



• 临床研究 •

阴式与腹式子宫肌瘤剔除术对比分析

姜雄飞(冷水江市人民医院, 湖南娄底 417500)

摘要: **目的** 分析对比阴式与腹式子宫肌瘤剔除术的临床效果。**方法** 将92例在我院接受子宫肌瘤剔除术的患者作为研究对象, 随机分为实验组和对照组, 各46例。给予实验组阴式子宫肌瘤剔除术, 对照组采用腹式子宫肌瘤剔除术, 对比分析两组患者的手术效果。**结果** 在手术时间、住院时间、术中出血量等一般指标中, 实验组明显优于对照组; 此外实验组手术总有效率(95.65%)高于对照组(78.26%), $P<0.05$, 其差异具有统计学意义。**结论** 阴式子宫肌瘤剔除术与腹式子宫肌瘤剔除术比较, 前者具有术中出血量少、术后恢复快、手术创伤小等优势, 在临床上值得推广应用。

关键词: 阴式 腹式 子宫肌瘤剔除术 对比

中图分类号: R737.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2016)10-170-02

前言

子宫肌瘤是女性常见肿瘤之一, 是因女性生殖器官中的子宫平滑肌细胞的增生而导致的一种肿瘤病, 又被称为子宫平滑肌瘤^[1]。在相关研究数据中发现, 子宫肌瘤大多发生于育龄、性生活不协调、育龄妇女中。随着女性对自身健康安全意识的不断提高, 越来越多的女性都会选择定期健康检查, 从而使子宫肌瘤患者的检出数量在不断地增加^[2]。目前在临床上, 手术是治疗子宫肌瘤的常用方法。一般通过对女性的年龄、肌瘤部位、患者要求等来选择手术方式。腹式子宫肌瘤剔除术是一种传统的手术方法, 但因其手术中出血多且时间长等缺点的影响, 使得阴式子宫肌瘤剔除术逐渐在临床中受到青睐。本文就阴式与腹式子宫肌瘤剔除术的临床效果进行分析对比, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2014年7月~2015年7月在我院接受手术治疗的92例子宫肌瘤患者作为研究对象, 随机分为实验组(46例)和对照组(46例)。两组患者经过诊断均符合患病标准, 且排除其它过敏反应。对照组患者年龄最小为21岁, 最大为45岁, 平均年龄 33.65 ± 2.64 岁; 子宫肌瘤直径最短为2.5cm, 直径最长为7.5cm, 平均直径为 5.34 ± 1.61 cm。实验组患者年龄最小为22岁, 最大为48岁, 平均年龄 35.37 ± 1.14 岁; 子宫肌瘤直径最短为2.6cm, 直径最长为7.8cm, 平均直径为 5.74 ± 1.21 cm。比较两组患者的病情、年龄等一般资料, $P>0.05$, 其差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 治疗方法

给予实验组阴式子宫肌瘤剔除术。在患者的膀胱进行消毒后取截石位, 铺上孔巾, 若肌瘤位于子宫后壁则取阴道后穹窿横切口, 于前壁则取前穹窿横切口。若前后壁都有较大肌瘤存在, 则阴道前、后穹窿黏膜都需切开。当宫体后壁有最大肌瘤, 要切开后穹窿阴道黏膜把子宫往后翻; 当最大肌瘤位于后壁则切开后穹窿前翻子宫。在开取切口前为减少出血情况, 为把阴道壁黏膜鼓起分离需注射0.5mg的250mL肾上腺素生理盐水。切开露出肌瘤后再注射20U宫缩素到子宫肌层内, 后将子宫肌壁与肌瘤分开, 再剔除肌瘤。若肌瘤较大无法一次完整剔除, 则可分块取出。肌瘤剔除完整后用1-0可吸缝合线缝合切口, 将宫体消毒后再用防粘连剂涂抹宫体切口后放回盆腔。

对照组采用腹式子宫肌瘤剔除术。患者平卧, 手术前行碘伏消毒并铺巾, 作一横行切口于耻骨联合上横处, 层层切开腹部组织, 直至子宫显露, 子宫切口据肌瘤部位而进行选择, 剔除肌瘤后止血, 先用1号线以“8”字缝合瘤腔, 将宫体放回盆腔后, 再逐层缝合切口, 最后关上腹部刀口。

1.3 观察指标与疗效判断标准

经过手术后, 比较两组患者的手术情况, 内容有: 术中出血量、手术时间、术后排气时间、住院时间等。术后1个月观察两组患者的手术治疗效果: 身体相关体征恢复正常, 子宫肌瘤消失1个月以上为显效; 患者身体相关体征恢复正常, 子宫肌瘤术后1个月直径明显缩小为有效; 患者相关体征及子宫肌瘤直径无明显变化为无效。总有效

率 = (显效 + 有效) / 例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学原理

使用SPSS18.0统计学软件对数据进行分析处理, 计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示, 使用t检验, 以 χ^2 检验计数资料, $P<0.05$, 则差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者的手术相关指标

