

## 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术 治疗子宫肌瘤的临床效果比较

刘秀玲

临沂市兰山区人民医院, 山东 临沂 276000

**【摘要】** 目的 治疗子宫肌瘤时,应用腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术疗法,探究对比以上两种治疗方案的效果。方法 纳入研究时段为 2021 年 5 月—2022 年 5 月,从本院收治的需要开展子宫肌瘤手术治疗的患者中抽取 68 例开展本研究,落实病历资料分析,回顾治疗方式,以其差异性为依据,分为两组。其中 34 例纳入者为对照组,用开腹手术治疗,34 例纳入者为观察组,用腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,针对两组手术指标、免疫功能、氧化应激指标、血清创伤指标、并发症发生率进行对比。结果 ①对两组患者的手术指标实施监测对比,即手术时间、术中出血量、术后下床及肛门首次排气与住院等时间,针对以上指标做评估,发现观察组术中出血量少于对照组,其他指标时间均短于对照组,  $P < 0.05$ 。②治疗后,再对 IgG、IgA、IgM 等指标实施评测,表示观察组较对照组高,  $P < 0.05$ 。③针对两组所抽取患者的氧化应激指标即 SOD、MDA、GSH-Px 等指标实施评估,治疗后,对以上指标进行测评,表示观察组优于对照组,  $P < 0.05$ 。④针对两组所抽取患者的血清创伤指标即 IL-6、PGE2、Cor 等指标实施评估,在治疗后,对 IL-6、PGE2、Cor 等指标进行测评,表示观察组较对照组低,  $P < 0.05$ 。⑤统计监测两组并发症发生率,发现观察组为 2.9%,对照组为 20.6%,两组相较观察组较低,  $P < 0.05$ 。结论 在子宫肌瘤治疗过程中,腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术均具有一定的效果,但前者创伤小、术后并发症少,可以减轻患者的疼痛感,对缩短患者术后恢复时间具有重要作用,值得推广。

**【关键词】** 子宫肌瘤;腹腔镜下子宫肌瘤剔除术;开腹手术;免疫功能;氧化应激指标;血清创伤指标;并发症发生率

子宫肌瘤是目前最为常见的一种女性良性疾病,近年来,发病率在不断上升,特别是 30 ~ 50 岁女性,属于子宫肌瘤的高发人群,而且据调查,发病率越来越年轻化,已对女性的身体健康造成了极大的影响<sup>[1]</sup>。目前,临床根据子宫肌瘤的生长部位,将其分为黏膜下肌瘤、浆膜下肌瘤、宫颈肌瘤、肌壁间肌瘤等,患者会出现相应的表现,如疼痛、继发性贫血、非正常出血、盆腔压迫等,对其生育功能产生一定的影响,故其也是引发女性不孕的主要原因之一<sup>[2]</sup>。目前,在子宫肌瘤治疗中,主要以手术治疗为主。以往的开腹手术具有较大的创伤性,且术后并发症多的特征<sup>[3]</sup>。近年来,在计划生育政策的不断开放下,越来越多的子宫肌瘤患者希望保留生育功能,同时在微创技术的发展下,腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的出现与应用,取得了患者及医生的一致认可<sup>[4]</sup>。本文探究治疗子宫肌瘤时腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术疗法的效果,过程如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 纳入研究时段为 2021 年 5 月—2022 年 5 月,从本院收治的需要开展子宫肌瘤手术治疗的患者中抽取 68 例开展本研究,落实病历资料分析,回顾治疗方式,以其差异性为依据,分为两组。

纳入标准:①结合超声与临床体征确诊病情者;②明确肌瘤的大小及数量、生长部位等患者;③临床资料齐全者;④有手术指征,知情,并签署研究同意书。排除标准:①血液系统类疾病者;②子宫活动度不佳者;③神经及消化系统类疾病者。对比两组患者一般资料差异不大,  $P > 0.05$ ,具有研究性,见表 1。

表 1 两组一般资料比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	平均年龄(岁)	病灶直径(cm)
观察组(n=34)	39.24 ± 4.51	5.21 ± 0.44
对照组(n=34)	39.57 ± 5.11	5.25 ± 0.40
P	>0.05	>0.05

**1.2 方法** 对照组,用开腹手术治疗,明确病灶的大小、部位、血供等情况,术中应用硬膜外麻醉,以肌瘤的部位为依据,有不同的手术切

口,如,病灶处于子宫的上部,做纵形切口;如,病灶在子宫的下部,做横形切口,切口的长度为 8~10cm,逐层切开皮肤、黏膜,对病灶进行彻底的清除,清理之后,将切口进行逐层缝合。

