

经阴道子宫肌瘤剔除术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术的疗效对比研究

廖丹

(湖北科技学院附属第二医院 妇产科, 湖北 咸宁, 437100)

关键词: 经阴道子宫肌瘤剔除术; 腹腔镜; 疗效

中图分类号: R 730.56 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)23-163-02 DOI: 10.7619/jcmp.201323069

子宫肌瘤是最为常见的女性生殖系统良性肿瘤,多见于30~50岁育龄妇女,20岁以下女性较为少见。子宫肌瘤的恶变(即肉瘤变)率很低,约为0.4%~0.8%,但仍要警惕恶变风险。目前关于本病的确切病因及发病机制尚未完全明确,多认为与妊娠期雌激素应用、晚育、肥胖等因素有关^[1]。关于子宫肌瘤的治疗,临床多采用开腹手术。但开腹手术创伤较大,常可影响卵巢的血液供应,导致卵巢早衰,影响患者术后的生活质量。因此寻找一种安全有效的治疗方法尤为重要^[2]。近年来随着微创技术的不断发展,腹腔镜手术治疗子宫肌瘤逐步完善,是一种无痛、微创、安全的治疗方法^[3]。本研究比较经阴道与腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤患者的临床效果,现将结果报告如下。

1 资料与方法

选取本院妇科2009年7月—2012年6月收治的子宫肌瘤患者92例,年龄27~49岁,平均年龄 (38.7 ± 9.8) 岁;所有患者均已婚,已生育者84例,未生育者8例;所有患者均于术前经超声及盆腔检查确诊为子宫肌瘤,其中直径最大者6.5 cm,最小者3.3 cm,肌瘤个数均 ≤ 3 个。对于表现为不同程度阴道流血、月经紊乱患者,行诊断学刮宫,并行活组织病理学检查,除外宫颈、子宫内膜的恶性病变。所有患者均除外子宫脱垂及盆腔粘连,子宫活动度良好,除外贫血患者,除外血液系统、免疫系统疾病患者,除外妊娠及哺乳期患者,除外神经系统疾病患者和精神疾病患者。所有患者均无手术禁忌证^[4]。将上述患者根据入院先后顺序随机分为观察组和对照组,每组46例。2组患者在性别、年龄、是否经产妇、临床表现、肌瘤大小、肌瘤个数等方面比较均无显著差异($P > 0.05$),具有可比性。

观察组患者给予经阴道子宫肌瘤剔除术治疗,具体方法如下:所有患者均给予硬膜外麻醉,

麻醉成功后行气管插管,取膀胱截石位充分暴露宫颈,根据肌瘤位置选择切口位置。切开后钝性分离宫颈筋膜,将膀胱向上推,充分显露反折腹膜,并切开进入盆腔。探查子宫肌瘤具体位置、数目、大小,自肌瘤突起处牵拉至阴道切口,并以缩宫素20 U宫体注射,使用电刀将子宫浆膜层切开至肌瘤处,将肌瘤进行钝性剥离。对于带蒂的浆膜下肌瘤,先行结扎,之后再行切除。对于较大肌瘤可分块切除取出。术毕手指探查无肌瘤遗漏之后,使用可吸收线进行“8”字缝合止血并缝合浆肌层切口,检查无出血后复位子宫及膀胱,并逐层关闭手术切口,置引流管引流24 h,并给予抗生素3~5 d防治感染。

对照组患者给予腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗,具体方法如下:患者取仰卧位,常规消毒铺巾,气管插管全身麻醉。建立12 mmHg恒压气腹。沿脐孔上缘做长约1 cm的横弧样切口,置套管,腹腔镜探查腹腔脏器,如无异常,则改为头低脚高35度位,于右下腹麦氏点、左侧反麦氏点进行穿刺,置入手术器械及举宫器,使子宫肌瘤充分暴露。术中根据子宫肌瘤位置进行逐个剔除。对于浆膜下的带蒂肌瘤,用可吸收羊肠线圈套扎于蒂部并收紧后将肌瘤切除。创面较小可电凝止血,较大者缝合止血。对于肌壁间肌瘤及无蒂肌瘤,先行垂体后叶素注射,用齿抓钳、单极电凝钩相配合进行牵引,并进行旋转剥离。由左下腹将切除的肌瘤取出,较大者可粉碎后取出。术毕进行腹腔冲洗,仔细查看创面无渗血后撤出手术器械,释放腹腔气体,缝合腹壁切口。置引流管引流24 h,并给予抗生素3~5 d防治感染。

2 结果

观察组手术时间显著短于对照组($P < 0.01$),术中出血量显著少于对照组($P < 0.01$),住院费用显著低于对照组($P < 0.01$);2组术后排气时间及总住院时间比较差异均无统计学意义

收稿日期: 2013-07-21

($P>0.05$)。见表 1。

观察组术后均未发生并发症,且随访 1 年未见肌瘤复发。对照组术后 3 例发生皮下气肿,1 例发生高碳酸血症,并发症发生率为

8.7%(4/46);随访 1 年,3 例患者复发,复发率为 6.5%(3/46)。观察组并发症发生率显著低于对照组($t=4.1818, P=0.0409$),而 2 组复发率比较无显著差异($t=3.1011, P=0.0782$)。

