



腹腔镜子宫肌瘤剔除术与开腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的效果对比研究

剑 虹

(邵阳东方医院 湖南邵阳 422001)

摘要：目的：探讨腹腔镜子宫肌瘤剔除术与开腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的效果对比。方法：选择2015年1月-2017年6月来我院接受治疗的子宫肌瘤患者98例开展研究，将其按照手术方式分为开腹手术组和腹腔镜组，每组49例，比较两组患者手术指标以及术后并发症发生率。结果：在本研究中，腹腔镜组手术时间、肛门排气时间和住院时间都短于开腹组，术中出血量也低于开腹组，差异都有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。腹腔镜组并发症发生率低于开腹组，症状缓解率高于开腹组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：在子宫肌瘤临床治疗中，腹腔镜手术创伤小，恢复快，发生率比较低，值得推广应用。

关键词：腹腔镜子宫肌瘤剔除术；开腹子宫肌瘤剔除术；子宫肌瘤；效果对比

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 06-049-02

临床上，子宫肌瘤是女性生殖器官中的一种良性肿瘤，通常多发于育龄期妇女，癌变率大约在0.4%左右[1]。为比较开腹以及腹腔镜手术方法治疗子宫肌瘤的临床效果，笔者以2015年1月-2017年6月本院的98例患者开展研究，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以2015年1月-2017年6月在我院治疗的子宫肌瘤患者开展研究，共98例，按照手术方式分为开腹手术组和腹腔镜组，每组49例。本研究纳入的患者均经过B超和宫颈细胞学诊断，确诊为子宫肌瘤。排除标准：排除恶性病变患者。其中，开腹组中，年龄30-55岁，平均年龄（43.2±3.6）岁。子宫肌瘤直径3-7cm，平均直径（4.5±0.8）cm，包括肌壁间肌瘤31例，浆膜下肌瘤13例，多发性肌瘤5例。腹腔镜组中，年龄31-55岁，平均年龄（43.3±3.3）岁。子宫肌瘤直径3-8cm，平均直径（4.7±1.0）cm，包括肌壁间肌瘤32例，浆膜下肌瘤11例，多发性肌瘤6例。经比较，两组患者一般资料中无差异（ $P > 0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

开腹手术组患者采用开腹子宫肌瘤剔除术治疗，腰硬联合麻醉后，医师在患者下腹中部做切口，探查盆腔、子宫、附件情况，分离粘连组织。在患者病灶位置切开肌层，分离肌瘤，然后电凝止血，缝合瘤腔。

腹腔镜组采用腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗，患者取膀胱截石位，全身麻醉，气管插管之后，在患者脐部上端做1cm的切口，置入腹腔镜，建立二氧化碳气腹，置入10mm穿刺器。另外，在患者脐部左右下腹位置做副操作孔，置入5mm的穿刺器。然后，观察患者病灶情况，在周围注射缩宫素注射液制成的混合液，即将20U加入20ml生理盐水而成的混合液[2]。患者子宫收缩后，采用单极电钩切开患者的肌瘤包膜，直达瘤体之后，采用抓钳夹住肌瘤，分离瘤体和包膜，取出肌瘤。之后进行电凝止血，依据创面大小缝合，关闭瘤腔后，采用生理盐水冲洗手术区域，然后缝合操作孔。手术后，对患者进行常规抗感染治疗。

1.3 观察指标

观察两组手术指标，包括手术时间、术中出血量、肛门排气时间、住院天数等。

比较并发症发生率，常见并发症包括切口感染、切口疼痛、盆腔粘连、肠梗阻等。

1.4 统计学方法

采取SPSS16.0统计学软件进行分析。计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，T检验；计数资料以（%）表示，X²检验， $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 开腹组与腹腔镜组患者手术指标比较

从下表1可以看出，腹腔镜组患者运用腹腔镜下子宫肌瘤剔除术，手术时间、肛门排气时间和住院时间都短于开腹组，术中出血量也低于开腹组，差异都有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表1 开腹组与腹腔镜组患者手术指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	肛门排气时间 (h)	住院时间 (d)
开腹组	49	95.1 ± 6.2	135.2 ± 15.4	26.5 ± 5.3	8.2 ± 0.5
腹腔镜组	49	82.1 ± 5.4	103.5 ± 10.1	18.6 ± 4.5	6.3 ± 1.3
T	-	11.0679	12.0489	7.9537	9.5488
P	-	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

