



分析腹腔镜下子宫肌瘤剔除术联合术前应用促性腺激素释放激素激动剂(GnRH- α)治疗子宫体积>孕12周子宫肌瘤的治疗效果

向玉蓉 (怀化市二医院洪江医院 湖南洪江 418200)

摘要:目的 探讨腹腔镜下子宫肌瘤剔除术术前应用促性腺激素释放激素激动剂(GnRH- α)对子宫体积>孕12周子宫肌瘤患者的临床治疗价值。方法 对照组行单纯腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,研究组于术前予以GnRH- α 治疗后行腹腔镜下子宫肌瘤剔除术。结果 研究组手术时间、术中出血量、术前1d子宫肌瘤体积、术后住院时间均显著少于对照组(P 均<0.05);研究组疾病复发率(2.22%)显著低于对照组(24.44%), P <0.05。结论 术前应用GnRH- α 有利于保障大体子宫肌瘤患者腹腔镜下子宫肌瘤剔除术有效性、安全性。

关键词:子宫肌瘤 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术 促性腺激素释放激素激动剂 联合应用价值

中图分类号: R737.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)17-117-02

腹腔镜下子宫肌瘤剔除术(LM)已成为现阶段临床常用的子宫肌瘤手术方案之一,但其针对大体子宫肌瘤仍具有一定的治疗难度。基于此,本文将选取我院于2015年9月-2016年11月期间收治的90例子宫体积>孕12周子宫肌瘤患者作为本次研究对象,探讨腹腔镜下子宫肌瘤剔除术术前应用促性腺激素释放激素激动剂(gonadotropin-releasing hormone agonist, GnRH- α)对子宫体积>孕12周子宫肌瘤患者的临床治疗价值,以期为提高此病疗效及预后提供切实参考,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

90例子宫肌瘤患者年龄22-47岁、平均(38.20 $\pm$ 0.91)岁,子宫体积孕13-17周、平均(15.19 $\pm$ 0.21)周,子宫肌瘤最大直径30-156mm、平均(112.12 $\pm$ 10.46)mm,疾病类型:单发22例、多发68例。利用随机数字表法将90例子宫肌瘤患者分为研究组、对照组, $n=45$ 。研究组、对照组上述各项基础资料对比均 $P>0.05$ (具有可比性)。纳入与排除标准:①经临床检查(影像学、实验室等)结合相关症状符合世界卫生组织(WHO)制定的子宫肌瘤诊断标准;②子宫体积在孕12周以上;③属于子宫肌壁间肌瘤;④排除存在精神、血液、免疫、内分泌等系统疾病者;⑤排除合并恶性肿瘤患者;⑥具有正常的心、肝、肾功能;⑦排除合并其他子宫病变者;⑧排除处于妊娠、产褥、哺乳等特殊生理时期子宫肌瘤患者;⑨本次研究前3个月内未经任何方式治疗子宫肌瘤;⑩患者及家属对本次研究内容完全知情且自愿、独立签署相关协议,本研究通过本院医学与伦理研究会审核。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

1.2.1.1 对照组:对照组行单纯腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,具体方法如下:①术前行气管插管全身麻醉,协助患者取膀胱截

石位,常规予以消毒铺巾、留置尿管等处理;②脐缘穿刺后建立人工二氧化碳气腹并维持腹压稳定(12-15mmHg),将套管针(10mm)置入后利用腹腔镜对盆腔情况予以仔细观察,明确子宫肌瘤实际情况(大小、位置、与周围组织关系等);③左下腹(直径10mm)、右下腹(直径5mm)分别穿刺作为操作孔,置入套管针及相应器械;④子宫肌瘤周围肌层注射6u垂体后叶素+10ml生理盐水,根据子宫肌瘤实际情况选择合适的切口及方向剔除,剥离面行单或双层缝合,待肌瘤剥离完成后常规粉碎、取出送检;⑤术后抗菌药物控制或预防感染。

