

# 分析腹腔镜下子宫肌瘤切除术治疗子宫肌瘤的临床效果

张书敏

邯郸市永年区第一医院 河北邯郸 057150

**【摘要】**目的：分析针对子宫肌瘤采取腹腔镜下子宫肌瘤切除术的临床效果。方法：对2020年2月至2022年2月期间进入我院诊疗的子宫肌瘤患者进行随机抽取，最终纳入80例有效样本数据，以治疗方式的不同进行组别划分，分为对照组40例、观察组40例，分别采取经腹子宫肌瘤切除术、腹腔镜下子宫肌瘤切除术。评估比较两组患者对应治疗效果。结果：观察组对应术中出血量、手术时间、住院时间、术后血红蛋白水平以及术后至生活自理能力恢复耗时均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。术前，两组疼痛评分不具有显著差异( $P > 0.05$ )；治疗后均有明显降低，与对照组相比，观察组术后6h、术后12h再测分值均处于更低水平( $P < 0.05$ )。同对照组相比，观察组术后并发症及复发率均呈更低显示( $P < 0.05$ )。手术前，两组对应血清 $E_2$ 与FSH水平差异不明显( $P > 0.05$ )；手术后，观察组再测结果优于对照组，前项指标更高、后项指标更低( $P < 0.05$ )。结论：通过腹腔镜下子宫肌瘤切除术手术进行子宫肌瘤治疗效果理想，能够有效减少术中出血量，减轻患者疼痛感受，并且其对患者的创伤更小，利于降低相关并发症发生风险，加速病情康复，值得推广运用。

**【关键词】**腹腔镜；子宫肌瘤切除术；子宫肌瘤；治疗效果

子宫肌瘤属于临床中尤为常见的生殖系统良性肿瘤，具有较高发病率，主要以月经紊乱、腹痛等为主要典型表现，严重时甚至可能出现崩漏、不孕等情况，对其身心健康及生命安全有着巨大影响<sup>[1]</sup>。故，为保证患者健康安全，及时进行治疗干预意义重大。手术是当前临床针对此病症的主要治疗方式，对患者的治疗具有一定效果，但手术毕竟具有一定创伤性，且具有一定的复发风险<sup>[2]</sup>。因此，合理的选择更为有效的术式对减少上述情况的发生具有尤为关键的作用。经腹手术和腹腔镜手术是比较常见的两种术式，但前者对患者的创伤较大，具有一定的局限性<sup>[3-4]</sup>。基于此，本文将抽取2020年2月至2022年2月阶段内在我院就诊的80例子宫肌瘤患者进行分析，以探究腹腔镜下子宫肌瘤切除术的治疗效果，详如下文所示。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

从2020年2月至2022年2月阶段内进入我院诊疗的子宫肌瘤患者中随机抽取80例，予以随机分组处理，各组总数均为40例。观察组患者抽取年龄介于21~38岁之间，估值求取其对应平均年龄为 $(35.51 \pm 2.15)$ 岁。病程1~15个月，平均病程 $(7.50 \pm 1.00)$ 个月。单发肌瘤30例、多发肌瘤10例。对照组患者抽取年龄介于20~40岁之间，估值求取其对应平均年龄为 $(35.88 \pm 2.21)$ 岁。病程1~17个月，平均病程 $(7.80 \pm 1.20)$ 个月。单发肌瘤28例、多发肌瘤12例。两组基础资料对比无显著差异，满足( $P > 0.05$ )，具有可比性。

### 1.2 方法

对照组行经腹子宫肌瘤切除术，患者保持仰卧位，先行全麻处理，再对患者的子宫肌瘤数量、位置等情况进行观察，以确定手术切口的大小及方向，充分暴露子宫部位，选取患者腹部横向位置进行手术操作。若是患者的子宫肌瘤体积较大，则需要手术过程中注射适量的缩宫素，子宫肌瘤切除完成后，彻底清理盆腔后进行止血缝合操作。

观察组则采用腹腔镜下子宫肌瘤切除术，提前进行肠道准备，取患者仰卧位，并保持头高脚低状态，行全身麻醉处理。将术中 $CO_2$ 压力控制在10~13mmHg之间，于患者肚脐上缘横切1cm左右，利用10mm套管针进行穿刺，再置入套管和腹腔镜，明确其子宫肌瘤大小、数目、具体位

