



腹腔镜与宫腔镜手术治疗 不同体积Ⅱ型黏膜下子宫肌瘤的效果

杜芬

湖北省咸宁市嘉鱼县康泰医院 湖北 咸宁 437200

目的：探究不同体积Ⅱ型黏膜下子宫肌瘤治疗中腹腔镜手术与宫腔镜手术的临床疗效。**方法：**将80例患者随机分为腹腔镜组与宫腔镜组，每组各40例。腹腔镜组患者接受腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗，宫腔镜组患者接受宫腔镜下子宫肌瘤电切术治疗。观察比较两组治疗效果。**结果：**术后90 d，两组并发症发生率差异无统计学意义 ($P>0.05$)，两组患者性激素、炎症指标水平存在明显差异 ($P<0.05$)。小体积肿瘤患者一次性全切率均为100.00%，宫腔镜组的手术时间、排气时间短于腹腔镜组，宫腔镜组的治疗优良率高于腹腔镜组 ($P<0.05$)；宫腔镜组大体积肿瘤患者的一次性全切率为80.00%，低于腹腔镜组 (100.00%)，术中出血量明显少于腹腔镜组、排气时间明显长于腹腔镜组 ($P<0.05$)；**结论：**在Ⅱ型黏膜下子宫肌瘤治疗中，宫腔镜手术整体治疗效果优于腹腔镜手术，尤其是对子宫肌瘤直径较小患者。对于子宫肌瘤直径较大患者，宫腔镜手术的一次性全切率低于腹腔镜手术，治疗风险增加。

子宫肌瘤又称为“子宫纤维瘤”“子宫平滑肌瘤”，是起源于子宫平滑肌细胞的一种实质性良性肿瘤。在子宫肌瘤中，10%左右为黏膜下子宫肌瘤，常见症状包括月经不调、白带增多、腰背酸痛、下腹坠胀、全身乏力、继发性贫血等，对患者生活质量具有较大影响。目前，黏膜下子宫肌瘤治疗以手术治疗为主，其中宫腔镜手术与腹腔镜手术最为常见。二者虽然都属于微创手术，但因操作不同，具体治疗效果也存在一定差异。为深入了解二者的临床价值，本研究选取我院于2019年1月—2022年1月收治的80例Ⅱ型黏膜下子宫肌瘤患者进行探究，具体报告如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

从本院2019年1月—2022年1月我院收治的Ⅱ型黏膜下子宫肌瘤患者中选取80例作为本次研究对象，利用随机数表法分为两组。腹腔镜组40例，患者年龄为24~42岁，平均 (32.23 ± 4.58) 岁；病程为3~25个月，平均 (12.68 ± 4.25) 个月；子宫肌瘤直径 <5 cm (小体积) 20例，子宫肌瘤直径 ≥ 5 cm (大体积) 20例。宫腔镜组40例，患者年龄为23~41岁，平均 (32.29 ± 5.05) 岁；病程

为3~26个月，平均 (12.62 ± 5.33) 个月；子宫肌瘤直径 <5 cm (小体积) 20例，子宫肌瘤直径 ≥ 5 cm (大体积) 20例。两组一般资料差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究经过医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳排标准

纳入标准：①经临床综合检查确诊为Ⅱ型黏膜下子宫肌瘤。②单发肌瘤。③人乳头状瘤病毒检测结果为阴性。④具备手术指征。⑤患者对手术知情。

排除标准：①术前存在生殖道感染、全身性感染。②凝血功能、认知功能等异常。③术前90d内服用过激素类药物。④随访困难。⑤存在子宫肌瘤恶性病变、严重子宫瘢痕等。

1.3 手术方法

腹腔镜组实施腹腔镜下子宫肌瘤剔除术：①患者取膀胱截石位，实施全身麻醉。②常规消毒、铺巾。③在患者脐上缘位置做穿刺口，建立二氧化碳气腹。④规范置入腹腔镜，在腹腔镜指导下全面了解病灶情况。⑤向肌壁内注入3~6 U垂体叶素或20 U宫缩素 (以100 mL生理盐水稀释)。⑥切开子宫肌瘤，并将其有效去除。⑦确认患者





