



# 宫腹腔镜下微创治疗子宫肌瘤的效果观察

张 勤 (湖南省怀化市第一人民医院, 湖南怀化 418000)

**摘要:** **目的** 探讨宫腹腔镜治疗子宫肌瘤的价值。**方法** 选取我院子宫肌瘤患者, 分为研究组 (接受宫腹腔镜术) 和对照组 (接受开腹术)。对比 (1) 两组肌瘤数量、重量及最大肌瘤直径。(2) 两组术中出血量、肛门排气时间、术后住院天数。**结果** (1) 两组肌瘤数量、肌瘤重量及最大肌瘤直径结果比较无差异 ( $P>0.05$ )。(2) 两组术中出血量、肛门排气时间、术后住院天数结果比较有差异 ( $P<0.05$ )。**结论** 与传统开腹手术相比, 宫腹腔镜下微创治疗子宫肌瘤具有创伤小、术后恢复快的优势。

**关键词:** 宫腹腔镜 子宫肌 开腹手术

**中图分类号:** R737.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 09-111-02

子宫肌瘤在育龄妇女中发病率较高, 目前仍以药物为主要治疗手段。2014 年有学者对我国妇产科医院进行统计, 结果发现约有 25 万例患者接受子宫肌瘤手术<sup>[1]</sup>。子宫肌瘤手术主要分为肌瘤剔除术、次全子宫切除术、全子宫切除术。按手术路径分为开腹、阴式手术及腹腔镜 (腹腔镜和宫腔镜) 手术。宫腹腔镜具有创伤小、恢复快而易被患者接受。因此本文选择子宫肌瘤患者为研究对象, 探讨宫腹腔镜和开腹手术在手术出血量、术后患者康复上得差异。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2011 年 1 月-2016 年 4 月我院诊断为子宫肌瘤的患者, 分为 50 例研究组 (接受宫腹腔镜术) 和 50 例对照组 (接受开腹术)。研究组平均年龄 ( $44.9 \pm 6.5$ ) 岁, 子宫肌瘤平均病程为 ( $5.4 \pm 0.9$ ) 年; 对照组平均年龄 ( $48.6 \pm 12.9$ ) 岁, 子宫肌瘤平均病程为 ( $5.3 \pm 0.8$ ) 年。两组人员年龄、子宫肌瘤平均病程上无差异。

### 1.2 纳入标准

(1) 子宫肌瘤瘤体压迫邻近器官, 引起相应症状; (2) 子经期延长、经量过多; (3) 肌瘤有变性者。

### 1.3 排除标准

(1) 恶性肿瘤者; (2) 精神疾病者。

### 1.4 手术方法

1.4.1 对照组 手术前完善各项检查。采用连续硬膜外麻醉, 仰卧位, 全麻后消毒铺巾, 选择下腹正中直切口或者耻骨联合上弧形切口, 开腹进入腹腔, 仔细探查腹腔情况, 行子宫肌瘤剔除术。子宫肌瘤残腔创面用 0 号或 1 号爱惜康可吸收缝合线, 圆针 8 字缝合或间断缝合残腔止血; 清理盆腔后缝合腹壁切口, 长 8 ~ 12cm。

1.4.2 研究组 仰卧位, 全麻后消毒铺巾。子宫颈肌瘤: 用环形电极从包埋最薄处进道, 切抵肌瘤后适当延长切口, 自包膜内将肌瘤完整剥出; 单一浆膜下肌瘤仅采用腹腔镜, 方法为在脐周处行 10mm 切口, 垂直进气腹针, 进入腹腔, 充入 CO<sub>2</sub> 至 13mmHg。置腹腔镜, 于脐与左右髂前上棘连线中外 1/3 处各做 10mm 及 5mm 切口, 必要时在耻骨联合上方做 5mm 切口。浆膜下肌瘤用钳夹电凝蒂部并切断, 电凝止血。肌壁间肌瘤及黏膜下肌瘤在宫腹腔镜的辅助下, 于腹腔处打 3 ~ 4 个小孔, 可视下做肌瘤切除术。

