腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的疗效及安全性

朱天德
(湖北省武穴市第一人民医院　湖北武穴　435400)

摘要：目的：分析腹腔镜子宫肌瘤剔除术的应用价值。方法：选取 2022 年 1 月–2023 年 2 月 90 例子宫肌瘤患者，随机分组。入选患者均行子宫肌瘤剔除术，对照组采取传统开腹术式，观察组采取腹腔镜手术。比较两组疗效及手术预后指标的差异，并比较两组手术前后炎症指标、应激反应指标的变化。结果：①两组在疗效方面的差异无意义（P > 0.05）；②观察组术后肛门排气时间、下床活动时间、住院时间短于对照组，术后并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05）；③两组术前 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子–α差异无意义（P > 0.05），观察组手术后 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子–α低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05）；④两组术前肾上腺素、去甲肾上腺素差异无意义（P > 0.05），观察组手术后肾上腺素、去甲肾上腺素低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05）。结论：腹腔镜子宫肌瘤剔除术的疗效与开腹术式相近，但是手术损伤小，术后炎症反应与应激反应轻，可降低术后并发症发生率，康复速度快，可推广使用。

关键词：腹腔镜子宫肌瘤剔除术；子宫肌瘤；临床疗效

子宫肌瘤是妇科常见疾病，随着现代女性生活方式的变化，该病的发生率逐年升高，引起临床医学的广泛关注[1]。目前临床对于该病可采取药物与手术治疗方案，其中药物治疗的效果不够理想，因此多数患者首选手术治疗。子宫肌瘤剔除术是该病治疗的首选术式，传统开腹术式的损伤大，并发症多，具有一定的局限性[2]。腹腔镜手术则可以弥补传统术式的缺陷，具有微创、康复速度快的优势，在基层医院获得推广应用[3]。为了观察腹腔镜子宫肌瘤剔除术的应用价值，文章选取 2022 年 1 月–2023 年 2 月 90 例子宫肌瘤患者进行对比观察，研究如下。

1.资料与方法

1.1 临床资料

选取 2022 年 1 月–2023 年 2 月 90 例子宫肌瘤患者，随机分组。观察组患者的年龄为 26~48 岁，平均为（33.6 ± 4.6）岁；肌瘤直径为 3.2~8.6cm，平均为（5.1 ± 1.0）cm。对照组患者的年龄为 24~49 岁，平均为（33.3 ± 4.5）岁；肌瘤直径为 3.0~8.5cm，平均为（5.2 ± 1.1）cm。入选标准：确诊为子宫肌瘤且符合手术治疗指征。排除标准：合并凝血功能障碍、免疫系统疾病的患者。两组在一般资料方面的比较差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 方法

入选患者均行子宫肌瘤剔除术，对照组采取传统开腹术式，采取静吸复合麻醉，常规消毒铺巾，在下腹中央行一 10cm 切口，进入腹腔并充分暴露子宫，行一纵形切口打开肌瘤包膜，切除子宫肌瘤后连续缝合瘤腔，浆膜下包埋，冲洗术腔后关闭切口。

观察组采取腹腔镜手术，具体措施为：采取静吸复合麻醉，常规消毒铺巾，采取三孔法置入腹腔镜及 Trocar，子宫肌瘤周围宫体注入 6U 垂体后叶素及 2mL0.9%氯化钠注射液，钝性脱离瘤体，完全去除肌瘤后使用缝线缝合浆肌层，对于体积大的肌瘤则使用旋切器辅助操作，电凝止血后常规冲洗术腔。

1.3 观察指标

①比较两组疗效差异，本次疗效标准[4]：显效：子宫肌瘤完全切除。有效：术后子宫肌瘤体积≤50%；无效：未达到上述标准。②比较两组手术预后指标的差异。③比较两组手术前后炎症指标的变化，本次研究选取 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子–α。④比较两组手术前后应激反应指标的变化，本次研究选取肾上腺素、去甲肾上腺素。

1.4 统计学分析

采用 SPSS22.0 统计学软件进行统计学分析，计量资料采用标准差进行表述，两组均数计量值采用 t 值检验，计数资料采用百分比进行统计表述，两组计数值采用 X^2 值检验，P < 0.05 时为差异有统计学意义。