无腹腔内活动性出血后，清洗腹腔，规范取出医疗器械，并将气腹撤除。⑧应用可吸收线缝合创面。⑨术后常规行抗感染治疗。

宫腔镜组实施宫腔镜下子宫肌瘤电切术：①患者取膀胱截石位，实施连续硬膜外麻醉。②常规消毒、铺巾。③应用扩宫棒扩张患者宫颈，待宫颈充分暴露后规范置入宫腔镜。④在宫腔镜指导下探查子宫肌瘤位置、体积、子宫肌瘤与子宫内膜关系等。⑤根据患者具体情况选择子宫肌瘤切除方式，如子宫肌瘤直径未超过3 cm，电凝切断肌瘤基底部后分块切除肌瘤；子宫肌瘤直径在3 cm以上，环形电极分次片状切割肌瘤后，采用“五步手法”彻底切除肌瘤；如果无法一次性切除，需要进行二次切除；瘤体切除需在B超引导下进行。⑥创面电凝止血，确认无活动性出血后，规范撤出医疗器械，应用可吸收线缝合创面。⑦术后常规行抗感染治疗。

1.4 观察指标

1.4.1 性激素：术前与术后90 d，在两组患者月经周期第3~5 d时采集其静脉血3 mL，离心处理后取上清液，利用放射免疫分析法测定黄体生成素（LH）、雌二醇（E2）、尿促卵泡素（FSH）表达水平。

1.4.2 术后并发症：统计并记录两组患者术后感染、子宫/宫颈损伤、盆腔粘连、液体灌流综合征、肠梗阻等发生率。

1.4.3 不同体积肿瘤患者围术期指标：统计小体积肿瘤、大体积肿瘤患者手术时间、术中出血量、排气时间、一次性全切率。

1.4.4 不同体积肿瘤患者临床疗效：优秀，即手术顺利完成，相关指标恢复正常，未见术后并发症、肌瘤组织复发；良好，即手术顺利完成，术后症状体征消失，未见或可见轻度并发症；较

差，即术中中转手术或术后二次手术，术后并发症明显，随访期间肌瘤组织复发等。优良率=（优秀+良好）例数÷总例数×100%。

1.5 统计学方法

应用SPSS 26.0统计软件进行统计学分析，计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验；计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组性激素水平比较

宫腔镜组LH、FSH表达水平高于腹腔镜组，E2表达水平低于腹腔镜组， $P < 0.05$ ，见表1。

2.2 两组术后并发症发生情况比较

腹腔镜组术后并发症发生率为13.33%，宫腔镜组为6.67%，后者低于前者，差异物统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表2。

2.3 小体积肿瘤患者围术期指标比较

宫腔镜组小体积肿瘤患者的手术时间、排气时间明显短于腹腔镜组患者（ $P < 0.05$ ），两组术中出血量和一次性全切率无显著差异（ $P > 0.05$ ），见表3。

2.4 大体积肿瘤患者围术期指标比较

宫腔镜组大体积肿瘤患者术中出血量少于腹腔镜组患者，排气时间长于腹腔镜组患者，一次性全切率低于腹腔镜组患者（ $P < 0.05$ ），见表4。

2.5 不同体积肿瘤患者临床疗效比较

在小体积肿瘤患者中，宫腔镜组优良率明显高于腹腔镜组（ $P < 0.05$ ）；在大体积肿瘤患者中，两组优良率无明显差异（ $P > 0.05$ ），见表5。

3 讨论

随着内镜技术在临床诊疗中得到广泛应用，黏膜下子宫肌瘤治疗逐渐由开腹手术向微创手术发展，宫腔镜手术治疗与腹腔镜手术治疗成为

表1 两组性激素水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	LH (mIU/mL)		E2 (pmol/L)		FSH (mIU/mL)	
		术前	术后90 d	术前	术后90 d	术前	术后90 d
腹腔镜组	40	7.95 ± 0.25	8.85 ± 1.36*	64.84 ± 5.98	55.65 ± 6.58*	6.45 ± 1.32	8.75 ± 1.26*
宫腔镜组	40	7.94 ± 0.22	9.53 ± 1.54*	64.86 ± 6.29	58.47 ± 5.44*	6.48 ± 1.45	9.38 ± 1.15*
t		0.190	2.093	0.015	2.089	0.097	2.336
P		0.850	0.040	0.988	0.040	0.923	0.022

