

- 性胃炎及胃癌筛查中的价值[J]. 蚌埠医学院学报, 2014, 39(12):1624-1627.
- [8] He CY, Sun LP, Gong YH, et al. Serum pepsinogen II: a neglected but useful biomarker to differentiate between diseased and normal stomachs[J]. J Gastroenterol Hepat, 2011, 26(6):1039-1046.
- [9] 袁华魏, 王朝晖. 胃蛋白酶原与促胃液素联合检测诊断慢性萎缩性胃炎[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(1):33-35.
- [10] 刘烈辉, 李捷壮. 血清胃蛋白酶原联合高危人群胃镜检查诊断幽门螺旋杆菌感染相关胃癌的价值[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(12):3392-3393.
- [11] 季红莉, 王清, 付万发, 等. 老年人胃黏膜病理学改变特点与幽门螺旋杆菌感染的相关性分析[J]. 中华老年医学杂志, 2015, 34(4):405-407.

收稿日期:2017-06-20 修回日期:2017-07-18 编辑:王国品

· 临床研究 ·

腹腔镜联合电动子宫肌瘤钻对子宫肌瘤患者疗效及术后妊娠的影响

徐璞, 马洁桦, 张蕾

南京市妇幼保健院妇科, 江苏 南京 210004

摘要: **目的** 探讨对子宫肌瘤患者实施腹腔镜联合电动子宫肌瘤钻的临床疗效及术后妊娠情况。**方法** 选择 2016 年 1 月至 9 月 112 例子宫肌瘤患者, 依据随机数字表法分为观察组和对照组, 各 56 例。对照组患者采取开腹子宫肌瘤剔除术, 观察组患者采取腹腔镜联合电动子宫肌瘤钻治疗, 对两组患者治疗后的临床疗效、肌瘤残留率、术后妊娠率、血清疼痛指标[心肌细胞 P 物质(SP)、白细胞介素-6(IL-6)、前列腺素 E2(PGE2)]及并发症发生率进行比较。**结果** 观察组患者的手术时间、术中出血量少于对照组, 胃肠功能恢复时间及住院时间均短于对照组($P < 0.01$, $P < 0.05$)。两组患者术后肌瘤残留率和妊娠率比较均无统计学差异(P 均 > 0.05)。治疗后, 观察组患者 IL-6、SP 及 PEG2 水平均低于对照组(P 均 < 0.05)。治疗后观察组患者并发症总发生率均低于对照组(5.36% vs 17.86%, $P < 0.05$)。**结论** 腹腔镜联合电动子宫肌瘤钻可明显降低子宫肌瘤患者的术中出血量, 减少胃肠功能恢复时间及住院时间, 降低疼痛感, 减少并发症的发生率。

关键词: 子宫肌瘤; 腹腔镜; 电动子宫肌瘤钻; 肌瘤残留率; 妊娠率

中图分类号: R 737.33 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)11-1498-03

子宫肌瘤是较为常见的妇科疾病之一, 好发于中年女性, 临床治疗以手术为主^[1-2]。随着医学科技和微创技术的不断发展, 腹腔镜辅助治疗手段已渗入到子宫肌瘤的治疗中, 被广泛应用于临床, 腹腔镜辅助下手术治疗与开腹手术治疗的治疗效果比较是本研究的重点所在^[3-5]。因此, 本研究对 2016 年 1 月至 9 月子宫肌瘤患者 112 例, 分别实施腹腔镜联合电动子宫肌瘤钻与开腹子宫肌瘤剔除术, 并对两种术式的临床疗效、肌瘤残留率及术后妊娠情况进行比较。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 1 月至 9 月我院收治的 112 例子宫肌瘤患者, 所有患者经宫颈细胞学、超

声影像学检查确诊, 排除子宫内膜及子宫颈恶性病变患者, 并发心、肝、肾及恶性肿瘤等患者。年龄 30 ~ 50 (38.1 ± 4.3) 岁; 最大肌瘤直径为 (4.75 ± 1.36) cm; 肌瘤类型: 浆膜下肌瘤 20 例, 肌壁间肌瘤 66 例, 多发性肌瘤 26 例。依据随机数字表法随机分为观察组和对照组, 各 56 例。本次研究经医院伦理委员会批准, 患者家属签署知情同意书。