### 1.5 观察指标

对比 (1) 两组肌瘤数量、重量及最大直径。(2) 两组术中出血量、肛门排气时间、术后住院天数。

### 1.6 统计学方法

将资料录入 SPSS19.0 统计软件, 计量资料采用均数  $\pm$  标准差描述, 采用 t 检验, 计数资料采用卡方检验, 当  $P<0.05$ , 判断有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组肌瘤数量、重量及最大直径

两组肌瘤数量、重量及最大直径结果比较无差异 ( $P>0.05$ ), 见表 1。

### 2.2 两组术中出血量、肛门排气时间、术后住院天数

两组术中出血量、肛门排气时间、术后住院天数比较有差异

( $P<0.05$ ), 见表 2。

表 1: 两组肌瘤数量、重量及最大直径

| 组别  | 肌瘤数量 (个)        | 肌瘤重量 (g)       | 最大肌瘤直径 (cm)     |
|-----|-----------------|----------------|-----------------|
| 研究组 | $3.72 \pm 1.27$ | $32.9 \pm 4.3$ | $5.26 \pm 1.24$ |
| 对照组 | $3.66 \pm 1.13$ | $32.8 \pm 5.1$ | $5.23 \pm 1.19$ |
| t   | 0.359           | 0.469          | 0.427           |
| P   | >0.05           | >0.05          | >0.05           |

表 2: 两组术中出血量、肛门排气时间、术后住院天数

| 组别  | 术中出血量 (ml)       | 肛门排气时间 (h)     | 术后住院天数 (天)    |
|-----|------------------|----------------|---------------|
| 研究组 | $89.6 \pm 17.1$  | $24.1 \pm 3.2$ | $4.9 \pm 1.6$ |
| 对照组 | $135.6 \pm 36.4$ | $33.4 \pm 6.2$ | $7.0 \pm 2.5$ |
| t   | 6.34             | 5.67           | 4.68          |
| P   | <0.05            | <0.05          | <0.05         |

## 3 讨论

子宫肌瘤患者多数没有症状, 当子宫肌瘤出现压迫症状或生长位置不佳时会引起子宫出血, 腹部包块, 白带增多等。目前临床上仍然以子宫切除术作为症状性子宫肌瘤的根治手段, 传统开腹手术技术成熟, 操作简单, 可更为较好的清除肌瘤、但是其缺点也同样十分明显<sup>[2]</sup>。

近年来微创技术得到快速发展, 宫腹腔镜正在逐步替代传统手术, 美国学者指出腹腔镜手术所占比例从 1998 年得 11% 提高到 2014 年得 63%。宫腹腔镜其安全性、微创性得到临床工作者的认可, 有研究显示宫腹腔镜不仅手术创伤少, 而且出血量低, 术后恢复快<sup>[3]</sup>。

宫腹腔镜具有以下优势: (1) 头低足高体位, 降低静脉压, 从而减少手术中出血量。(2) 解剖层次清楚, 利于手术止血<sup>[4-7]</sup>。(3) 无需关腹、开腹, 手术时间短。(4) 相对封闭的盆腔环境, 腹腔干扰少, 手术后恢复快, 误工时间短。(5) 缩小手术范围, 保留生育功能<sup>[8]</sup>。

对于蒂的直径在 0.3-0.5cm 的浆膜下肌瘤, 可以采用电凝或结扎其蒂后剔除的方法。其余肌瘤在剔除后, 均应缝合子宫缺损, 以减少子宫感染, 术后形成瘘管、腹腔粘连、子宫破裂的风险。<sup>[5]</sup>当创面较深时, 需采用 1 号或 0 号可吸收缝合线进行分层缝合的方法。

因此, 本文认为宫腹腔镜下微创治疗子宫肌瘤具有创伤小、术后恢复快的优势。

## 参考文献

- [1] 李光仪, 尚慧玲, 陈露诗. 腹腔镜下不同子宫切除术 2272 例临床分析 [J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40(3):170-171.
- [2] 郎景和, 冷金花. 妇科腹腔镜的现状和展望 [J]. 实用妇产科杂志, 2002, 18(2):68-70.
- [3] 马丽, 谢淑武, 朱焰. 子宫肌瘤相关研究进展 [J]. 生殖与避孕, 2007, 27(10):679-683.
- [4] 姚书忠, 姜红叶. 腹腔镜子宫手术的相关解剖、手术技巧及并发症防治 [J]. 实用妇产科杂志, 2010, 26(5):324-326.
- [5] 汪艳. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术临床分析 [J]. 安徽医学, 2010, 31(9):81-82.