2.2 开腹组与腹腔镜组术后并发症发生率比较

从下表2可以看出，开腹组并发症发生率为20.41%，腹腔镜组为6.12%，腹腔镜组低于开腹组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表2 开腹组与腹腔镜组术后并发症发生率比较（n，%）

组别	例数	切口感染	切口疼痛	盆腔粘连	肠梗阻	总发生率
开腹组	49	3 (6.12)	4 (8.16)	2 (4.08)	1 (2.04)	10 (20.41)
腹腔镜组	49	1 (2.04)	1 (2.04)	1 (2.04)	0 (0.00)	3 (6.12)
X ²	-	-	-	-	-	4.3457
P	-	-	-	-	-	$P < 0.05$

2.3 开腹组与腹腔镜组疗效比较

从下表3可以看出，开腹组症状缓解率低于腹腔镜组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；复发率比较中，开腹组与腹腔镜组差异不具有统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

表3 开腹组与腹腔镜组疗效比较（n，%）

（下转第51页）



间以及住院时间均短于非复杂性阑尾炎组, $P < 0.05$; 复杂性阑尾炎组术后并发症发生率为 4.76%, 明显低于非复杂性阑尾炎组并发症发生率 23.81%, $P < 0.05$ 。

本组术后出现腹腔脓肿的患者均同时出现阑尾穿孔或者坏疽情况, 考虑是由于术中广泛冲洗了手术区域以及盆腔内部, 这样增加了潜在污染控制的难度, 并且腹腔镜下无法实现冲洗液的完全吸引, 因此容易形成腹腔脓肿。另外, 非复杂性患者术后肠梗阻发生率高于复杂性患者, 考虑是由于术中非复杂性患者体位进行了调整, 因此小肠移动过度, 出现炎性渗出物, 最终导致肠管成角粘连[3]。为了减少这两类并发症, 术中应该禁止冲洗腹腔, 而可以选择洁净纱布蘸吸盆腔液体, 另外在术后应该尽快复位小肠, 以减少肠梗阻情况。在手术完成后, 护理人员应当重点观察患者的心率、血压及其血氧饱和度等数据, 保障各项数据的正常, 同时定时检查患者的伤口, 如果出现红肿、开裂及其出血的情况应当及时帮助患者进行处理, 以此降低并发

症的发生率[4]。

综上所述, 腹腔镜阑尾切除术治疗复杂性阑尾炎的效果更显著, 能够促进术后恢复, 值得推广[5]。

参考文献:

- [1]张贺. 探索复杂性和非复杂性阑尾炎应用腹腔镜治疗的临床疗效比较[J]. 中国医药指南, 2016, (26): 135-136.
- [2]赵立杰. 复杂性和非复杂性阑尾炎应用腹腔镜治疗的效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, (83): 69-70.
- [3]白鹏. 腹腔镜治疗复杂性和非复杂性阑尾炎的疗效分析[J]. 中国实用医药, 2015, (11): 64-65.
- [4]柯峰. 腹腔镜治疗复杂性和非复杂性阑尾炎的疗效评价[J]. 中国实用医药, 2015, (10): 62-63.
- [5]梅雪, 王婷婷. 应用腹腔镜治疗复杂性和非复杂性阑尾炎的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2015, (01): 9-10.

(上接第 48 页)

胸腰椎单纯屈曲压缩型骨折发生后, 由于后凸畸形长时间影响, 会导致脊柱的关节韧带逐渐发生慢性劳损, 可诱发严重的关节炎及后关节紊乱[2]。固此类患者治疗的基本原则在于恢复脊柱生理曲度于椎体高度, 通常保持脊柱在恢复后维持正常高度[3]。

