

宫腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤患者疗效及围手术期血液流变化情况

闻珍珍

柳州市妇幼保健院 广西柳州 545001

【摘要】目的 探析宫腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤的效果及围手术期血液流变化情况。**方法** 选择 80 例黏膜下子宫肌瘤患者,均来自 2020.01-2021.01 我院妇科收治的患者,按照随机数字表法分组,对照组患者接受开放式子宫肌瘤剔除术,实验组患者接受宫腔镜电切术治疗,观察患者治疗效果、血液流变学指标、不良事件占比。**结果** 实验组治疗总有效率对比对照组较高, $P < 0.05$, 手术治疗前, 两组患者血浆浓度、全血高切、全血中切以及全血低切各项指标无明显差异, $P > 0.05$ 。手术治疗后, 实验组各项血液流变学指标明显低于对照组, $P < 0.05$ 。两组不良事件占比比较后显示, 实验组更低, $P < 0.05$ 。**结论** 对于黏膜下子宫肌瘤患者而言, 使用宫腔镜电切术治疗可取得显著价值, 降低不良事件占比的同时, 有效改善患者血液流变学指标。

【关键词】 宫腔镜电切术; 黏膜下子宫肌瘤; 疗效; 血液流变学指标

【中图分类号】 R737.33

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2023) 05-041-02

子宫肌瘤是人体中众多常见良性肿瘤之一^[1-2]。发病时常会出现月经异常、周期紊乱、经期延长等症状。病情进展到一定阶段, 患者可在下腹部触及包块, 且伴随局部压痛, 部分患者可出现腰背部疼痛以及下腹部明显坠胀感^[3]。在我国, 发病人群主要以 35-50 岁女性最为多见, 有相关资料统计证明, 35 岁以上的女性约有 20% 会患有多发性子宫肌瘤^[4]。黏膜下子宫肌瘤主要指子宫肌瘤突出向宫腔内持续生长, 患有此病的患者常伴随月经量大以及周期时间较长, 严重时会导致继发性贫血, 出现面色苍白、心慌气短以及全身乏力等不良症状。既往针对该病主要治疗手段是开腹剔除肌瘤, 部分患者甚至需要摘除整个子宫, 由于该手术方式创伤较大, 可导致多种并发症出现。随着微创外科术式广泛应用, 宫腔镜电切术得到广大妇科医师的认可, 此手术方式不仅可缩短手术时间, 且手术创伤较小, 患者术后康复速度较快^[5]。鉴于此, 我院则对本院于 2020.01-2021.01 在妇科住院的 80 例黏膜下子宫肌瘤展开研究, 探析对其实施宫腔镜电切术治疗发挥的作用如何, 现将研究结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

使用随机数字表法将 2020.01-2021.01 在我院妇科接受手术治疗的 80 例黏膜下子宫肌瘤患者分成两个人数均等的小组, 其中, 对照组共有 40 例患者, 年龄范围 34-55 岁, 年龄均值为 (45.21 ± 1.35) 岁, 肌瘤直径 2.5-10.2cm, 直径均值为 (5.35 ± 0.38) cm, 其中有 25 例患者已婚已育, 14 例患者已婚但未育, 1 例患者未婚未育。实验组患者人数同对照组, 年龄范围 35-54 岁, 年龄均值为 (45.37 ± 1.21) 岁, 肌瘤直径 2.7-10.1cm, 直径均值为 (5.49 ± 0.29) cm, 其中已婚已育患者有 23 例, 已婚未育患者有 15 例, 未婚未育患者有 2 例, 一般资料上, 两组无明显差异, $P > 0.05$ 。

纳入标准: (1) 患者临床信息资料完整; (2) 患者对本次研究完全知情, 并且自愿参与本次研究; (3) 患者神志清楚无言语障碍; (4) 年龄 50 岁以下的患者。

排除标准: (1) 临床资料不完善以及中途退出研究的患者;

(2) 患者精神和认知均存在障碍; (3) 患者合并有其他严重疾病; (4) 存在听力障碍的患者。

1.2 方法

两组患者术前均给予以下护理: (1) 鼓励患者多食用营养价值较高、维生素含量较高的食物, 多吃牛奶、鸡蛋、新鲜瓜果蔬菜等食物以增强患者体质。 (2) 叮嘱患者在术前 2 周禁止同房, 避免发生感染, 影响预后。 (3) 手术结束后两组均给予置管引流、并且进行抗感染治疗。