1.2.1.2 研究组:研究组于术前予以GnRH- α 治疗,25ug GnRH- α [注射用戈那瑞林,由安徽丰原药业股份有限公司马鞍山药厂提供(国药准字H10960063)]+0.9% 2ml氯化钠溶液肌肉注射,每间隔28d用药1次、共给药3次,待3次GnRH- α 给药完成1个月后行腹腔镜子宫肌瘤剔除术,手术方法同对照组。

1.2.2 观察指标

①治疗情况:记录两组手术时间、术中出血量、术后住院时间、不同时间点(入组当天、手术前1d)子宫肌瘤最大直径测量值;②预后情况:记录两组随访2年期间疾病复发情况。

1.3 统计学方法

本研究涉及计量资料经 $\bar{x}\pm s$ 表示,计数资料经 $n(\%)$ 表示,数据传入SPSS.19软件并实施 t/χ^2 检验, $P<0.05$ 提示相关数据差异存统计学意义。

2 结果

2.1 治疗情况

两组子宫肌瘤患者均顺利完成腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,手术成功率均100.00%。经分析可知研究组手术时间、术中出血量、术前1d子宫肌瘤体积、术后住院时间均显著少于对照组,数据对比 P 均<0.05(均存在统计学意义),如表1。

表1:两组治疗情况对比($\bar{x}\pm s$)

组别	子宫肌瘤最大直径(mm)		手术时间(min)	术中出血量(ml)	术后住院时间(d)
	入组当天	手术前1d			
研究组($n=45$)	114.12 $\pm$ 10.36	78.92 $\pm$ 5.54*★	95.47 $\pm$ 11.92*	89.21 $\pm$ 9.88*	5.90 $\pm$ 0.19*
对照组($n=45$)	111.35 $\pm$ 9.88	112.42 $\pm$ 10.02	146.72 $\pm$ 29.82	170.94 $\pm$ 27.56	7.89 $\pm$ 0.66

注: * 对照组与之对比 $P<0.05$; ★手术前1d与之对比 $P<0.05$ 。

2.2 预后情况

两组子宫肌瘤患者术后2年随访成功率均100.00%,研究组疾病复发率为2.22%,对照组为24.44%,数据对比 P 均<0.05(均存在统计学意义),如表2。

表2:两组疾病复发情况对比[$n(\%)$]

组别	复发	未复发
研究组($n=45$)	1(2.22)*	44(97.78)*
对照组($n=45$)	11(24.44)	34(75.56)

注: * 对照组与之对比 $P<0.05$ 。

3 讨论

子宫肌瘤是现阶段临床较为常见、多发的妇科良性肿瘤之一,腹腔镜下子宫肌瘤剔除术以其创伤小、痛苦少、预后好等特点,已成为目前临床治疗此病的主要手术方案。但有研究显示^[1],子宫体积较大则显著增加腹腔镜下子宫肌瘤剔除术操作难度,即瘤体较大则会影响腹腔镜手术操作空间、术野,因此术中操作失误风险、病灶残留率均较高,术后并发症发生率、疾病复发率随之增加。开腹手术虽能够有效避免子宫体积较大所致手术负面影响,但术中手术切口大、出血量高,不利于保障患者预后及维持

(下转第120页)



约 12 ~ 13 米 / 秒) 的圆盘锯片通过肋条间隙钩拉棉花纤维, 使之与棉子分离的机械。锯齿轧花机的生产效率同轧花工作箱的形状、籽棉卷的转动速度、锯片齿形及速度等因素有关。因此, 提高锯齿轧花机的主要途径是减少籽棉卷的运动阻力, 同时提高其表面运动速度, 以加快棉籽的排出。为了提高工作效率, 工人经常会冒险把防护罩拆除, 用手去推送籽棉, 或工人精神不集中, 防护手套与锯齿接触卷入, 造成伤害。

