

腹腔镜及经腹子宫肌瘤剔除术临床价值分析

吴仙利

(西安市长安医院 陕西西安 710118)

摘要:目的:分析腹腔镜及经腹子宫肌瘤剔除术的临床价值。方法:64例子宫肌瘤患者取自2021年2月-2022年2月期间,以随机数字表法分为参考组及实验组,其中行经腹子宫肌瘤剔除术治疗的患者归为参考组,行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗的患者归为实验组,每组32例。以手术相关指标、术后恢复指标、并发症发生率及生活质量评价两组治疗效果。结果:实验组术中出血量低于参考组,肛门排气时间、住院时间短于参考组,而手术时间长于参考组($P < 0.05$)。实验组并发症发生率较低($P < 0.05$)。实验组生活质量较高($P < 0.05$)。结论:腹腔镜及经腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤患者均可获得不错的效果,其中前者的手术相关指标优于后者,且可减少并发症产生,提升患者的生活质量。由此可见腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗可推广于临床。

关键词:腹腔镜;经腹子宫肌瘤剔除术;临床价值;手术相关指标;术后恢复指标;并发症;生活质量

子宫肌瘤为女性生殖系统多发的良性肿瘤,多发于30~50岁中年女性,其发病率为25%,该病发生率可表现为逐年增加。子宫肌瘤是因子宫平滑肌细胞增生,且子宫肌层血供充足,为子宫肌层带来大量养分。相关研究指出,患者子宫肌瘤雌激素水平高于其他正常子宫肌组织,所以子宫肌瘤的增长与患者雌激素长期分泌过多而引起其机体内分泌失调相关^[1]。目前临床上治疗此病多采取手术治疗,常见的术式为经腹子宫肌瘤剔除术。伴随腹腔镜手术的发展,腹腔镜子宫肌瘤剔除术在临床上得到了应用^[2]。为此,64例子宫肌瘤患者取自2021年2月-2022年2月期间,分析腹腔镜及经腹子宫肌瘤剔除术的临床价值。结果详见下文。

1 资料与方法

1.1 基础资料

64例子宫肌瘤患者取自2021年2月-2022年2月期间,以随机数字表法分为参考组及实验组,其中行经腹子宫肌瘤剔除术治疗的患者归为参考组,行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗的患者归为实验组,每组32例。所有对象经诊断后符合子宫肌瘤诊断标准,均采取手术治疗,患者资料完整,经向其表明本次研究意义后,可积极配合研究安排。排除患有其他严重性疾病者,如心、肾、肺等器官疾病,排除存在精神疾病、认知障碍,及因其他因素无法配合本次研究者。其中参考组年龄34~65岁,均值范围(43.22±2.54)岁,病程1~7个月,均值范围(4.32±1.43)个月。实验组年龄32~64岁,均值范围(45.65±2.32)岁,病程1~6个月,均值范围(4.67±1.68)年。两组资料比较差异小($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 参考组

本组行经腹子宫肌瘤剔除术治疗,帮助患者调整为仰卧位,给予其全身麻醉,常规铺巾,于患者腹部中央位置行5到10厘米切口,充分暴露其腹腔,给予其10U缩宫素注射,对肿瘤隆部位予以明确后,层层剖开子宫浆肌层直至瘤核,均去除肌瘤并缝合止血,残腔行8字缝合,盆腔用生理盐水冲洗,冲洗干净后并层层缝合。手术后给予患者常规抗感染治疗。

1.2.2 实验组

本组行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗。辅助患者调整为仰卧位,给予其全身麻醉后行常规铺巾。且在脐上缘、反麦氏点及麦氏点上行1到2厘米切口,进行二氧化碳气腹建立,气压控制在14mmHg,放入腹腔镜,探查腹腔并按特定情况切除瘤体。浆膜下肌瘤治疗中,瘤蒂尚未完全显露,将垂体后叶素6U注入子宫肌层,用单级电钩将瘤体划开并切除。肌壁间肌瘤的治疗中,在垂体后叶素灌注结束时,用单级电钩在肌瘤表面切割子宫肌层,将瘤体和瘤壁有效地分开,再去瘤核。采用电凝止血,缝合子宫肌层,封闭瘤腔。

