

分析黏膜下子宫肌瘤采用宫腔镜手术治疗的安全性

余文慧

(长阳土家族自治县人民医院 妇产科 湖北长阳 443500)

摘要:目的:分析黏膜下子宫肌瘤采用宫腔镜手术治疗的安全性。方法:筛选于2019年1月至2020年10月间在我院接受治疗的黏膜下子宫肌瘤患者76例为研究对象,以患者手术时间的先后顺序进行对照组(n=38)、研究组(n=38)划分;其中对照组的治疗方案为腹腔镜子宫肌瘤剔除术,研究组的治疗方案为宫腔镜子宫肌瘤电切术;对比分析两组患者的术中出血量、手术时间、术后肛门排气时间、住院时间、术后首次妊娠时间以及治疗前后的卵巢储备功能[黄体生成素(LH)、雌二醇(E₂)、卵泡刺激素(FSH)]、妊娠成功率、复发率、并发症发生率。结果:研究组患者的术中出血量明显少于对照组,手术时间、术后肛门排气时间、术后首次妊娠时间以及住院时间均短于对照组,即相应数据对比组间差异具有统计学意义(P<0.05);术前术后两组患者的卵巢储备功能均无明显差异(P>0.05);另两组患者术后的妊娠成功率、复发率、并发症发生率也基本趋同(P>0.05)。结论:腹腔镜子宫肌瘤剔除术与宫腔镜子宫肌瘤电切术在黏膜下子宫肌瘤临床治疗中均有较好的效果,且复发、出现并发症风险低,有利于患者预后妊娠;但二者相比而言,宫腔镜术式对患者的创伤性更小,可缩短患者额康复周期,因此可作为临床首选方案。

关键词:黏膜下子宫肌瘤;腹腔镜子宫肌瘤剔除术;宫腔镜子宫肌瘤电切术;卵巢储备功能;术中出血量;妊娠成功率

黏膜下子宫肌瘤是一种临床发生率较高的良性肿瘤疾病,主要指向子宫腔内突出生长的瘤体,患者以育龄期女性为主,症状常见于子宫出血、白带增多、月经量增加、月经周期紊乱等^[1];发病后若未及时治疗,瘤体持续增长会导致患者腹部出现包块,并因其压迫而产生下腹坠痛、腰背酸痛等症状,此外该病所引发的月经紊乱问题还能导致患者出现严重贫血症状,降低患者的生活质量,甚至危及患者的生命健康^[2]。微创技术的快速发展与普及促使腹腔镜子宫肌瘤剔除术、宫腔镜子宫肌瘤电切术成为黏膜下子宫肌瘤的常规方案,本次为对比分析二者的具体应用价值,筛选于2019年1月至2020年10月间在我院接受治疗的黏膜下子宫肌瘤患者76例为研究对象展开如下研究:

1 资料与方法

1.1 一般资料

筛选于2019年1月至2020年10月间在我院接受治疗的黏膜下子宫肌瘤患者76例为研究对象,纳入标准:①宫腔镜、CT、B超诊断为黏膜下子宫肌瘤者;②有较好的研究依从性者;③本人与家属均对本研究知情授权者;排除标准:①子宫屈度过大者;②一般资料丢失者;③合并其他恶性肿瘤者;④合并传染疾病、精神疾病者;⑤宫颈瘢痕者等;本研究通过医学伦理委员会审核;以患者手术时间的先后顺序进行对照组(n=38)、研究组(n=38)划分;其中对照组患者中年龄最小的为25岁,年龄最大的为40岁,均值(30.68±3.22)岁,包括27例单发肌瘤者、11例多发肌瘤者;研究组患者中年龄最小的为26岁,年龄最大的为42岁,均值(31.14±3.67)岁,包括30例单发肌瘤者,8例多发肌瘤者;就两组患者在一般资料方面的各项数据展开对比,组间差异不具有统计学意义(P>0.05),研究满足开展要求。

1.2 方法

对照组的治疗方案为腹腔镜子宫肌瘤剔除术:阴道无流血现象后的6d左右准备开展手术,术前需要做好相关生命体征检查,以避免术中不必要风险;术中常规消毒、铺巾,患者维持膀胱截石位,全麻/硬膜外麻醉,取举宫器并置入,将瘤体充分暴露,在脐上缘横向做1cm左右切口,构建二氧化碳气腹,取腹腔镜并置入,探查病灶周围情况,然后分别制作5mm、10mm Trocar穿刺孔;电凝剪段浆膜下有蒂瘤体、常规止血,取旋切器将瘤体旋切取出,取垂体后叶素注射于瘤体周围,然后以大抓钳剥除残余瘤体;若患者瘤体蒂偏粗,切除后可缝合,以避免术后出血;完成手术后以生理盐水冲洗患者盆腔,观察不存在出血点后常规缝合,术毕^[3]。