注：与本组术前比较，* $P < 0.05$ 。





表2 两组术后并发症发生率比较 [n (%)]

组别	n	子宫/宫颈损伤	盆腔粘连	术后感染	液体灌流综合征	肠梗阻	合计
腹腔镜组	40	0 (0.00)	1 (2.50)	2 (5.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	4 (13.33)
宫腔镜组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	2 (6.67)
χ^2				-			0.185
P				-			0.667

表3 小体积肿瘤患者围术期指标比较 [n (%), ($\bar{x} \pm s$)]

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	排气时间 (h)	一次性全切
腹腔镜组	20	58.58 ± 7.25	72.65 ± 8.55	16.65 ± 4.47	20 (100.00)
宫腔镜组	20	54.02 ± 5.47	71.05 ± 8.69	11.64 ± 1.98	20 (100.00)
χ^2/t		2.245	0.587	4.583	0.000
P		0.031	0.561	<0.001	1.000

表4 大体积肿瘤患者围术期指标比较 [n (%), ($\bar{x} \pm s$)]

组别	n	手术时间	术中出血量	排气时间	一次性全切
腹腔镜组	20	75.54 ± 9.54	114.25 ± 9.25	22.65 ± 8.58	20 (100.00)
宫腔镜组	20	73.65 ± 7.66	108.44 ± 8.36	27.74 ± 6.47	16 (80.00)
χ^2/t		0.691	2.084	2.118	4.444
P		0.494	0.044	0.041	0.035

表5 不同体积肿瘤患者临床疗效比较 [n (%)]

组别	小体积	大体积
腹腔镜组	16 (80.00)	18 (90.00)
宫腔镜组	20 (100.00)	14 (70.00)
χ^2	4.444	2.500
P	0.035	0.114

该病的重要治疗方法。大多数研究证实,宫腔镜手术在O型、I型黏膜下子宫肌瘤中具有确切疗效,其优势较腹腔镜技术手术更显著。但对于两种术式治疗II型黏膜下子宫肌瘤的效果,仍存在一定争议。本研究结果显示,宫腔镜组的性激素、炎症指标水平改善效果优于腹腔镜组,与张莉等的研究结果基本相符。这与宫腔镜手术创伤小、手术时间短、对卵巢功能影响小等因素相关。但宫腔镜手术治疗也容易引发子宫/宫颈损伤、液体灌流综合征等并发症。本研究结果显示,在小体积肿瘤患者中,宫腔镜手术的一次性全切率为100.00%,临床治疗优良率也达到100.00%,在手术时间、排气时间方面存在显著优势,但在大体积肿瘤患者中,一次性全切率仅为80.00%,临床治疗优良率为70.00%,手术时间

优势降低,说明宫腔镜手术受子宫肌瘤体积影响较大,腹腔镜手术受子宫肌瘤体积影响较小。

综上所述,腹腔镜与宫腔镜手术治疗均可满足II型黏膜下子宫肌瘤治疗需求,宫腔镜手术的整体治疗效果更佳,但对于大体积II型黏膜下子宫肌瘤患者而言,为避免肌瘤残留,可酌情选择腹腔镜手术治疗。

参考文献

- [1]徐晓辉. 宫腔镜手术治疗子宫黏膜下肌瘤对患者卵巢功能、免疫功能、炎症因子水平的影响[J]. 吉林医学,2022,43(8):2101-2103.
- [2]李冰. 宫腔镜联合腹腔镜治疗子宫黏膜下大肌瘤的疗效对比[J]. 中国医疗器械信息,2022,28(15):113-116.
- [3]梁月明. 宫腔镜手术对黏膜下子宫肌瘤的治疗效果及对并发症的影响分析[J]. 中国医疗器械信息,2022,28(15):110-112.
- [4]段玉坤,王璟乐. 经宫腔镜与腹腔镜治疗子宫壁间肌瘤对患者卵巢功能及妊娠结局的影响[J]. 医学信息,2022,35(12):159-161.
- [5]张莉,罗树玲. 宫腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤的临床效果及对患者性激素水平、卵巢储备功能的影响[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(21):94-97.