观察组用腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,手术前,做好肠道准备,术中取膀胱截石位,用气管插管吸入复合法,全麻,之后建立好气腹,压力保持在 10mmHg。在耻骨上端、肚脐上部,做 1cm 切口,用套管针进行穿刺,置入腹腔镜、套管,对相关部位进行检查,在腹腔镜技术下,观察子宫肌瘤的部位与大小,明确具体的方位,了解子宫肌瘤的粘连情况,并在髂前上棘 2cm 处,作 5cm 手术切口,术中置入仪器,开展腹腔镜剔除术。之后用双极电凝刀进行止血,用可吸收线进行缝合,术后对创面进行处理,促进切口愈合。

**1.3 观察指标** 针对两组手术指标、免疫功能、氧化应激指标、血清创伤指标、并发症发生率进行对比。

手术指标为手术时间、术中出血量、术后下床及肛门首次排气与住院等时间。

应用流式细胞分析仪,对免疫功能指标进行监测,即 IgG、IgA、IgM。

抽取静脉血,对其做离心处理,分离上层清液,用酶联免疫吸附法,对氧化应激指标即 SOD、MDA 进行监测,用 DTNB 直接显色法检测 GSH-Px<sup>[5]</sup>。

在术前与术后 3d,取 5mL 外周静脉血,做离心处理,用放射免疫分析法,对血清创伤指标即 IL-6、PGE2、Cor 进行评估<sup>[6]</sup>。

并发症有腹部不适、切口感染、静脉血栓、盆腔粘连。

**1.4 统计学分析** 用 t 检验(手术指标、免疫功能、氧化应激指标、血清创伤指标)计量资料、( $\bar{x} \pm s$ )表示;用( $\chi^2$ )检验(并发症发生率)计数资料、(%)表达,通过 SPSS23.0 进行数据分析,有差异以 P<0.05 表示。

## 2 结果

**2.1 两组手术指标对比** 对两组患者的手术指标实施监测对比,即手术时间、术中出血量、术后下床及肛门首次排气与住院等时间,针对以上指标进行评估,发现观察组术中出血量少于对照组,其他指标时间均短于对照组, P<0.05,见表 2。

**2.2 两组免疫功能指标对比** 治疗后,对 IgG、IgA、IgM 等指标实施评测,表示观察组较对照组高, P<0.05,见表 3。

**2.3 两组氧化应激指标对比** 针对两组所抽取患者的氧化应激指标即 SOD、MDA、GSH-Px 等指标实施评估,治疗后,对以上指标进行测评,表示观察组优于对照组, P<0.05,见表 4。

**2.4 血清创伤指标对比** 针对两组所抽取患者的血清创伤指标即 IL-6、PGE2、Cor 等指标实施评估,但在治疗后,对 IL-6、PGE2、Cor 等指标进行测评,表示观察组较对照组低, P<0.05,见表 5。

**2.5 两组并发症发生率对比** 统计监测两组并发症发生率,发现观察组出现 1 例并发症,并发症发生率为 2.9%,对照组出现 7 例并发症,并发症发生率为 20.6%,两组相较观察组较低, P<0.05。

表 2 两组手术指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别 (n=34)	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	术后下床时间 (h)	肛门首次排气 (h)	住院时间 (d)
观察组	210.54±51.54	74.94±13.34	12.57±4.45	15.44±5.64	5.67±2.16
对照组	366.58±58.61	99.87±14.81	20.54±6.82	27.25±7.77	9.85±2.84
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组免疫功能指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别 (n=34)	IgG (g/L)	IgA (g/L)	IgM (g/L)
观察组	10.54±0.72	1.92±0.07	1.54±0.01
对照组	7.54±1.54	1.71±0.07	1.41±0.01
P	<0.05	<0.05	<0.05

表 4 两组氧化应激指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别 (n=34)	SOD (U/mL)	MDA (U/mL)	GSH-Px (U/L)
观察组	118.54±10.01	2.77±0.34	77.92±7.65
对照组	99.54±8.55	3.87±0.42	65.29±6.15
P	<0.05	<0.05	<0.05

表 5 两组血清创伤指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别 (n=34)	IL-6 (ng/L)	PGE2 (ng/L)	Cor (ng/L)
观察组	28.44 ± 2.84	144.57 ± 14.84	16.11 ± 1.27
对照组	33.54 ± 2.91	158.66 ± 15.15	19.45 ± 1.43
P	<0.05	<0.05	<0.05