3.2 轧棉机械致手外伤致残率高原因分析

(1) 轧棉机械的特征性损伤: 轧棉机械致手外伤的共同特点为: ①损伤面积大, 组织缺损严重; ②肌腱损伤常为多处多段, 且抽脱后断端毁损不规则; ③血管、神经抽脱后损伤节段长; ④多伴有掌、指骨粉碎性骨折, 关节脱位等; ⑤创面不规则, 条索状、锯齿状、撕脱; ⑥手指多为毁损伤, 无再植条件; ⑦创面常伴有棉絮、油渍污染。(2) 治疗效果差: 轧棉机械所致的手部损伤不仅仅是单纯的软组织挫伤和皮肤裂伤, 而常常伴有皮肤割裂、缺损, 深部软组织如肌腱、神经、血管、骨骼的损伤或缺失, 尤其是手部关节的损伤难以修复, 传统的超关节内固定手术治疗掌指骨折等因素, 造成术后瘢痕、挛缩、肌腱粘连、关节僵硬伸直, 手指畸形等并发症。对手的功能和外观都造成了很大的损害。(3) 术后缺乏系统的康复治疗: 本资料显示, 本组 1137 例手外伤中, 术后接受康复治疗 116 例, 仅占受伤人数的 10.2%。得不到良好的康复治疗主要因为保险公司对治疗费用的干预有关, 患者得不到企业应给予的足够医疗费, 另外也与医生本身对术后的康复治疗不够重视有关。因此术后手功能障碍率高达 38.7%。

3.3 手外伤预防及改善预后措施

结果表明, 我市目前手外伤的发病状况, 已给社会造成巨大的经济损失。重视乡镇及个体私营企业的手外伤预防工作, 改进简陋的轧棉机械是减少事故发生的有效方法。国家对轧棉机械应制定出相应的安全标准, 限制危险程度高、致残率高的轧棉机械(如铧机)使用, 设计、开发新一代安全型轧棉机械。

良好手术治疗是手功能恢复的前提, 手外伤修复的目的在

于功能的恢复。轧棉机械致手外伤伤情复杂, 早期修复方法较多, 术前应先要对伤情作一综合判断, 认真分析后选择最佳的方法进行修复。不经关节的内固定是治疗掌指骨折, 减少关节功能障碍的重要因素^[5]。近年来, 我院研究应用有血运的第二趾跖关节、趾间关节复合趾伸肌腱、皮肤的组织瓣, 通过关节重建, 移植修复掌指关节、趾间关节背侧复合组织缺损, 通过临床应用证实能够最大限度地恢复患者的掌指关节功能, 收到良好的效果, 值得推广^[6]。

由于轧棉机械致手外伤常致关节破坏, 肌腱损伤特殊伤情, 术后系统康复治疗显得格外重要。康复治疗是最大限度地发挥手功能的保证^[7]。手外伤的康复应渗透到整个手外科临床工作中。通过有计划、有目的运动训练, 更好地消除创伤及内固定的不利影响, 促进骨折愈合和手功能的恢复。系统康复治疗是防止手外伤后关节僵硬、肌腱粘连、减少伤残, 实用且有效的方法, 在今后的临床工作中应该重视。

参考文献

- [1] 陈启康, 李卫, 黄继辉, 等. 轧棉机械致手外伤流行病学的研究. 中华手外科杂志, 2003, 4: 21-22.
- [2] 顾玉东. 手的修复与再造. 上海: 上海医科大学出版社, 1995, 3-4.
- [3] Cambell DA, Key SPJ. The hand injury severity scoring system. J Hand Surg (Br), 1996, 21: 295-298.
- [4] 潘达德, 顾玉东, 侍德, 等. 中华医学会手外科会上肢部分功能评定试用标准. 中华手外科杂志, 2000, 16: 130-135.
- [5] 张全荣, 李向荣, 南永军, 等. 不经关节的内固定治疗掌指骨折. 中华手外科杂志, 1995, 11: 191-192.
- [6] 李卫, 陈启康, 黄继辉, 等. 第二趾跖关节复合组织瓣移植治疗掌指关节背侧复合组织缺损. 临床骨科杂志, 2007, 10: 385-387.
- [7] 崔益亮. 手外伤后康复治疗的重要性. 中国康复医学杂志, 2005, 20: 797-798.