1.2 治疗方法 对照组患者给予开腹子宫肌瘤剔除术治疗, 术前进行相关项目的检查, 对患者进行连续硬膜外阻滞加静脉麻醉后, 同时给予抗感染治疗, 于患者的下腹中间部位做一纵向切口, 长度约 8 cm, 切开皮下组织、腹部肌肉后, 打开腹腔, 探查子宫及附件, 观察子宫中的肌瘤数目、位置及与盆腔是否发生粘连状态后, 将瘤体及其受累组织剥离后, 冲洗、进行缝合处理。观察组患者给予腹腔镜联合电动子宫肌瘤钻, 术前进行相关项目的检查, 对患者进行连续硬膜外阻滞加静脉麻醉后, 于脐孔正中纵向切开皮肤、

筋膜,直视下置入腹腔镜,建立 CO₂ 气腹后,穿刺针穿刺后,置腹腔镜,右侧下腹部取另一穿刺针穿刺,左侧下腹部取两个穿刺点穿刺,对不同类型,不同大小的子宫肌瘤进行分别操作。对于蒂直径小于 1 cm 的带蒂浆膜下肌瘤,可直接关闭瘤蒂用双极电凝摘下载瘤体,对于大于 1 cm 的肌瘤,可先使用线圈套扎后,剪断并切下瘤体,残端用电凝止血。对于肌壁间肌瘤,可将垂体后叶素 12 U 注入宫体部,再加催产素 20 U 静脉给药,用单极钩切开宫底部肌瘤表面子宫肌层及肌瘤包膜,将肌瘤挖除,并采用 1-0 爱惜康线连续缝合子宫浆膜层,用肌瘤钻将肌瘤分别取出。

1.3 观察指标 (1)手术情况,包括手术时间、术中出血量、胃肠功能恢复时间及住院时间。(2)肌瘤残留率^[6]。术后 3 个月采用阴道 B 超进行检查,连续检查两次及以上,建议检查间隔为 1 次/月,若结果均有子宫肌瘤则表示有肌瘤残留,统计肌瘤残留率。(3)术后 6 个月妊娠情况。(4)心肌细胞 P 物质(SP)、白细胞介素-6(IL-6)和前列腺素 E₂(PGE₂)水平^[7]。采集患者治疗前、治疗后 5 d 的清晨空腹外周静脉血 5 ml,采用 Elisa 法检测血清中 IL-6、SP 及 PEG2 水平。(5)治疗后并发症情况,主要包括感染、疼痛、肠梗阻及盆腔粘连等。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件分析数据,计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内治疗前后比较采用配对 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者手术情况比较 观察组患者的手术时间、术中出血量少于对照组,胃肠功能恢复时间及住院时间均短于对照组($P < 0.01$, $P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者术后肌瘤残留率比较 观察组术后肌瘤残留 6 例(10.71%),对照组术后肌瘤残留 5 例(8.93%),两组术后肌瘤残留率比较无统计学差异($\chi^2 = 1.172$, $P = 0.058$)。

2.3 两组患者术后妊娠情况比较 观察组患者有 40 例有生育要求,术后妊娠 24 例(60.00%);开腹组患者有 14 例有生育要求,术后妊娠 8 例(57.14%)。两组术后妊娠率比较无统计学差异($\chi^2 = 0.035$, $P = 0.851$)。

2.4 两组患者治疗前后 IL-6、SP 及 PEG2 水平比较 治疗前两组 IL-6、SP 及 PEG2 水平比较无统计学差异(P 均 > 0.05)。治疗后 5 d,两组 IL-6、SP 及 PEG2 水平均较治疗前明显提高(P 均 < 0.05);观察组 IL-6、SP 及 PEG2 水平均较对照组明显降低(P 均 < 0.05)。

表 1 两组患者手术情况比较 ($n = 56, \bar{x} \pm s$)