采用伤椎垫枕, 通过患者自身体重促进手里部位呈弧形弯曲, 回复后凸部位, 并保持椎体于垫枕之间有稳定姿势, 使椎间盘的纤维环于前纵韧带之间被动的产生一定程度牵引, 使伤椎处于复位状态。加上有针对性的锻炼, 用药强化局部肌力, 维持复位, 减少并发症的发生风险[4]。同时将中医辩证论治原则, 选择合适方组用药, 在早期帮助患者止痛、消肿、化瘀、活血, 提高治疗效率; 在中期帮助患者调和气血、接骨续筋, 提高骨折愈合效率; 晚期采用壮骨强筋、补益肝肾、温经通络原则, 促进患者机体恢复[5]。结果提示, 本组患者治疗总有效率达 93.33%。本组患者在接受治疗后的临床症状积分与治疗前相比更低; 本组患者在随访结束时的椎体前缘及后缘高度压缩率

优于开始治疗时, 不同时间段对比存在统计学差异, $P < 0.05$ 。充分证明, 中药内服配合伤椎垫枕锻炼治疗胸腰椎单纯屈曲压缩型骨折效果显著, 能促进骨折愈合, 机体功能恢复, 是可靠的治疗方案。

参考文献:

- [1]黄臻, 李洲进, 吴官保, 等. 中药内服配合伤椎垫枕锻炼治疗胸腰椎单纯屈曲压缩型骨折[J]. 中医正骨, 2011, 23(1): 65.
- [2]冯树生, 孙波, 张凌, 等. 牵引结合中药外敷治疗老年腰椎压缩性骨折临床研究[J]. 中医正骨, 2011, 23(2): 19.
- [3]王立斌. 三期用药加垫枕复位结合康复功能锻炼治疗胸腰椎单纯屈曲压缩性骨折[J]. 中国医药指南, 2011, 9(35): 159-161.
- [4]张素梅. 透敷配合垫枕锻炼治疗胸腰椎单纯屈曲压缩性骨折 120 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(12): 33-34.
- [5]许祥明, 何定锋. 中西医结合治疗胸腰椎压缩性骨折 58 例[J]. 中医正骨, 2011, 23(2): 59.

(上接第 49 页)

组别	例数	症状缓解	复发
开腹组	49	42 (85.71)	4 (8.16)
腹腔镜组	49	48 (97.96)	1 (2.04)
X ²	-	4.9000	1.8968
P	-	$P < 0.05$	$P > 0.05$

3 讨论

子宫肌瘤是当前妇女群体中比较常见的一种良性肿瘤, 其发病率在 20%-50%左右, 通常, 子宫肌瘤呈现为白色, 有包膜, 和周围组织之间有着明显的分界, 有研究者提出, 其发病与雌激素、孕激素存在密切关系[3]。在子宫肌瘤临床治疗中, 患者是否具有生育需求是选择手术方式的重要影响因素之一, 除此之外还包括肌瘤大小、数量等。目前, 很多患者都要求尽量保留生育功能, 因而多采用子宫肌瘤剔除术[4]。随着医疗技术的发展, 腹腔镜被广泛应用于临床手术中, 由此, 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术逐渐受到了人们的欢迎, 腹腔镜手术创伤小, 切口小, 同时还能保留患者的生育功能, 对患者的生活质量影响最小。在本次研究中, 腹腔镜组手术时间、肛门排气时间和住院时

间都短于开腹组, 术中出血量也低于开腹组, 差异都有统计学意义 ($P < 0.05$)。另外, 在并发症发生率比较中, 开腹组为 20.41%, 腹腔镜组为 6.12%, 腹腔镜组低于开腹组, 表明腹腔镜手术更安全可靠。而在疗效比较中, 腹腔镜组症状缓解率则高于开腹组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 在子宫肌瘤临床治疗中, 腹腔镜手术创伤小, 恢复快, 发生率比较低, 值得推广应用。

参考文献:

- [1]姚旭阳. 腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术后肌瘤残留、复发及妊娠结局的比较[J]. 当代医学, 2015, 46(11): 74-75.
- [2]陈志美. 腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的随机对照研究[J]. 实用癌症杂志, 2015, 30(11): 1720-1722.
- [3]张翠萍. 腹腔镜下与经腹子宫肌瘤剔除手术对子宫肌瘤患者的效果比较[J]. 医学综述, 2015, 21(22): 4173-4175.
- [4]李宏, 任红莲, 吴琳, 等. 腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术后肌瘤残留、复发及妊娠疗效的比较[J]. 昆明医科大学学报, 2015, 36(10): 44-47.