

子宫肌瘤手术治疗的临床效果观

◆任英琦

(石家庄市四院)

摘要:目的:探讨子宫肌瘤手术治疗的临床效果。方法:选择我院近一年收治的子宫肌瘤患者,回顾性分析患者行手术治疗的效果,并就患者手术各项指标、术后疾病改善情况进行分析。结果:患者将近一半例行经阴道子宫肌瘤剔除术、一般行腹腔镜下子宫肌瘤剔除术。患者平均手术时间(87.2 ± 14) min、术中出血量(122 ± 31) ml、住院时间(6.5 ± 1.2) d,术后123例患者痊愈。11例患者出现并发症,其中5例行经阴道子宫肌瘤剔除术的患者出现术后出血情况,6例行腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的患者出现出血情况。结论:手术治疗仍然是治疗子宫肌瘤的有效手段,经阴道子宫肌瘤剔除术和腹腔镜下子宫肌瘤剔除术均能够有效治疗子宫肌瘤,且手术时间、术中出血量较少,术后并发症较少,值得临床推广。

关键词:子宫肌瘤;经阴道;腹腔镜

0 引言

子宫肌瘤是妇科中常见的女性生殖器官肿瘤,是因子宫平滑肌细胞增生所致,子宫中少量纤维结缔组织被作为支持组织所形成的一种肿瘤疾病。子宫肌瘤患者早期并无明显症状,多数患者实在进行盆腔检查或超声检查时发现,病情发展后,部分患者会出现子宫出血、腹部出现包括、疼痛,白带增多等情况。目前,临床上针对子宫肌瘤的治疗方法主要有药物治疗、物理治疗和手术治疗,根据患者的情况不同,不同的手术方式其疗效也存在差异。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院近一年收治的子宫肌瘤患者,所有患者入院前均经超声检查、宫腔镜检查及磁共振检查确诊,符合临床上对子宫肌瘤的诊断标准。134例患者均为女性,年龄均在22~35岁,平均年龄(28.5 ± 6.5)岁,病程在2个月~3年,平均(1.47 ± 0.23)年。两组患者手术均经家属签字同意,排除有严重心、肾、肝功能障碍患者、有凝血功能障碍的患者,并在年龄、病程等方面无明显差异($P > 0.05$),有可比性。

1.2 方法

患者术前均接受常规宫颈细胞学检查,对伴有月经紊乱的患者要给予诊断性刮宫治疗。根据患者的实际情况,针对肌瘤大小在2cm以上,并以年龄、生育状况、症状严重程度决定手术方式。腹腔镜下子宫肌瘤剔除术:取患者截石位,行全身麻醉给予消毒铺巾。从患者脐下作1.5cm切口,采用Trocarr手术方法,持续注入CO₂气体,建立气腹后,在患者脐下缘位置缓慢置入腹腔镜,检查有无子宫粘连情况,观察附件有无病变情况。随后,暴露双侧子宫血管,以止血钳夹切断两侧子宫带、骶韧带和血管。行双极电凝,游离子宫体和子宫颈,取出子宫,经阴道用7号线结扎两侧的动静脉。最后,再次行气囊,通过腹腔镜检查出血情况,以温水反复冲洗,插管引流,取出Trocarr并逐层缝合。经阴道子宫肌瘤剔除术:取截石位,行全身麻醉。从患者阴道置入阴道拉钩暴露宫颈后,根据肌瘤的位置切开前后穹窿,分离并暴露反折腹膜后进入腹腔,将两切口延长至3、9点处。其次,将阴道拉钩置入盆腔内,以单爪钳夹住肌瘤从切口处缓慢牵出,在瘤体附近子宫肌层注射垂体后叶素真6~12U,横向切开瘤体上方的子宫肌壁,以双爪钳夹住瘤体行钝性剥离。最后,以0号线按照8字缝合,闭合瘤腔后连续全层锁边缝合子宫浆肌层,检查有无残留肌瘤和出血情况,最后温水冲洗,常规方法缝合、填塞止血。

1.3 观察指标

回顾性分析患者行手术治疗的效果,并就患者手术各项指标、术后疾病改善情况及守护后并发症发生情况进行分析。痊愈:患者临床症状完全消失,行超声检查发现无残留肌瘤。

2 结果

患者中一多半行经阴道子宫肌瘤剔除术、一少半例行腹腔镜

下子宫肌瘤剔除术。患者平均手术时间(87.2 ± 14) min、术中出血量(122 ± 31) ml、住院时间(6.5 ± 1.2) d,术后123例患者痊愈。11例患者出现并发症,其中5例行经阴道子宫肌瘤剔除术的患者出现术后出血情况,6例行腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的患者出现出血情况。