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	胃肠功能恢复 时间(h)	住院时间 (d)
观察组	197.72 ± 40.76	79.31 ± 12.43	14.62 ± 4.87	4.27 ± 1.31
对照组	347.21 ± 58.51	84.23 ± 13.75	27.29 ± 6.91	7.82 ± 2.56
<i>t</i> 值	15.688	1.986	11.216	9.238
<i>P</i> 值	0.000	0.049	0.000	0.000

表 2 两组患者治疗前后 IL-6、SP 及 PEG2 水平比较
($n = 56, \bar{x} \pm s$)

组别	IL-6 (pg/ml)	SP (μg/ml)	PEG2 (μg/ml)
观察组			
治疗前	5.65 ± 0.72	3.89 ± 0.63	103.23 ± 13.23
治疗后 5 d	6.17 ± 0.93 [#]	4.78 ± 0.81 [#]	116.67 ± 11.67 [#]
<i>t</i> 值	4.947	3.943	3.327
<i>P</i> 值	0.034	0.040	0.045
对照组			
治疗前	5.53 ± 0.81	3.97 ± 0.87	101.93 ± 12.97
治疗后 5 d	7.97 ± 1.29	6.70 ± 0.95	153.27 ± 14.38
<i>t</i> 值	6.571	5.982	6.382
<i>P</i> 值	0.021	0.025	0.034

注:与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者治疗后并发症发生情况比较 例

组别	例数	感染	疼痛	肠梗阻	盆腔粘连	总发生率 (%)
观察组	56	1	2	0	0	5.36
对照组	56	2	4	3	1	17.86
χ^2 值						4.264
<i>P</i> 值						< 0.05

见表 2。

2.5 两组患者治疗后并发症发生情况比较 治疗后观察组患者并发症总发生率低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

目前,对于子宫肌瘤的治疗,特别是较大肌瘤、有明显临床症状的患者,药物保守治疗效果较差,此时需要考虑进行手术治疗,在达到治疗效果的同时,可以避免疾病进一步恶化^[8-10]。手术可采用子宫切除术和保留子宫的肌瘤切除术,特别对于部分年轻有生育要求的患者,保留生育能力或保持生殖器官的完整性,常行子宫肌瘤剔除术^[11-12]。随着微创医疗手段的不断提高,子宫肌瘤切除术包括开腹子宫肌瘤剔除术和腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,开腹子宫肌瘤剔除术对患者的子宫肌瘤大小要求不高,不受肌瘤大小、生长位置、累积程度影响,而腹腔镜手术优点在于疗效好、创伤小、恢复效果好、疼痛反应轻^[13-15]。两种术式均存在一定程度的创伤而产生的疼痛感,而术后疼痛及所产生的炎症反应给患者的康复造成一定的影响,其中,IL-6、SP、PGE₂ 是机体反映疼痛的重要指

标,当患者在术后出现疼痛应激时,IL-6、SP、PGE2 水平将会出现异常升高,与患者的疼痛程度呈现出正相关,IL-6 是出现急性应激反应的炎性介质,其关系患者术后并发症的发生^[16-18]。

本研究中,腹腔镜联合电动子宫肌瘤治疗子宫肌瘤患者的手术时间、术中出血量、胃肠功能恢复时间及住院时间较开腹子宫肌瘤剔除术治疗的患者明显减少,说明腹腔镜联合电动子宫肌瘤治疗可明显减低患者的术中危险,快速恢复患者的胃肠功能,可间接提高患者的免疫力,同时减轻患者的经济负担和痛苦。腹腔镜联合电动子宫肌瘤治疗子宫肌瘤患者的术后肌瘤残留率和术后妊娠率与开腹子宫肌瘤剔除术治疗的患者相当,说明腹腔镜联合电动子宫肌瘤治疗可达到开腹手术的治疗效果,减少患者的痛苦。腹腔镜联合电动子宫肌瘤治疗子宫肌瘤患者的 IL-6、SP 及 PEG2 水平均较治疗前提高,说明腹腔镜联合电动子宫肌瘤治疗也会产生一定的疼痛和炎症反应,但反应比较轻,不产生显著的炎症反应。腹腔镜联合电动子宫肌瘤治疗的患者并发症总发生率低于开腹子宫肌瘤剔除术的患者,说明腹腔镜联合电动子宫肌瘤治疗的不良反应较低、安全性好。