1.3 指标观察

1.3.1 手术相关指标

对两组患者的手术相关指标予以观察,其中可见术中出血量、手术时间、肛门排气时间及住院时间。

1.3.2 并发症发生率

对两组术后并发症发生情况予以观察,其中可见肠梗阻、盆腔粘连、切口感染、切口疼痛。计算方法:并发症例数比上总例数乘以百分之百。

1.3.3 生活质量

通过SF-36量表评价患者的生活质量,分数高,则生活质量高。

1.4 统计学方法

研究所得到的数据均采用SPSS 23.0软件进行处理。(x±s)

用于表示计量资料,用t检验;(%)用于表示计数资料,用(χ^2)检验。当所计算出的 $P < 0.05$ 时则提示进行对比的对象之间存在显著差异。

2 结果

2.1 两组手术相关指标对比分析

表1显示,实验组术中出血量低于参考组,肛门排气时间、住院时间短于参考组,而手术时间长于参考组($P < 0.05$)。

表1 两组手术相关指标对比分析[n,(%)]

组别	例数	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	肛门排气时间 (d)	住院时间 (d)
实验组	32	73.22 ± 2.32	89.87 ± 4.32	1.32 ± 0.56	6.54 ± 1.26
参考组	32	105.43 ± 2.65	55.34 ± 3.42	2.56 ± 0.47	8.67 ± 1.65
χ^2	-	51.733	35.451	9.594	5.803
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 两组并发症发生率比较分析

实验组并发症发生率为9.38%(3/32);肠梗阻1例,占比为3.13%,盆腔粘连0例,占比为0.00%,切口感染1例,占比为3.13%,切口疼痛1例,占比为3.13%。参考组并发症发生率为34.38%(11/32);肠梗阻3例,占比为9.38%,盆腔粘连2例,占比为6.25%,切口感染3例,占比为9.38%,切口疼痛3例,占比为9.38%。 χ^2 检验值:($\chi^2=5.851, P=0.016$)。实验组并发症发生率较低($P < 0.05$)。

2.3 两组生活质量对比分析

实验组生活质量:生理职能(81.21±2.43)分,躯体疼痛(82.46±2.35)分,精神健康(82.43±2.42)分,社会功能(84.54±3.65)分,总体健康(84.32±2.54)分。实验组生活质量:生理职能(72.43±2.43)分,躯体疼痛(71.33±2.43)分,精神健康(72.46±2.54)分,社会功能(73.42±3.54)分,总体健康(76.43±2.65)分。t检验值:生理职能($t=14.452, P=0.001$),躯体疼痛($t=18.625, P=0.001$),精神健康($t=16.873, P=0.001$),社会功能($t=12.159, P=0.001$),总体健康($t=12.159, P=0.001$)。实验组生活质量较高($P < 0.05$)。

3 讨论

子宫肌瘤和患者雌激素分泌相关,为激素依赖性子宫良性肿瘤且恶变率低,目前临床多通过超声影像学确诊,其有共性的特点,但有些患者可有非典型表现,特别是当患者发生肌瘤变性时,应受到临床医生重视^[3-4]。当前,临床对子宫肌瘤多采用手术治疗,不能排除用一些药物可以在短期内实现子宫肌瘤治疗,但停药即发生复发的情况,故药物仅适用于部分肌瘤小而症状轻微者,也可做为手术的辅助疗法^[5-6]。当前,子宫剔除术在临床中经常被应用在子宫肌瘤患者的治疗中,其具有保留缓和子宫、确保患者子宫生理功能,而又不会对体内分泌造成影响等特点。临床上多见的子宫肌瘤剔除术可见腹腔镜子宫肌瘤剔除术及经腹子宫肌瘤剔除术等^[7-9]。