置以及实际粘连情况。随后再于左、右髂前上棘2cm处各切开5mm进行子宫肌瘤切除；为患者注射6U垂体后叶素，再加入2mL 0.9%氯化钠注射液，利用单极电凝或者超声刀将假囊切开，彻底分离肌瘤后迅速予以止血缝合操作。

手术完成后，可为患者伤口处涂抹透明质酸钠涂，以加速伤口愈合，同时加强对患者生命体征监测。

### 1.3 评定标准

(1) 统计比较两组患者治疗相关指标：术中出血量、手术时间、住院时间、术后血红蛋白水平以及术后至生活自理能力恢复耗时。

(2) 评估比较两组患者手术前后疼痛情况，通过视觉模拟评分法分别于术后6h、术后12h对患者的疼痛程度进行评估，共计10分，所得分值越高，表示患者对应的疼痛程度越严重。

(3) 统计比较两组相关并发症以及复发情况，主要包括有切口感染、腹腔感染、盆腔粘连、肠梗阻以及阴道出血，合计各组总发生率。

(4) 检测比较两组患者治疗前、后血清激素水平，包括雌二醇( $E_2$ )、卵泡刺激素(FSH)，采集患者清晨空腹静脉血，进行离心处理后取其上层清液加以检测。

### 1.4 统计学方法

数据资料的分析处理软件为SPSS 20.0版本，对应计数指标、计量指标的表述呈现分别为 $n(\%)$ 、 $(\bar{x} \pm s)$ ，分别通过 $\chi^2$ 和 $t$ 实施检验校准，对统计学意义存在的判定标准为 $P < 0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 两组相关治疗指标对比

经相关统计结果显示，观察组患者的术中出血量、手术时间、住院时间、术后血红蛋白水平以及术后至生活自理能力恢复耗时分别为 $(57.68 \pm 17.25)$  ml、 $(82.27 \pm 4.58)$  min、 $(2.57 \pm 1.27)$  d、 $(118.92 \pm 12.44)$  g/L、 $(28.57 \pm 2.27)$  d；对照组分别为 $(97.68 \pm 20.25)$  ml、 $(102.27 \pm 5.59)$  min、 $(5.57 \pm 2.27)$  d、 $(101.22 \pm 8.26)$  g/L、 $(36.89 \pm 3.98)$  d。观察组各项指标均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。

### 2.2 术前及术后不同时间点疼痛评分组间对比

术前，两组疼痛评分不具有显著差异( $P > 0.05$ )；治疗后均有明显降

低,与对照组相比,观察组术后6h、术后12h再测分值均处于更低水平( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 术前及术后不同时间点疼痛评分组间对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	手术前	术后6h	术后12h
观察组	40	7.57 ± 2.28	4.63 ± 0.69	2.62 ± 0.52
对比组	40	7.29 ± 2.75	5.47 ± 1.10	3.68 ± 0.98
t		0.496	4.091	6.043
P		0.622	< 0.05	< 0.05

表2 术后并发症以及复发情况组间比较 [n (%)]

组别	n	切口感染	盆腔粘连	腹腔感染	肠梗阻	阴道出血	总发生率	复发率
观察组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.00)	3 (7.50)	1 (2.50)
对比组	40	5 (12.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	10 (25.00)	6 (15.00)
$\chi^2$							4.501	3.914
P							0.034	0.048

表3 手术前后血清 E<sub>2</sub> 与 FSH 水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	时段	血清 E <sub>2</sub> (pmol/L)	血清 FSH (U/L)
观察组	40	治疗前	279.63 ± 9.69	19.62 ± 1.52
		治疗后	258.67 ± 8.10	22.12 ± 1.12
对比组	40	治疗前	279.47 ± 9.10	19.68 ± 1.98
		治疗后	226.79 ± 5.80	25.46 ± 1.87
t (治疗前、后组间比较)			0.076、20.239	0.152、9.691
P (治疗前、后组间比较)			0.940、< 0.05	0.880、< 0.05