(上接第 117 页)

机体外表美观, 导致部分患者无法积极配合治疗。因此提示, 如何采取有效措施在术前适当缩小子宫肌瘤体积, 对确保腹腔镜下子宫肌瘤剔除术操作有效性、安全性具有重要价值。

GnRH- α 由人工合成获得, 是一种促性腺激素释放激素衍生物。研究表明, 子宫肌瘤的发生、发展与机体内激素调节情况密切相关, GnRH- α 给药后能够负向调节垂体从而下降卵巢分泌雌激素水平, 血清雌二醇水平随之降低并达到影响子宫肌瘤目的。此外现已明确子宫内膜及子宫肌层中均存在 GnRH 受体, 应用 GnRH- α 可有效降低子宫血供, 对抑制子宫肌层生长、缩小子宫体积均具有重要价值。因此有学者认为, 在大体积子宫肌瘤患者行腹腔镜下子宫肌瘤剔除术前应用 GnRH- α , 对缩小子宫肌瘤体积、降低腹腔镜手术操作难度、保障手术治疗有效性及安

全性均具有积极意义。本文也已通过分组研究后证实, 术前加用 GnRH- α 的研究组患者治疗情况、预后情况均优于仅单纯予以腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的对照组, 此结论与俞梅^[2]等人研究结果相符。

综上, 术前应用 GnRH- α 有利于保障大体积子宫肌瘤患者腹腔镜下子宫肌瘤剔除术有效性、安全性, 值得今后实际工作中参考使用。

参考文献

- [1] 刘英姿, 张靓, 刘平, 等. 腹腔镜手术和开腹手术治疗巨大子宫肌瘤的临床对比研究[J]. 河北医学, 2014, 20(12): 2009-2012.
- [2] 俞梅, 朱兰, 郎景和. GnRH- α 用于大子宫子宫肌瘤腹腔镜手术前治疗疗效的前瞻性研究[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(8): 588-591.

(上接第 118 页)

整体治疗效果相当。

综上所述, 支架取栓治疗伴有主动脉狭窄的脑梗死患者血管再通率更高, 且能够适当延长时间窗, 但对操作专业性及设备要求较高, 手术费用较高, 在一定程度上限制了其临床推广。静脉溶栓治疗的 mRS 神经功能良好率更高, 能够在短时间内建立侧枝循环, 尽快恢复缺血区域血流供应。因此, 在临床治疗时, 应根据患者具体情况选择适当治疗方案。

参考文献

- [1] 王桂芳, 杜景卫, 等. 静脉溶栓桥接 Solitaire 支架取栓治疗急性后循环梗死并文献复习[J]. 中华诊断学电子杂志, 2018,

6(02):129-133.

- [2] 柳青, 刘毅, 朱青峰, 等. 支架取栓治疗静脉溶栓禁忌证的急性缺血性脑卒中患者的对照研究[J]. 中国药物与临床, 2018, 18(01): 26-30.

- [3] 张健颖, 白青科, 等. 伴有主动脉狭窄的脑梗死行支架取栓和静脉溶栓的对比研究[J]. 中国实验诊断学, 2017, 21(12): 2100-2104.

- [4] 任毅, 张欢, 周栋, 等. 静脉溶栓联合 Trevo 支架取栓术治疗急性缺血性脑卒中的临床疗效[J]. 现代医药卫生, 2017, 33(11): 1611-1612+1615.

- [5] 柳青. 支架取栓治疗静脉溶栓禁忌证的急性缺血性脑卒中患者的对照研究[D]. 山西医科大学, 2017.