### 3 讨 论

子宫肌瘤属于常见的女性疾病,临床表现没有较为典型的特征,故早期难以发现此病症,患者可能会在出现腹部肿物、疼痛、阴道出血等表现时而被发现<sup>[7]</sup>。子宫肌瘤具有较高的发病率,多数患者的发病原因与机体内分泌异常有关,同时还与不良的生活环境、作息等因素有关。子宫肌瘤属于良性疾病,如不能及时对其进行诊断及早期治疗干预,则会导致病情发展为恶性病变,甚至还会导致患者出现子宫体癌、腔体液化性化脓感染等,增加死亡率,对其生命健康造成极大的威胁<sup>[8]</sup>。目前,子宫肌瘤主要以手术治疗为主,以往的开腹手术具有一定的效果,但其创伤性较大,手术后需要患者长时间休养才能恢复机体健康,故开腹手术具有预后差、恢复时间长等特点,而且此类手术还具有较多的并发症,影响预后。近年来,在微创手术技术的发展下,腹腔镜下子宫肌瘤切除术的应用,不仅可以弥补开腹手术的不足,还可以让患者在较小的创伤下接受治疗,能减轻手术的创伤性,减少并发症,对提升预后效果有积极作用。

与开腹手术相比,腹腔镜下子宫肌瘤切除术可以取得较为清晰的手术视野,切口较小,创伤性更小,可以保持患者内环境的稳定性,减轻对子宫与其相近组织的损伤,有助于预防不必要损伤的出现,可以促使患者术后尽早康复<sup>[9]</sup>。故本研究表明:比较两组手术时间及术后恢复时间、术中出血量,观察组均较少,  $P < 0.05$ 。手术的创伤与麻醉药物的应用,均会增加交感神经的兴奋性,可以让患者的机体处在应激状态下,促使组织器官出现脂质过氧化损伤,对机体的康复造成影响。而腹腔镜下子宫肌瘤切除术的开展,其可以减轻对机体氧化应激反应的刺激,减轻其损伤,有助于降低患者的疼痛阈值,提高手术治疗的效果。本研究表明:与对照组相比,观察组氧化应激指标、血清创伤指标较优,  $P < 0.05$ 。腹腔镜下子宫肌瘤切除术是一种新型的切除肿瘤方法,在腹腔镜的辅助下,能对病灶的部位进行探查,明确病灶情况,在充分暴露病灶下开展手术治疗,可减少出血量,有切口小、手术时间短的优点,同时术中可以减少对其他组织产生的损伤,提高术后恢复效果,而免疫球蛋白水平与术中的创伤性有关,创伤

越大,球蛋白的相关含量越低,可以减少术后瘢痕的发生,提高手术美观度,与开腹手术相比,腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者术后的免疫功能更高。本研究表明:与对照组相比,观察组免疫功能指标较高,  $P < 0.05$ 。且此类手术可以在小切口下完成,切口恢复速度较快,可以减少感染、出血等风险的发生,有助于减少并发症。本研究表明:相较于对照组,观察组并发症发生率低,  $P < 0.05$ 。

综上所述,治疗子宫肌瘤时,与开腹手术疗法相比,腹腔镜下子宫肌瘤剔除术效果更佳,且前者并发症少,安全性更高,值得推广。

### 参考文献

- [1] 盖盟. 开腹手术与腹腔镜下子宫肌瘤剔除术对患者肌瘤复发、氧化应激及血清学创伤指标的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2022, 33(6): 683-685.
- [2] 金盼盼. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的疗效及对免疫功能的影响分析[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(9): 47-50.
- [3] 吴华真. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与传统开腹剔除术治疗子宫肌瘤的效果及对疼痛评分、炎症因子水平的影响[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2021, 8(12): 15-18.
- [4] 黄家艳. 比较腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术治疗子宫肌瘤的临床效果[J]. 世界复合医学, 2021, 7(2): 115-117.
- [5] 全欢. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹子宫肌瘤术治疗子宫肌瘤临床效果的比较研究[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(21): 158-160.
- [6] 周艺. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的临床治疗效果比较探讨[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(16): 42-43.
- [7] 李兴南. 子宫肌瘤治疗中选择腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术治疗的效果比较分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(13): 58-59.
- [8] 吴涤. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床疗效比较[J]. 中国实用医药, 2020, 15(6): 69-71.
- [9] 冉桂平, 蒙惠琴. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术治疗子宫肌瘤的临床效果比较[J]. 中外医学研究, 2019, 17(9): 136-138.