研究组的治疗方案为宫腔镜子宫肌瘤电切术:术前同对照组进行检查、麻醉,患者同样维持膀胱截石位,排空膀胱后对患者阴道进行有效清洗,取宫颈扩张器对阴道进行扩张处理,促使宫颈充分暴露,然后置入宫腔镜探查病灶具体情况,若患者瘤体较小,可电凝切断瘤体蒂,并将瘤体取出;若瘤体直径超过3cm,可通过环形电级分次切割方案,或组织剪除后将瘤体取出;若瘤体不存在蒂,可基于B超引导电凝切除。注意术中需结合具体情况对瘤体适当的进行向下牵拉,以避免非必要损伤,减少术中出血量;同时还需要适当的借助能量器械对患者子宫韧带以及血管进行处理,以提高手术效率;术后常规清理病灶,分层缝合,避免出现死腔影响后期妊娠^[4]。

1.3 观察指标

①对比分析两组患者的手术与恢复指标,包括术中出血量、手术时间、术后肛门排气时间、住院时间、术后首次妊娠时间。

②对比分析两组患者治疗前后的卵巢储备功能,包括黄体生成素(LH)、雌二醇(E₂)、卵泡刺激素(FSH)。

③对比分析两组患者术后的妊娠成功率、复发率、并发症发生率(发热、出血、子宫颈损伤、低钠血症等)。

1.4 统计学方法

针对研究中的观察指标借助SPSS19.0软件做统计学分析,计量资料,即正态分布、近似正态分布的指标通过均数±标准差(Mean±SD)进行表述,当方差齐时以t比较两个正态分布的独立样本,若方差不齐则通过t进行比较;呈非正态分布分布的两独立样本或多组独立样本的组间比较采用非参数统计方法的秩和检验(Wilcoxon检验);计数资料用百分比表示,比较两个或多个发生率或结构比之间是否存在差异,采用卡方检验。概率(Probability)P<0.05具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术与恢复指标对比

研究组患者的术中出血量明显少于对照组,手术时间、术后肛门排气时间、术后首次妊娠时间以及住院时间均短于对照组,即相应数据对比组间差异具有统计学意义(P<0.05)。如表1:

表1 两组患者的手术与恢复指标对比

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	术后肛门排 气时间(h)	住院时间 (d)	术后首次妊 娠时间(月)
研究组 (n=38)	31.14±5.59	40.41± 10.75	11.40±1.55	2.91±1.10	7.55±1.75
对照组 (n=38)	64.30±7.70	75.52± 17.33	19.30±3.88	6.79±1.85	10.64±2.96
t	21.483	10.613	11.656	11.113	5.539
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者术前术后卵巢储备功能对比

术前术后两组患者在LH、E₂、FSH方面的数据均无明显差异,即不可见统计学意义(P>0.05)。如表2:

表2 两组患者术前术后卵巢储备功能对比

组别	LH (U/L)		E ₂ (ng/L)		FSH (U/L)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后
研究组 (n=38)	7.58± 2.36	7.82± 2.58	154.28± 38.48	157.34± 36.44	6.80± 2.04	7.63± 2.35
对照组 (n=38)	7.51± 2.27	7.86± 2.40	155.17± 35.64	159.67± 37.54	6.91± 1.84	7.52± 2.45
t	0.132	0.070	0.105	0.275	0.247	0.200
P	0.896	0.944	0.917	0.784	0.806	0.842

2.3 两组患者术后妊娠成功率、复发率、并发症发生率对比

研究组患者术后的妊娠成功率为71.05%、复发率为5.26%、并发症发生率为10.53%,对照组患者的上述指标分别为65.79%、7.89%、15.79%,对应数据组间差异不具有统计学意义(P>0.05)。如表3:

表3 两组患者术后妊娠成功率、复发率、并发症发生率对比

组别	妊娠成功率 (%)	复发率 (%)	并发症发生率 (%)
研究组 (n=38)	27 (71.05)	2 (5.26)	4 (10.53)
对照组 (n=38)	25 (65.79)	3 (7.89)	6 (15.79)
X ²	0.244	0.214	0.461
P	0.622	0.644	0.497