经腹子宫肌瘤剔除术为过去临床常采用的一种传统手术方式,对任意数量,大小和部位的子宫肌瘤都可采用该术式,即便是患者经历多次开腹手术仍旧可以使用该手术治疗,腹腔镜子宫肌瘤剔除术早在90年开始在子宫肌瘤患者的治疗中,以治疗浆膜、肌壁间肌瘤为主^[10-12]。此次研究结果显示,实验组术中出血量低于参考组,肛门排气时间、住院时间短于参考组,而手术时间长于参考组($P < 0.05$)。腹腔镜手术相对于经腹手术处理操作时间加长,在肌瘤剔除过程中比腹腔镜手术可能更细致,在瘤窝缝合时更慎重,保证瘤

(下转第36页)

(上接第18页)

窝稳固,最大限度地降低患者手术后妊娠子宫破裂发生概率。本次研究发现,实验组并发症发生率为9.38%,参考组并发症发生率为34.38%,实验组并发症发生率较低($P < 0.05$)。实验组生活质量较高($P < 0.05$)。表明腹腔镜子宫肌瘤剔除术的创伤小,具有较高的安全性,同时能够提升患者的生活质量。由此可见,腹腔镜子宫肌瘤剔除术的效果相比较经腹子宫肌瘤剔除术更好。本次结果与其他相关性研究基本一致。笔者认为,需要满足以下条件,方能够获得较好的治疗效果。其一,术前稀释垂体后叶素;其二,切口的选择上,应先用斜形切口切开患者子宫肌层,利于患者手术后缝合,避免损伤患者输尿管、输卵管与子宫血管等等,选择上患者子宫前后壁肌瘤处作横切口,宫底肌瘤处作纵切口;其三,缝合时因患者子宫后壁未能完全显露,所以应使举宫器向前倾斜;其四,术中应注意准备开腹,如有严重并发症及后果,应立即转为开腹手术,以降低因强制腹腔镜手术而造成的危险,以拯救患者的生命^[13-14]。

综上所述,腹腔镜及经腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤患者均可获得不错的效果,其中前者的手术相关指标、术后恢复指标均优于后者,且可减少并发症产生,提升患者的生活质量。由此可见腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗可推广于临床。

参考文献

- [1]何庆.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与经腹术式治疗子宫肌瘤的价值对照分析[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2017,4(24):65-66.
- [2]周新荣,黄燕玲,李玉娣.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的临床效果[J].实用妇科内分泌电子杂志,2022,9(31):4-6.
- [3]张晓青.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与经腹子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者术后妊娠的影响[J].医学信息,2022,35(20):102-104.
- [4]Pol  n O ,Emanuela S ,Lav  n G L F , et al. Comparison of surgical and obstetric outcomes in women with uterine leiomyomas after

laparoscopic vs. abdominal myomectomy:A single-center cohort study[J]. Frontiers in Surgery,2022,43(09):1038-1041.

[5]Putra P , Prameswari A S , Ma&#X;Roef M , et al. Laparoscopic myomectomy versus open myomectomy in uterine fibroid treatment: A meta-analysis[J]. Laparoscopic, Endoscopic and Robotic Surgery, 2021, 4(3):66-71.

[6]陈小县,李秋香,罗波涛.经阴式单孔腹腔镜与经腹多孔腹腔镜下子宫肌瘤剔除术在子宫肌瘤患者中的应用对比[J].临床医学工程,2022,29(09):1187-1188.

[7]宋新玲.微创腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床价值分析[J].中国实用医药,2022,17(20):71-73.

[8]罗莹,李丽红,张丹.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹子宫肌瘤剔除术治疗巨大子宫肌瘤的效果及安全性比较[J].临床医学研究与实践,2022,7(25):76-78.

[9]何苗,张丹.腹腔镜子宫肌瘤剔除术和经腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的疗效比较[J].当代医学,2022,28(21):54-56.

[10]黄珂,王明辉.腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的疗效观察[J].河南外科学杂志,2022,28(04):161-163.

[11]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.

[12]朱京津.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与经腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的临床价值比较[J].现代医学与健康研究电子杂志,2021,5(14):61-63.

[13]花仲首.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床价值对比分析[J].中国医疗器械信息,2019,25(08):38-39.

[14]张玉环.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与经腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤患者的临床价值[J].医疗装备,2019,32(01):1-2.