2.结果

2.1 两组疗效差异

两组在疗效方面的差异无意义（P > 0.05），见表 1。

表 1 两组疗效差异

组别	显效	有效	无效	总有效率（%）
观察组（n=45）	40	4	1	97.8
对照组（n=45）	40	5	0	100.0
X^2 值				1.125
P 值				0.103

2.2 两组手术预后指标差异

观察组术后肛门排气时间、下床活动时间、住院时间短于对照组，术后并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05），见表 2。

表 2

组别	术后肛门排气时间（h）	下床活动时间（h）	住院时间（d）	术后并发症发生率（n，%）
观察组（n=45）	18.6 ± 4.5	22.8 ± 4.2	6.5 ± 1.5	1（2.2）
对照组（n=45）	26.6 ± 6.8	28.5 ± 6.2	9.6 ± 2.1	5（11.1）
t/X^2 值	5.231	5.413	5.335	5.264
P 值	0.042	0.044	0.043	0.042

2.3 两组血清炎症因子指标变化

两组术前 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子–α差异无意义（P > 0.05），观察组手术后 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子–α低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05），见表 4。

表 4 两组血清炎症因子指标变化

组别	C 反应蛋白（mg/L）		肿瘤坏死因子–α（pg/mL）	
	手术前	手术后	手术前	手术后
观察组（n=40）	8.0 ± 12.1	38.5 ± 5.4	0.8 ± 0.2	3.5 ± 0.6
对照组（n=40）	8.9 ± 12.0	76.4 ± 12.8	0.8 ± 0.3	5.4 ± 0.9
t 值	1.635	5.432	1.325	5.638
P 值	0.154	0.044	0.123	0.046

2.4 两组血清应激反应指标的变化

两组术前肾上腺素、去甲肾上腺素差异无意义（P > 0.05），观察组手术后肾上腺素、去甲肾上腺素低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05），见表 4。

表 4 两组血清应激反应指标的变化

组别	肾上腺素（ng/L）		去甲肾上腺素（ng/L）	
	手术前	手术后	手术前	手术后
观察组（n=40）	30.0 ± 12.1	55.5 ± 16.4	145.3 ± 41.6	178.5 ± 48.8
对照组（n=40）	30.9 ± 12.0	62.4 ± 20.8	145.8 ± 40.8	195.8 ± 53.9
t 值	1.526	5.365	1.465	5.285
P 值	0.143	0.043	0.137	0.042

3.讨论

子宫肌瘤常见于育龄期女性，早期无明显症状，随着肌瘤的增大，可引起月经量增多、贫血、腰背酸痛、腹痛等症状。目前多数患者首选手术治疗，可获得较好的治疗效果[5]。但是传统开腹术式的损伤大，术后康复时间长，影响患者的工作与生活。随着现代微创术式的快速发展，腹腔镜手术在该病治疗中表现出较好的实施效果，其可以有效减少手术创伤，降低术中出血量，缩短患者术后康复时间。虽然目前有学者认为腹腔镜手术在瘤体较大的患者中的治疗效果不够理想，容易出现残留的情况，影响临床治疗效果[6]。因此文章主要就两种术式的疗效与安全性进行对比观察。

3.1 临床疗效

腹腔镜手术主要是借助腹腔镜进行手术操作的一种术式，其相比于传统开腹手术来说，不需要开腹，手术损伤小，对脏器影响小，出血量少，术后疼痛感轻，康复速度快，是目前子宫肌瘤手术的常用术式。目前腹腔镜治疗子宫肌瘤的术式较多，包括腹腔镜下子宫肌瘤剔除术、腹腔镜次全子宫切除术、腹腔镜全子宫切除术等。通常是根据患者有无生育需求选择相应的术式，腹腔镜下子宫肌瘤剔除术对患者生育能力的影响小，适用于青年患者，而腹腔镜次全子宫切除术与全子宫切除术则适用于无生育需求的患者。近些年来随着临床研究的是深入，腹腔镜技术不断改进，一些新型术式如子宫肌瘤消融术、子宫血管阻断术在腹腔镜手术中得到广泛应用，也表现出较好的应用效果。本次研究主要是采用腹腔镜下子宫肌瘤剥除术，属于保守手术，其手术操作方法与开腹子宫肌瘤剔除术相同，因此疗效相当。本次两组在疗效方面的差异无意义（P > 0.05），由此可见两种术式均有较高的临床疗效。在临床治疗中，需要严格坚持手术适用证与禁忌症，合理选择手术方案，避免过度治疗、治疗不足的情况发生。