3 讨论

子宫手术是临床上常见的手术类型,一般来说有经腹或经阴道将子宫切除、子宫肌瘤剔除术等。作为临床上的常见妇科疾病,子宫肌瘤的致病因素有很多,包括环境因素、遗传因素,子宫肌瘤主要是由子宫平滑肌细胞增生而成,其中有少量纤维结缔组织作为一种支持组织而存在。子宫肌瘤可单发也可多发,如不及时进行治疗严重的可导致患者不孕和流产。目前,临床上针对子宫肌瘤的治疗主要有药物治疗、超声治疗和手术治疗。传统的开腹手术对患者造成的创伤较大,且患者住院时间较长,术中出血量较多,因此逐渐被其他手术方式取代。随着腹腔镜技术的发展,借助腹腔镜行子宫手术的效果更好。腹腔镜手术的视野较传统开腹手术更加清晰,也避开了开腹手术创伤大、出血量大的弊端,行腹腔镜下子宫手术,患者恢复较快,且并发症较少,安全性更高。经阴道子宫肌瘤剔除是非常适用于子宫前后壁上的单个或多个肌瘤剔除,适用于活动度较好、阴道松弛的患者。经阴道手术方式无须开腹,对肠胃、内脏的损伤较少,术中出血量少,且手术时间较短,因此受到广泛关注。本次研究结果显示,患者平均手术时间(87.2 ± 14) min、术中出血量(122 ± 31) ml、住院时间(6.5 ± 1.2) d,术后123例患者痊愈。11例患者出现并发症,并发症发生率8.21%。这也显然说明,手术剔除治疗对于子宫肌瘤的治疗效果较好。腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的优势就在于,其通过放大手术视野,保证医师更好的操作,方便更好的肿瘤组织的大小、血供及邻近组织的情况,采用电凝和电切完成切割和闭合组织,避免对内脏产生伤害。但因如果子宫肌瘤的数目过多或体积过大,腹腔镜手术过程中不能直接接触子宫,当肌壁间的组织较深时,较小的肌瘤容易被忽视,这也增加了术后患者复发的几率,所以还存在部分患者可能有术后并发症的可能。经阴道子宫肌瘤剔除术最大的优势在于不会在体表留下疤痕,无需拆线,减少了对患者造成的损伤,缩短了住院时间。另外,经阴道手术方式可以有效剔除较小、较深的肌瘤,降低残留,从而减少术后复发的几率。最后,为减少和预防子宫肌瘤剔除术中和术后出血,在手术过程中要仔细解剖主要血管的位置及走行,将血管分离出来后再阻断,特别是子宫动脉更应如此,以免引起术中出血。要特别注意术中操作孔的选择,置入穿刺器时,要避免损伤腹壁血管壁,一旦出现出血情况要及时行腹壁全层缝合或电凝止血。另外,要预防手术对输尿管或膀胱造成损伤,要做好手术准备,充分暴露子宫与盆腔器官之间的解剖关系,避免钳夹与电凝粘连组织时造成其他脏器的损伤。在分离肌瘤组织和其他组织粘连时,要注意输尿管走行处及膀胱表面慎重电凝,防止发生电传导和热传导造成电灼伤后。

此外,为降低高碳酸血症,在手术时要尽量缩短手术时间,并时刻监测动脉血气分析,如果发现患者存在高碳酸血症,要及时降低气腹的压力,并行对症处理;术中应尽量减少组织损伤,避免创面过大,针对出血患者要认真止血。术中应用等渗液反复冲洗,以更好的清洁血块、稀释炎症物质,改善子宫环境。

综上所述,手术治疗仍然是治疗子宫肌瘤的有效手段,经阴道子宫肌瘤剔除术和腹腔镜下子宫肌瘤剔除术均能够有效治疗子宫肌瘤,且手术时间、术中出血量较少,术后并发症较少,值得临床推广。

参考文献:

[1]黄学英.对行子宫肌瘤手术的患者实施围手术期心理护理的效果观察[J].当代医药论坛,2016.