如表1所示, 在手术时间、排气时间、住院时间、术中出血量等一般指标中, 实验组手术效果明显优于对照组, 且 $P<0.05$, 其差异具有统计学意义。

表1: 比较两组患者的手术相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	住院时间 (d)	排气时间 (min)	术中出血量 (mL)
对照组	46	68.15 ± 1.34	8.34 ± 1.26	28.64 ± 1.71	108.35 ± 2.78
实验组	46	42.21 ± 1.24	6.85 ± 1.35	24.55 ± 1.21	88.14 ± 1.75
t		37.31	2.26	4.66	14.22
P		<0.01	<0.05	<0.01	<0.01

2.2 两组患者手术效果比较

术后1个月, 实验组患者总有效率为95.65%, 对照组为78.26%, 实验组总有效率明显高于对照组, $P<0.05$, 其差异具有统计学意义。如表2。

表2: 两组患者手术治疗效果比较 (n%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	46	15(32.61)	21(45.65)	10(21.74)	36(78.26)
实验组	46	28(60.87)	16(34.78)	2(4.35)	44(95.65)*
χ^2		7.38	1.13	6.13	6.13
P		<0.01	>0.05	<0.01	<0.01

注: 与对照组比较, * $P<0.05$, 差异具有统计学意义。

3 讨论

子宫肌瘤是一种女性良性肿瘤疾病。随着患病人群的不断增长, 人们对子宫肌瘤的认识也在不断积累增多。子宫肌瘤在病发时会出现白带增多、腹痛、非经期流血等症状, 严重影响到女性患者的正常生活, 对身体的健康安全也带来了不同的威胁。若患者诊断出子宫肌瘤, 通过药物治疗是无法达到根治的效果的, 必须要经过手术, 才可以阻止病情的恶化。但患者往往对子宫手术有着深切地担忧, 害怕损伤到子宫影响其功能而造成不孕^[3]。随着现代科技的不断地发展, 手术治疗技术也得到了明显改善。

腹式子宫肌瘤剔除术是一种传统的手术方法, 在手术中不仅会对患者的身体产生较大的损伤, 也会对患者的生育功能产生一定的影响。而阴式子宫肌瘤剔除术与其进行比较, 其优点有: 无需开腹, 对腹部影响小, 从而对身体的伤害也减少; 利用阴道进行手术, 创口小, 出血量降低, 恢复快; 疼痛减少, 住院时间短, 费用降低; 操作方便直观, 减少瘢痕, 并发症少等。更重要的是阴式子宫肌瘤剔除术可以更好地保护子宫的生育功能, 降低患者的心理压力^[4]。但是在进行阴式



子宫肌瘤剔除术中,因为阴道空间比较小,且阴道壁比较脆弱,因此进行手术的医生不仅需要有过硬的手术技术,而且相关的理论知识一定要完备。术前做好准备工作,手术中要掌握力度与适应性^[5]。在手术中,对翻出的子宫一定要小心对待,且需提前确认肌瘤的准确位置,保证手术的精细化和规范化。手术结束后,处理好伤口,避免感染,对切口的缝合要严谨认真,注意止血,确保手术的成功。

本次研究中,实验组患者在手术时间、排气时间、住院时间、术中出血量等一般指标中比对照组效果更好,且对照组总有效率(78.26%)低于实验组(95.65%), $P<0.05$,差异具有统计学意义。阴式子宫肌瘤剔除术比腹式子宫肌瘤剔除术临床效果更显著,值得推广应用。

参考文献

(上接第166页)

能更有效的缓解患者髋关节疼痛,有助于患者髋关节功能恢复,单一使用某一种治疗方法,难以达到较好的近期和远期疗效,因此,可视患者病情,合理选择治疗方法。

参考文献

[1] 杨效宁,杨静,沈彬等.髋臼骨折术后创伤性骨关节炎的治疗[J].中华骨科杂志,2005,25(12):721-724.

[2] 甄平,周胜虎,李旭升等.髋臼骨折内固定术后继发创伤

[1] 曾小燕,宋秀俊.经阴式与腹式子宫肌瘤剔除术的比较[J].微创医学,2013,8(04):466-467.

[2] 肖成炜,许翔.阴式与腹式子宫肌瘤切除术临床分析[J].中华全科医学,2013,11(03):375-377.

[3] 吕慧媚.阴式子宫肌瘤剔除术与腹式子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤的疗效对比分析[J].临床医药文献杂志,2015,2(09):1614-1615.

[4] 王耀楷,王恺,都红蕾.阴式子宫肌瘤剔除术与经腹子宫肌瘤剔除术临床疗效对照研究[J].黑龙江医学,2014,38(09):1020-1021.

[5] 郑玉霞.阴式子宫肌瘤剔除术与腹式子宫肌瘤剔除术的比较研究[J].中国实用医药,2014,9(07):53-54.