(下转第 113 页)



鞘充盈容量及最低有效麻醉药物浓度。因此,左布比卡因 50mg 混合利多卡因 200mg 用生理盐水稀释至 40ml,这样的容量及最低有效麻醉药物浓度阻滞臂丛神经比较完善,维持时间长,不良反应少。

### 参考文献

- [1] 赵波. 不同浓度罗哌卡因复合利多卡因在臂丛肌间沟神经阻滞的应用[J]. 中国当代医药, 2011, 05: 64-65.
- [2] 高民强, 杨卫兵, 陈文波. 不同浓度与容量的罗哌卡因用于肌间沟臂丛神经阻滞的效应比较[J]. 慢性病学杂志, 2010, 07: 604-60.
- [3] 申富生. 不同剂量甲磺酸罗哌卡因在肌间沟臂丛神经阻滞的应用[J]. 河北医药, 2010, 05: 603-604.
- [4] 王爱桃, 徐建军, 姚尚龙, 武庆平, 崔永武, 邱颐, 等. 剂量不同浓度局麻药用于锁骨下臂丛神经阻滞效果的比较[J]. 临床麻醉学杂志, 2011, 01: 32-33.
- [5] 唐进辉, 李国俊, 董大卿, 盘芳, 朱琼翠. 改良法肌间沟臂丛神经阻滞在上肢手术中的应用[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 18: 4346.
- [6] 杨立明, 黄礼堂. 改良肌间沟臂丛神经阻滞法可行性临床分析[J]. 临床医学, 2010, 06: 84-85.
- [7] 庄心良, 曾因明, 陈伯奎. 现代麻醉学第 3 版. 第 41 章 局部麻醉与神经阻滞 二、臂丛神经阻滞 (四) 肌间沟阻滞法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1057.
- [8] 周晓彬, 纪新强, 徐莉. 医用统计学软件 PPMS 1.5 的组成和

应用特点[J]. 齐鲁医学杂志, 2009, 24(1): 29-32.

- [9] Tekin M, Gurkan Y, Ceylan DB, et al. Ultrasound-guided b-ilateral infraclavicular block: case report. Agri, 2010, 22: 41-43.
- [10] 庄心良, 曾因明, 陈伯奎. 现代麻醉学. 第 3 版. 第 27 章 局部麻醉药 二、酰胺类局麻药 (一) 利多卡因[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 630.
- [11] 袁长青. 臂丛合并尺神经阻滞用于尺骨手术的麻醉效果观察[J]. 中外医学研究, 2011, 05: 76.
- [12] 赵景朝, 王振宇, 邓海燕, 成芳, 徐钦, 王勇, 齐征. 经肌间沟臂丛-尺神经联合阻滞与单臂丛阻滞用于前臂手术的效果观察[J]. 临床军医杂志, 2011, 01: 148-149.
- [13] Nunez Aguado D, Lopez Alvarez S, Salamanca Montana ME, et al. Brachial plexus block with levobupivacaine at the humeral canal: comparison of a small volume at high concentration with a large volume at low concentration. Rev Esp Anesthesiol Reanim, 2005, 52: 529-535.
- [14] 庄心良, 曾因明, 陈伯奎. 现代麻醉学. 第 3 版. 第 41 章 局部麻醉与神经阻滞 二、臂丛神经阻滞[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1054-1057.
- [15] Pippa P, Cuomo P, Panchetti A, et al. High volume and low concentration of anaesthetic solution in the perivascular inter-scalene sheath determines quality of block and incidence of complications. Eur J Anaesthesiol, 2006, 23: 855-860.