3 讨论

子宫肌瘤是指瘤体生长方向为患者的子宫黏膜,导致宫腔突出、子宫内黏膜面积扩增,子宫无法实现正常收缩,从而出现一系列症状,但因这些症状并不具有特征性,所以患者本身难以察觉,多于瘤体增加出现明显异常症状后通过体检发现。临床针对该病所采取的治疗方案为外科手术,既往包括子宫动脉栓塞术、高能超声聚焦、传统开腹术等,其中子宫动脉栓塞术并不适用于具有生育需求的患者,高能超声聚焦方案则有较高的肌瘤残留风险,患者术后复发风险较高,因此也逐渐被取缔;传统开腹术虽然有较好的临床治疗效果,但其会给患者机体造成较大的创伤,术中出血量较多,术后并发症风险较高,目前也已经随着微创术式的发展、普及而逐渐退出一线方案行列,但若患者经微创术式治疗失败后仍需要通过开腹术进行治疗^[5-6]。

腹腔镜子宫肌瘤剔除术与宫腔镜子宫肌瘤电切术是现阶段临床治疗黏膜下子宫肌瘤所采用的常规微创术式,二者均有一定的临床应用价值,本次为进一步明确临床最佳治疗方案,筛选于2019年1月至2020年10月间在我院接受治疗的黏膜下子宫肌瘤患者76例为研究对象展开,以腹腔镜子宫肌瘤剔除术与宫腔镜子宫肌瘤电切术进行对比分析,结果发现,研究组患者的术中出血量明显少于对照组,手术时间、术后肛门排气时间、术后首次妊娠时间以及住院时间均短于对照组,即相应数据对比组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);术前后两组患者的卵巢储备功能均无明显差异($P > 0.05$);另两组患者术后的妊娠成功率、复发率、并发症发生率也基本趋同($P > 0.05$)。可见相对比腹腔镜剔除术而言,宫腔镜电切术的创伤性更小,术后患者肌层愈合更快,患者恢复周期更短,所以妊娠时间也相对较早。认为主要原因在于该技术以患者阴道为通道进行操作,不会给其腹腔环境造成严重影响^[7],而腹腔镜剔除术的打孔、缝合等操作对术者经验、水平有较高效果,且治疗效果会

受到瘤体大小等因素影响,不仅会导致患者术后需要一定的恢复周期,同时也更易出现并发症^[8];另在本次研究中发现,无论是腹腔镜剔除术,还是宫腔镜电切术均不会给患者卵巢功能造成较大影响,认为与二者均属于微创术式有关联,在临床操作过程中只会给患者子宫浅层组织造成损伤,并不会影响卵巢血供、卵巢环境,所以两组患者术后均有较好的妊娠成功率,可在极大程度上满足患者的生育需求^[9-10]。

结束语:

综上所述,腹腔镜子宫肌瘤剔除术与宫腔镜子宫肌瘤电切术在黏膜下子宫肌瘤临床治疗中均有较好的效果,且复发、出现并发症风险低,有利于患者预后妊娠;但二者相比而言,宫腔镜术式对患者的创伤性更小,可缩短患者康复周期,因此可作为临床首选方案。

参考文献:

- [1]彭迎春,万晓丽,张媛,等.探讨宫腔镜手术治疗黏膜下子宫肌瘤患者的临床治疗效果[J].健康必读,2020,000(014):38.
- [2]段广庭.宫腔镜手术治疗黏膜下子宫肌瘤患者的临床效果[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(86):98-99.
- [3]何敏嫦,谭琴,卢锦芳.宫腔镜手术治疗黏膜下子宫肌瘤的临床疗效[J].吉林医学,2020,41(03):143-144.
- [4]柳鑫,成九梅,徐倩.超声监护下腹腔镜手术治疗黏膜下子宫肌瘤的临床研究[J].医学研究杂志,2019,048(007):95-98.
- [5]刘若兰.宫腔镜手术治疗黏膜下子宫肌瘤患者的临床疗效及并发症发生率分析[J].亚洲临床医学杂志,2021,3(7):9.
- [6]王兴红.宫腔镜手术治疗I型黏膜下子宫肌瘤术后宫腔粘连发生率的研究[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(09):52-52.
- [7]郭红霞.超声监视下腹腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤患者的疗效及安全性分析[J].首都食品与医药,2020,27(11):53-53.
- [8]朱丽霞.宫腔镜手术治疗不同类型黏膜下子宫肌瘤临床观察[J].智慧健康,2020,6(24):64-65.
- [9]王军,董丽丽,马文华,等.宫腔镜手术治疗黏膜下子宫肌瘤患者临床疗效评价[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,006(032):93,95.
- [10]彭凡平,柯妍,沈琳,等.黏膜下子宫肌瘤治疗中宫腔镜电切术的应用价值[J].吉林医学,2020,41(03):153-154.