性髋关节炎并股骨头坏死的全髋关节置换[J].中华创伤骨科杂志,2015,17(8):676-681.

[3] 龙飞.髋臼骨折术后创伤性骨关节炎的临床治疗研究[J].医学美容美容,2015,25(4):233-234.

[4] 倪建龙,王坤正,党晓谦等.全髋关节置换术治疗髋臼骨折后创伤性骨关节炎的疗效观察[J].中华关节外科杂志,2014,19(4):456-460.

[5] 陈云苏,张先龙,邵俊杰等.髋臼骨折后全髋关节置换术的初步临床结果[J].中华关节外科杂志,2008,2(2):140-145.

(上接第167页)

疗水平的提升,具有临床推广意义。

参考文献

[1] 吴万碧,王正书.药剂师在临床合理用药中的作用探讨[J].中国医药指南,2014,08(30):347-348.

[2] 宋金波,宋锦飞.静脉药物配置中心对合理用药及临床药师培养的促进作用[J].药学服务与研究,2015,06(03):222-225.

[3] 北京市药品不良反应监测中心.2013年北京市药物滥用监测报告书发布[J].首都医药,2013,07(13):59-61.

[4] 中国医院用药评价与分析杂志社.科学家研究发现超级细菌以抗生素为食[J].中国医院用药评价与分析杂志,2013,08(04):303-304.

[5] 杨福荣.药剂师在临床合理用药中的作用分析[J].中国医药指南,2013,11(02):391-395.

[6] 崔晓萍,杨俊红,张孟涛.1280份住院病历抗菌药物不合理应用分析[J].中国当代医药,2013,05(30):156-157.

[7] 刘乔明,刘跃林.基本药物不合理应用3例分析[J].临床合理用药杂志,2013,06(01):68-69.

(上接第168页)

输血环境及输血科信息管理系统的建设。为保障血浆的正常溶解,避免血浆絮状、血磷脂脂肪血可购置相应的溶浆器等,而血库则加强温度、杀菌、消毒设备的购买及质量检测,保障血库血浆的卫生、安全。同时,建立血库血液保存、检验、出库、使用于一体的信息管理系统,及时了解血库存及血浆的使用情况,提高输血安全性。通过对血站收到的反馈输血信息进行临床分析,可帮助血站、医院及时发现采血、输血过程中存在的问题并采取有效的解决对策,避免不良输血事件的发生,

保障输血患者的生命健康,提高血站、医院的信誉。

参考文献

[1] 曹雁,胡昭宇,冯江,等.输血科输血安全隐患分析及应对措施[J].国际检验医学杂志,2015,36(03):405-407.

[2] 张雅妮,刘佳,孟庆,等.输血全过程质量控制与关键控制点[J].临床输血与检验,2015,17(06):567-569.

[3] 袁强.血站反馈输血信息临床分析及处理[J].医药与保健,2014,22(08):156-157.

(上接第169页)

但并无显著差异,而且实验组患者术后输卵管再通率及妊娠率都高于对照组,具有良好的治疗效果。

研究显示,术后妊娠率与患者盆腔输卵管病变程度密切相关。患者输卵管完全阻塞、盆腔粘连致密时,给予患者粘连松解术后,其术后妊娠率要低于输卵管部分阻塞、盆腔轻中度粘连患者。因此,给予患者宫腔镜联合腹腔镜治疗后,应依据患者输卵管及盆腔病变程度给予患者相应的妊娠指导或妊娠辅助。通常,术后18个月内未最佳的妊娠时机,患者输卵管及盆腔病变程度属于中轻度时,医生应在术后积极的指导患者,促使患者尽早妊娠,如患者病变程度属于重度,应建议患者术后接受辅助生殖技术,实现妊娠^[5]。

综上所述,输卵管性不孕患者采用宫腔镜腹腔镜联合治疗时,具有良好的治疗效果,可提高患者输卵管再通率,促使患者尽早妊娠,提升术后妊娠率,改善患者预后,提高患者的生活质量,具有非常高

的临床价值,应在临床中进一步的推广应用。

参考文献

[1] 谢实.输卵管性不孕症手术治疗的比较及探讨[J].临床和实验医学杂志,2013,12(01):47-48.

[2] 江依群,冯爱辉,周晔.宫腹腔镜联合下输卵管疏通术治疗不孕症的临床分析[J].实用医学杂志,2013,29(02):248-250.

[3] 刘静,赵霞,郑丽琴等.宫腹腔镜联合导丝治疗输卵管梗阻性不孕症的临床价值[J].中国妇幼保健,2013,28(20):3317-3319.

[4] 廖育新,刘静,朱春梅.不同方式治疗输卵管性不孕的临床效果及相关因素的分析[J].检验医学与临床,2015,12(02):232-233.

[5] 赵金艳.腹腔镜下输卵管逆行插管联合宫腔镜治疗输卵管性不孕的疗效观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2015,2(12):132-133.