(上接第 109 页)

未出现明显不良反应,说明阿托伐他汀治疗高脂血症疗效安全显著。

他汀类药物是临床治疗高脂血症常见药物,阿托伐他汀是一种新型的人工合成的 HMG-CoA 还原酶抑制剂<sup>[6]</sup>,对 HMG-CoA 还原酶合成过程进行抑制,减少胆固醇量,刺激细胞合成低密度脂蛋白受体加快,增强肝脏表面 LDL 受体数目,加快 vLDL、LDL 残粒经受体降解代谢,降低 LDL-C、TG 水平,将血脂控制在正常水平。阿托伐他汀具有见效快、持续时间长、降脂作用明显等特点,可有效稳定动脉粥样硬化斑块,改善血管内皮功能,达到降低血压、抗心律失常的作用。

本组结果显示,观察组患者 TG、TC、LDL-C 水平较对照组更低, HDL-C 水平上升,说明阿托伐他汀可有效改善高脂血症患者血脂水平,减轻患者痛苦。观察组患者治疗总有效率高达 90.70%,与对照组 79.07% 显著提高,不良反应少,疗效安全显著,获得了广大医师和患者的认可,值得推荐应用。

### 参考文献

(上接第 110 页)

愈合<sup>[4]</sup>。奥曲肽、凝血酶联合治疗既降低门脉压力,又达到局部止血的目的。从本研究结果来看,观察组输血量、止血时间以及住院时间均显著低于对照组( $P<0.01$ );观察组再次出血率显著低于对照组( $P<0.05$ );观察组治疗的总有效率显著高于对照组( $P<0.05$ )。

综上所述,在肝硬化合并上消化道出血治疗中应用奥曲肽、凝血酶联合治疗显著降低输血量,缩短止血时间和住院时间,抑制再次出血情况的发生,提高临床疗效,值得临床推广应用。

### 参考文献

(上接第 111 页)

- [6] 陈静, 李红, 田禾芬, 等. 经阴道子宫肌层剥除术 24 例临床分析[J]. 重庆医学, 2008, 37(11): 1267 ~ 1268.
- [7] Jansen F W, Vredevoogd C B, Van Uzen K, et al. Complications of hysteroscopy: a prospective multicenter study[J]. Obstet

[1] 沈奎, 张力华. 阿托伐他汀对老年高脂血症患者血尿酸的影响[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(7): 1265-1266.

- [2] 谭绍云. 瑞舒伐他汀与阿托伐他汀对 ACI 并高脂血症、CAS 患者血脂及 CAS 斑块的疗效比较[J]. 山东医药, 2014, 12(21): 55-57.
- [3] 赵洪君. 瑞舒伐他汀和阿托伐他汀对冠心病伴高脂血症病人降脂效果的对比研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(6): 622-624.
- [4] 李宏权, 张亚峰, 曲丽园等. 阿托伐他汀与辛伐他汀治疗原发性高脂血症的疗效比较[J]. 检验医学与临床, 2014, 09(10): 1402-1403.
- [5] 张薇. 应用阿托伐他汀治疗高脂血症的临床疗效观察[J]. 当代医药论丛, 2014, 21(1): 9-10.
- [6] 黄一聆. 阿托伐他汀与辛伐他汀治疗原发性高脂血症的临床药理疗效比较[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2015, 15(71): 95-95.

[1] 黎勇强. 凝血酶联合奥曲肽治疗肝硬化合并上消化道出血的临床分析[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(18): 4169-4170.

- [2] 薛秀. 凝血酶联合奥曲肽治疗肝硬化合并上消化道出血的临床分析[J]. 中国实用医药, 2015, 10(15): 144-145.
- [3] 李晓红. 奥曲肽联合凝血酶治疗肝硬化合并上消化道出血疗效观察[J]. 临床合理用药, 2013, 6(7): 66.
- [4] 王秀华, 张萍, 鞠连合. 奥曲肽联合凝血酶治疗肝硬化合并上消化道出血的临床疗效分析[J]. 中国实用医药, 2016, 11(14): 128.

Gynecol, 2012, 96(2): 266.

- [8] Shokeir, Ta. Hysteroscopic management in submucous fibroids to improve fertility[J]. Arch Gynecol Obstet, 2013, 273(1): 50-54.