3.2 手术预后情况

腹腔镜下子宫肌瘤剥除术相比于开腹手术来说，由于创伤小，术中操作中对脏器的影响小，术后疼痛轻、术后切口愈合速度快，因此有助于患者的早期康复。本次研究中观察组术后肛门排气时间、下床活动时间、住院时间短于对照组，术后并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05），由此可见腹腔镜手术的疗效好且安全性高，有助于改善患者的术后预后情况。

3.3 炎症反应与应激反应

手术作为一种有创治疗方法，无论是开腹手术还是微创手术，都会对机体造成损伤，从而引起炎症反应、应激反应，影响了患者的生活质量。随着医疗技术的进步，腹腔镜手术的适用证不断扩大，即使是与韧带、肌壁间子宫肌瘤，也可获得与开腹手术相同的临床疗效，恢复子宫肌壁的正常解剖结构，减小对患者生育能力的影响。腹腔镜手术相比于开腹手术凯硕，由于切口小，因此手术损伤更小，术后炎症反应、应激反应相对更轻，因此有助于患者早期康复。

C 反应蛋白、肿瘤坏死因子-α是临床常用的炎症观察指标，这两个指标的血清升高水平与炎症反应程度呈正相关性。本次研究中两组术前 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子-α差异无意义（P > 0.05），观察组手术后 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子-α低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05），由此可见腹腔镜手术引起的炎症反应程度要低于开腹手术。肾上腺素、去甲肾上腺素是用于评估应激反应的常用指标，肾上腺素升高会诱发心脏收缩力升高，导致心脏血管扩张、皮肤血管收缩；去甲肾上腺素可引起小动脉、小静脉血管收缩。本次研究中两组术前肾上腺素、去甲肾上腺素差异无意义（P > 0.05），观察组手术后肾上腺素、去甲肾上腺素低于对照组，差异有统计学意义（P < 0.05），由此可见开腹手术引起的应激反应要高于腹腔镜手术。总体来说，腹腔镜手术对于机体的影响要小于开腹手术，有助于促进患者术后早期康复，可在基层医院推广与应用。

但是腹腔镜手术与开腹手术相比，需要通过电视屏幕观察术野，借助器械进行操作，需要主刀医生手眼脑的高度配合，并且要具备较高的操作技能，尤其是缝合技术；这就需要主刀医生不断提高自身的操作技术，提高手术成功率；同时还需要结合子宫肌瘤类型、部位、大小、数量以及有无生育需求来综合考虑，合理选择术式，确保充分发挥腹腔镜手术的优势。

综上所述，腹腔镜子宫肌瘤剔除术的疗效与开腹术式相近，但是手术损伤小，术后炎症反应与应激反应轻，可降低术后并发症发生率，康复速度快，可推广使用。

参考文献：

[1] 王慕喆,邢秀月,王丽娜,等. 子宫肌瘤剔除术经脐单孔腹腔镜治疗与传统腹腔镜治疗效果比较[J]. 中国计划生育学杂志,2022,30(4):841-845.

[2] 唐志康,王海龙,黄仕兰,等. 经阴道自然腔道内镜与单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术临床效果[J]. 中国计划生育学杂志,2022,30(1):32-36.

[3] OTA, KUNIAKI, TAKAHASHI, TOSHIFUMI, KAMO, NORIHITO, et al. Successful management of a submucosal fibroid using a hysteroscopic morcellator system in a patient with a history of total proctocolectomy: A case report[J]. The journal of obstetrics and gynaecology research,2020,46(11):2450-2453.

[4] 罗力. 经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术后布托啡诺镇痛效果及对患者氧合指数、应激反应的影响[J]. 中国计划生育学杂志,2022,30(11):2452-2456,2462.

[5] 陈红,罗爱林,李世勇,等. 超声引导下腰方肌阻滞对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者镇静 Ramsay 评分、血清应激指标及苏醒质量的影响[J]. 中国计划生育学杂志,2022,30(7):1564-1568.

[6] ZOTA, AMI R., GELLER, RUTH J., CALAFAT, ANTONIA M., et al. Phthalates exposure and uterine fibroid burden among women undergoing surgical treatment for fibroids: a preliminary study[J]. Fertility and Sterility: Official Journal of the American Fertility Society, Pacific Coast Fertility Society, and the Canadian Fertility and Andrology Society,2019,111(1):112-121.