘤大小、部位和数目,减少遗漏,降低了复发率,进行手术时,则不将肌瘤放于上腹部,而放于子宫直肠窝内,避免肌瘤组织遗留腹腔,增加复发率^[10]。总之,腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤效果好,安全性高,并且随着腹腔镜及时的提高和器械的改进,该术式有着广阔的应用前景,医师也应提升技术,娴熟掌握剔除技术和镜下缝合技术,不断提高对患者的治疗效果。

综上所述,腹腔镜下子宫肌瘤剔除术具有损伤小、出血少、术后恢复快以及并发症少的优点,临床效果好,安全性高,推荐临床应用。

【参考文献】

- [1]姜慧,房纯.不同年龄患者腹腔镜下子宫肌瘤剔除术后卵巢功能恢复差异及血液流变学分析[J].中国计划生育学杂志,2021,29(11):2301-2304.
- [2]子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组.子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2017,52(12):793-800.
- [3]李红,王莉.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与全子宫切除术治疗围绝经期子宫肌瘤对患者卵巢功能的影响研究[J].贵州医药,2021,45(10):1554-1555.
- [4]龚敏.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤临床疗效观察[J].河北医学,2013(5):690-692.
- [5]陈聃,刘毅智.开腹与腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的效果对比分析[J].中国当代医药,2014,21(7):182-183,186.
- [6]孙绍敏.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的效果及对患者免疫功能的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(1):213-216.
- [7]汪萍萍,张青冬,冯晓萍,等.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤患者局部微循环和炎症情况观察[J].临床和实验医学杂志,2018,17(2):200-203.
- [8]邱景银,黄和意.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的效果及安全性评价[J].中外医学研究,2020,18(4):142-144.
- [9]马凯.对比分析腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与经腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的效果差异[J].特别健康,2020,36(21):290-291.
- [10]王红梅.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与常规开腹手术治疗子宫肌瘤的临床对比分析[J].人人健康,2020(3):71.

(收稿日期:2022-08-08)