对照组患者接受传统开腹剔除手术: (1) 对患者使用气管插管全身麻醉成功之后, 在患者下腹部正中进行纵切口, 切口大小大约 10-12cm, 后逐步切开脂肪层、肌肉层、鞘膜层以及腹膜层, 待腹膜切开后, 进入腹腔。 (2) 进入腹腔后, 需用纱布将肠管包裹以避免手术过程中对肠管造成损伤。 (3) 后将子宫完全暴露出来, 由于子宫畸瘤有完整包膜, 需在长有病灶的地方将子宫肌用手术刀剖开, 后将病灶从子宫肌层中剔除, 对于多个肌瘤最佳方式是从一个切口进行切除多个病灶。 (4) 最后缝合好子宫切口, 再将腹壁一层一层缝合好, 直至将腹腔完全关闭。

实验组患者接受宫腔镜电切术治疗: (1) 由责任护士帮助患者取膀胱截石位, 采用连续硬膜外麻醉方式进行麻醉, 使用宫颈扩张棒将患者宫口扩张至 8cm 左右。 (2) 使用碘伏对患者阴道进行消毒处理, 使用宫颈钳固定好宫颈后将电切镜置入。 (3) 对患者子宫腔特征以及肌瘤特征进行观察, 确定电切方向、深度以及范围后, 将电切功率调整为 80w, 缓慢将子宫肌瘤组织从子宫肌层中切除。 (4) 在切除过程中应密切关注切割器的位置, 避免电切环穿出子宫壁导致子宫穿孔发生。 (5) 如若患者切除面积较大, 可将宫内节育器置入防止术后出现黏连情况。 (6) 将切除病灶送至病理科进行进一步检查。

1.3 观察指标

(1) 对比治疗效果, 根据疗效判断^[6]: 显效: 患者经过 B 超等检查显示, 子宫腔内所有肌瘤均已切除干净, 且患者月经量、月经周期均已恢复正常。有效: 经过 B 超等检查显示, 凸向宫腔内肌瘤被切除干净, 患者月经量减少、月经周期逐步恢复正常。无效: 患者经 B 超检查后显示, 有肌瘤切除不彻底情况且需再次进行手术干预, 月经量无减少迹象。总有效率: $(\text{显效} + \text{有效}) / \text{总人数} \times 100\%$ 。 (2) 对比血液流变学指标 (血浆浓度、全血高切、全血中切以及全血低切), 分别在术前和术后 7d 采集静脉血后送往检验室进行检测 (患

者空腹状态下)。(3)对比患者不良事件占比。

1.4 统计学处理

采用 SPSS21.0 统计分析软件,符合正态分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,两组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 。为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果对比

治疗后,两组总有效率对比,实验组高, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1: 治疗效果 (n = 40, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	12	15	12	28 (70.00)
实验组	15	21	4	36 (90.00)
χ^2	-	-	-	5.000
P	-	-	-	0.025

2.2 血液流变学指标对比

术前,两组血液流变学指标无差异, $P>0.05$ 。术后,实验组四项指标均低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2: 血液流变学指标 (n=40, mPa·s)

组别	血浆浓度		全血高切	
	术前	术后	术前	术后
对照组	3.01±0.34	2.59±0.11	4.28±0.57	3.75±0.51
实验组	3.14±0.59	1.52±0.23	4.23±0.21	2.55±0.52
t	1.059	29.024	0.450	9.454
P	0.288	< 0.001	0.654	< 0.001

续表 2

组别	全血中切		全血低切	
	术前	术后	术前	术后
对照组	7.01±0.25	5.28±0.31	11.72±0.67	7.75±0.54
实验组	7.13±0.51	5.71±0.33	11.57±0.34	5.55±0.39
t	1.151	7.952	1.253	20.889
P	0.253	< 0.001	0.210	< 0.001

2.3 不良事件对比

两组不良事件占比对比结果显示,实验组低, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3: 不良事件对比 (n=40, 例)

组别	感染	阴道流血	腹痛	总发生率 (%)
对照组	5	3	3	11 (27.50)
实验组	1	1	2	4 (10.00)
χ^2	-	-	-	4.020
P	-	-	-	0.045