### 3 讨论

子宫肌瘤主要是由子宫平滑肌细胞增殖所致,为临床常见生殖系统疾病,具有较高发病率,以中年女性更为常见<sup>[5]</sup>。引发子宫肌瘤的因素较多,其中,绝大多数与遗传、性激素水平具有密切关系。患病后,会伴有明显的白带异常、月经异常以及排尿异常表现,对患者的生活质量影响极大。因此,需要根据患者的实际情况选择合适的治疗方案。目前,手术是临床中的常用治疗手段<sup>[6-7]</sup>。其中,传统的开腹手术治疗,易对患者造成较大的创伤,且术后并发症发生风险高,不利于术后康复,还会增加复发风险,延长住院时间,对患者带来更大痛苦。而随着我国医疗水平的不断进步发展,腹腔镜技术在临床中的应用越来越广泛。借助腹腔镜展开子宫肌瘤剔除术,可使术区视野更为开阔,进而清楚快速定位肌瘤位置,明确肌瘤数量,进而更为精准地进行病灶切除,提高疗效。同经腹手术相比,腹腔镜下手术治疗方式对患者的创伤更小,术中出血量更少,术后康复快<sup>[8]</sup>。此外,由于此术式无需开放,因此对患者腹腔的干扰也较小,其术后腹内环境也更为稳定,出现粘连的情况更少。同时,由于其具有更为清晰的术野,也可更为有效地避免对周围组织器官的损伤,更利于保证手术安全,降低并发症发生风险。因此,此手术方式已成为大多数子宫肌瘤患者的首选治疗方案。由该次分析结果可见:观察组对应术中出血量、手术时间、住院时间、术后血红蛋白水平以及术后至生活自理能力恢复耗时均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。术前,两组疼痛评分不具有显著差异( $P > 0.05$ );但经治疗后均有明显降低,且与对照组相比,观察组术后6h、术后12h再测分值均处于更低水平( $P < 0.05$ )。观察组术后并发症发生率以及复发率均较对照组更低( $P < 0.05$ )。手术后,观察组的血清 E<sub>2</sub> 与 FSH 水平均优于对照组,前项指标更高、后项指标

### 2.3 术后并发症以及复发情况组间比较

同对照组相比,观察组术后并发症及复发率均呈更低显示( $P < 0.05$ )。见表2。

### 2.4 手术前后血清 E<sub>2</sub> 与 FSH 水平比较

手术前,两组对应血清 E<sub>2</sub> 与 FSH 水平差异不明显( $P > 0.05$ );手术后,观察组再测结果优于对照组,前项指标更高、后项指标更低( $P < 0.05$ )。见表3。

更低( $P < 0.05$ )。由此可见,腹腔镜下子宫肌瘤切除术更有利于提高子宫肌瘤的整体治疗效果。

综上所述,通过腹腔镜下子宫肌瘤切除术治疗子宫肌瘤效果确切,能够有效减少术中出血量,减轻患者疼痛感受,缩短住院时间。同时,此术式对患者机体的损伤较小,可有效降低术后并发症及复发率发生风险,有助于患者术后恢复,改善预后,值得推广。

### 参考文献:

- [1]曹晓月,杜丽萍,王勤,等.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[J].吉林医学,2022,43(07):1954-1956.
- [2]李晶.腹腔镜子宫肌瘤切除术与经腹子宫肌瘤切除术治疗子宫肌瘤的临床效果观察[J].中国医疗器械信息,2022,28(09):122-124.
- [3]戴亚娟.腹腔镜子宫切除术对子宫肌瘤患者疗效及血清性激素水平分析[J].系统医学,2022,7(03):183-186.
- [4]范建敏,赵娣.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的临床疗效观察[J].医药论坛杂志,2021,42(16):99-102.
- [5]姜玉芳.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与开腹手术对子宫肌瘤治疗的临床疗效[J].中国卫生标准管理,2021,12(10):45-48.
- [6]孙伟.腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的临床效果[J].中国继续医学教育,2020,12(35):134-137.
- [7]宋晖.子宫肌瘤应用腹腔镜下子宫动脉阻断术联合肌瘤切除术治疗的价值分析[J].中国医学创新,2020,17(34):58-61.
- [8]陈光,陈钢,王佩红.腹腔镜下子宫动脉阻断术加子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者围手术期、术后并发症及生育的影响[J].临床误诊误治,2020,33(08):75-79.