综上所述,腹腔镜联合电动子宫肌瘤治疗可明显降低子宫肌瘤患者的术中出血量,减少胃肠功能恢复时间及住院时间,降低疼痛感,减少并发症的发生率。

参考文献

- [1] Masciocchi C, Arrigoni F, Ferrari F, et al. Uterine fibroid therapy using interventional radiology mini-invasive treatments: current perspective[J]. *Med Oncol*, 2017, 34(4):52.
- [2] 杨春红, 岳瑛. 腹腔镜治疗子宫肌瘤的研究进展[J]. *中国妇幼保健*, 2013, 28(10):1685-1687.
- [3] 陶平, 冯倩, 迟晓阳. 子宫腺肌症子宫切除围手术期的护理[J]. *转化医学电子杂志*, 2016, 3(8):69-70.
- [4] Chiaffarino F, Ricci E, Cipriani S, et al. Cigarette smoking and risk of uterine myoma: systematic review and meta-analysis[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2016, 197:63-71.
- [5] 周园园, 叶梅青, 龚金芳, 等. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的疗效和术后并发症及对患者免疫功能的影响[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2015, 22(8):535-538.
- [6] Courtoy GE, Donne J, Marbaix E, et al. In vivo mechanisms of uterine myoma volume reduction with ulipristal acetate treatment[J]. *Fertil Steril*, 2015, 104(2):426-434.
- [7] 王文月. 腹腔镜微创治疗子宫肌瘤的临床疗效及安全性分析[J]. *转化医学电子杂志*, 2015(3):67-68.
- [8] 陆宏, 刘佳, 王晓彬, 等. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术与经腹子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者术后妊娠的影响[J]. *中国医药导报*, 2015, 12(12):102-106, 111.
- [9] Kim TJ, Shin SJ, Kim TH, et al. Multi-institution, prospective, randomized trial to compare the success rates of single-port versus multi-port laparoscopic hysterectomy for the treatment of uterine myoma or adenomyosis[J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2015, 22(5):785-791.
- [10] 刘志宇, 李慧. 子宫肌瘤治疗新进展[J]. *现代中西医结合杂志*, 2016, 25(29):3304-3306.
- [11] Esteve JL, Acosta R, Pérez Y, et al. Treatment of uterine myoma with 5 or 10mg mifepristone daily during 6 months, post-treatment evolution over 12 months; double-blind randomised clinical trial[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2012, 161(2):202-208.
- [12] Takeda A, Imoto S, Mori M, et al. Isobaric two-port laparoscopic-assisted myomectomy by combined approach through umbilical and suprapubic mini-incisions with hidden scar: a technique and initial experience[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2012, 160(1):88-92.
- [13] 李海燕, 周晓燕. 腹腔镜在子宫肌瘤剔除术中的价值探讨[J]. *中华全科医学*, 2014, 12(10):1629-1630, 1633.
- [14] 李玉霞. 经腹子宫肌瘤剔除术与腹腔镜下子宫肌瘤切除术的临床疗效比较[J]. *转化医学电子杂志*, 2015(2):73, 75.
- [15] Yang R, Xu T, Fu Y, et al. Leiomyomatosis peritonealis disseminata associated with endometriosis: a case report and review of the literature[J]. *Oncology Letters*, 2014.
- [16] Yusuf F, Leeder S, Wilson A. Recent estimates of the incidence of hysterectomy in New South Wales and trends over the past 30 years[J]. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2016, 56(4):420-425.
- [17] 李利玲, 汪向红. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术对患者卵巢功能以及疼痛指标的影响[J]. *检验医学与临床*, 2017, 14(5):627-629.
- [18] 王细拉. 腹腔镜联合腹腔镜对子宫肌瘤患者炎性应激反应及生活质量的影响[J]. *中国老年学杂志*, 2016, 36(24):6226-6228.

收稿日期:2017-07-02 编辑:王国品