3 讨论

子宫肌瘤是妇科比较常见的良性病变,大部分患者会以腹部坠痛为主要特征前来医院就诊^[7]。根据肌瘤生长的位置,可将肌瘤分为子宫颈肌瘤、子宫体肌瘤。也可根据子宫肌壁与肌瘤之间的联系进行分类,主要分为肌壁间子宫肌瘤、浆膜下子宫肌瘤以及黏膜下子宫肌瘤。黏膜下子宫肌瘤在全部子宫肌瘤占比约为 10%-15%^[8-9]。由于肿瘤存在于女性的宫腔内,对经血正常排出造成较大影响,同时还会导致子宫异常收缩,使患者出现严重痛经现象。因此,子宫肌瘤患者需尽早采取有效手段进行干预治疗,避免肌瘤恶变导致严重后果^[10]。

宫腔镜电切术是目前临床上治疗黏膜下子宫肌瘤的高效手段,不同于传统开放式手术,此种微创术式对患者临床症状改善有较好的促进作用,并且还能防止患者盆腔内脏器发生黏连以及形成手术瘢痕,将手术对患者机体造成的损伤降到最低^[11]。本文研究显示:实验组总有效率对比对照组较高, $P<0.05$ 。且不良事件占比明显低于对照组, $P<0.05$ 。这是因为宫腔镜电切术不需要开腹进行治疗,创伤相对小,且术中出血量较少,给患者带来的痛苦少,从而使患者身体痊愈速度加快,减少多种不良事件发生。治疗后,实验组血液流变学指标均小于对照组, $P<0.05$ 。这是因为宫腔镜电切手术治疗,切除的位置痊愈时间较短,对于血供的要求少,使患者各项血液流变学指标能够以较快的速度恢复至正常。

综上,黏膜下子宫肌瘤患者实施宫腔镜电切术治疗可发挥重要作用,对疾病治疗效果有积极促进作用,且不良事件少,能够有效改善血液流变学指标。

参考文献

[1] 赵慧娟,魏伟.子宫肌瘤宫腔镜电切术后并发 TURP 综合征的危险因素及其风险预测模型构建与验证[J].山东医药,2022,62(28):87-90.

[2] 王利霞,刘润萍.宫腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤患者疗效及围手术期血液流变学变化[J].血栓与止血学,2021,27(5):835-836.

[3] 俞建国,曹俏玮,杨日辉,等.经胸超声心动图持续监测在宫腔镜子宫黏膜下肌瘤电切术中的应用价值[J].重庆医学,2020,49(2):231-234,239.

[4] 赵博,孙静莉.宫腔镜下电刀切除术与冷刀切除术治疗子宫黏膜下肌瘤疗效及对妊娠影响[J].创伤与急危重病医学,2021,9(6):480-481.

[5] 吴敏,何玉春,何佳,等.宫腔镜切除经聚焦超声消融型后子宫肌瘤(FIGO II~III)的疗效及安全性临床研究[J].肿瘤预防与治疗,2022,35(5):442-448.

[6] 王秀梅,苗叶,佟亚菲,等.不同宫腔镜技术对育龄期患者多发子宫肌瘤疗效及对性激素和妊娠结局影响[J].中国计划生育学杂志,2021,29(5):997-999.

[7] 李宁,谢青宁,张小荣,等.不同病理分型子宫肌瘤患者宫腔镜术后复发率及生殖预后的影响[J].临床和实验医学杂志,2020,19(24):2657-2660.

[8] 廖萍,夏智勇,蒋静,等.高强度聚焦超声联合宫腔镜治疗直径>4cm 的 II 型黏膜下肌瘤 12 例分析[J].中国计划生育和妇产科,2020,12(9):78-82,前插 1.

[9] 张莎莎,金颖,孟茶卿.活血化瘀法联合米非司酮治疗子宫肌瘤术后患者的临床效果及对雌激素受体和 Bcl-2 蛋白水平的影响[J].中国妇幼保健,2022,37(16):2959-2962.

[10] 刘洋,陈樑.日间手术与住院手术模式应用于子宫肌瘤电切术对患者术中出血量、血红蛋白、血清钠及预后的影响[J].河北医科大学学报,2020,41(7):797-800.

[11] 刘巧,金红,李娟.宫腔镜微创系统治疗子宫内膜息肉、黏膜下子宫肌瘤及流产后宫腔残留的临床疗效及安全性评价[J].中国优生与遗传杂志,2021,29(11):1590-1593.