表 1 2 组患者手术情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间/min	术中出血量/mL	术后排气时间/d	住院时间/d	住院费用/元
观察组	46	62.7±11.4	72.1±21.3	2.1±0.5	4.6±1.3	5331.6±157.4
对照组	46	99.6±10.8	91.6±20.9	2.3±0.6	4.4±1.5	7423.2±155.9
t		15.9371	4.432	1.7368	0.6834	64.0335
P		0.0000	0.0000	0.0858	0.4961	0.0000

3 讨论

子宫肌瘤又称子宫平滑肌瘤,该病在中国较为常见,是一种来源于子宫平滑肌细胞的良性肿瘤,发病率高达 30% 以上,多见于 30~50 岁育龄妇女^[5]。该病在临床多无明显症状,多于体检时发现。常见临床表现主要为因较大肌壁间肌瘤及黏膜下肌瘤导致子宫腔增大,内膜面积增加,影响经期子宫收缩的止血功能从而导致经量增多、经期延长,严重者可继发贫血;若黏膜下肌瘤坏死感染,则可伴有不规则阴道流血或脓性排液等现象;另外少数体积较大子宫肌瘤患者可因肌瘤压迫膀胱导致不同程度尿频、排尿困难等;查体多可触及下腹部包块^[6-8]。关于该病的治疗,药物治疗多难以根治,仅可在较短时间内使临床症状体征缓解,因此只有手术切除方可彻底清除肌瘤,消除患者临床症状体征^[9-10]。

传统开腹手术适应证相对较为广泛,基本无肌瘤个数、大小及位置的限制,尤其对于多发性肌瘤、子宫增大较为严重患者,开腹手术均能取得较为理想的效果^[11]。但开腹手术创伤较大,术中出血量较多,尤其在肌瘤个数较多、体积较大患者中,因剥离创面较大,导致盆腔粘连机会增多,可对术后的受孕等造成不良影响。近年来随着微创技术的不断发展,腹腔镜在妇科疾病中的应用也越来越广泛。虽然与传统开腹手术相比具有创伤小、腹壁瘢痕小、出血少、恢复快等优点,尤其适用于盆腔粘连及合并附件肿块患者,且能够同时对不孕患者进行输卵管通液术,诊断治疗同时完成,但因术中不能直接触摸子宫,对于肌壁间较深或体积较小肌瘤较易遗漏,从而增加了术后复发概率。经阴道子宫肌瘤剔除术在临床的应用时期较长,适用于子宫前后壁中等大小,且肌瘤及子宫均活动度良好、阴道松弛患者,该手术无需开腹,创伤较小,术后恢复较快。本研究结果显示,观察组

手术时间显著短于对照组($P<0.01$),术中出血量显著少于对照组($P<0.01$),住院费用显著低于对照组($P<0.01$),而 2 组术后排气时间及总住院时间比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。观察组术后无患者发生并发症,且随访 1 年未见肌瘤复发;对照组术后 3 例发生皮下气肿,1 例发生高碳酸血症,并发症发生率为 8.7%(4/46),随访 1 年,3 例患者复发,复发率为 6.5%(3/46)。观察组并发症发生率显著低于对照组($P<0.05$),而 2 组复发率比较无显著差异($P>0.05$)。由于经阴道子宫剔除术术中的宫体翻转能够使子宫动脉进行自然扭曲,无需切断,从而减少了术中出血量;同时因操作相对较为简便,节省了手术时间,整个手术过程无需体表切口,无需拆线,对患者创伤更小,术后恢复速度更快。术中无需复杂昂贵的手术切屑,且缝合也均为手工完成,故节省了医疗费用。

参考文献

- [1] 田绪青,刘秀云,姚焕振,等.不同途径子宫肌瘤剔除术的临床研究[J].中国保健医药论坛,2008,16(1):23.
- [2] 张阳威.子宫肌瘤的治疗心进展[J].中山大学学报:医学科学版,2009,20(S):212.
- [3] 张艳珍.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术 137 例分析[J].实用医学杂志,2010,26(10):1795.
- [4] 郭凤琴,游颜杰.剖宫产手术中子宫肌瘤剔除术临床体会[J].中国实用医药,2013,8(19):139.
- [5] 贺媛,曾强,张玉梅,等.子宫肌瘤的流行病学危险因素探讨[J].中国生育健康杂志,2012,23(4):316.
- [6] 司美.子宫肌瘤治疗进展[J].淮海医药,2013,31(1):92.
- [7] 张素娥.子宫肌瘤的研究进展[J].河北医药,2013,35(6):920.
- [8] 段华.子宫肌瘤宫、腹腔镜诊疗现状与进展[J].中国计划生育和妇产科,2012,4(3):41.
- [9] 归倩,张立会,吴富菊,等.子宫肌瘤规范化治疗的研究进展[J].中国老年学杂志,2012,32(16):3582.
- [10] 唐良菝,段赵宁.子宫肌瘤非手术治疗进展及思考[J].西部医学,2012,24(5):833.
- [11] 朱兰,俞梅.子宫肌瘤手术治疗的进展[J].实用妇产科杂志,2007,23(12):712.