

患者 80 例,其中 40 例行 TAM(TAM 组),40 例行 LM(LM 组)。TAM 组:年龄 22 ~ 48 岁,平均(38.4 ± 6.5)岁;单发子宫肌瘤 12 例,多发子宫肌瘤 28 例;肿瘤部位:前壁 14 例,后壁 16 例,子宫底 10 例;肿瘤直径(6.7 ± 1.3)cm。LM 组:年龄 21 ~ 45 岁,平均(36.6 ± 6.2)岁;单发子宫肌瘤 17 例,多发子宫肌瘤 23 例;肿瘤部位:前壁 18 例,后壁 13 例,子宫底 9 例;肿瘤直径(6.1 ± 1.1)cm。2 组患者的年龄、子宫肌瘤部位、肿瘤直径等比较差异均无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 TAM 组 采取持续硬膜外麻醉或气管插管全身麻醉,患者取平卧位,选择腹正中纵切口或者耻骨上横切口,切开皮肤,进入腹腔,探查子宫肌瘤的位置、大小等,将缩宫素 10 U 注射于肌瘤基底部,切开肌瘤外包膜,剔除肌瘤结节,可吸收缝合线间断或连续缝合关闭瘤腔,逐层关闭腹腔。

1.2.2 LM 组 采取气管插管全身麻醉,患者取膀胱截石位,常规消毒铺巾,脐部作长约 10 mm 切口,建立人工气腹,放置腹腔镜,气腹压力 12 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),分别在右下腹麦氏点及左下腹对应点的位置行长约 5 mm 切口,于耻骨联合上 2 cm、腹直肌外侧缘处作为第 4 穿刺口,放置手术器械。先探查盆腔脏器有无粘连,再探查子宫肌瘤的大小、数目和部位等,将垂体后叶素 6 U 用 20 mL 的生理盐水稀释后以穿刺针注入瘤体边缘的子宫肌层内,根据肌瘤的位置、大小选择切口方向,单极电凝钩切开肌瘤假包膜后钝性完整剥离瘤体,双极电凝创面活动性出血点止血,应用 1-0 可吸收缝合线间断或连续缝合关闭瘤腔,缝合浆肌层。剔除肌瘤结节用电动子宫旋切器粉碎后取出。生理盐水冲洗盆腔,留置腹腔负压引流管,缝合穿刺孔。

1.3 观察指标 观察 2 组患者术中出血量、手术时间、住院时间、术后排气时间、手术前后血红蛋白水平变化及术后病率(手术 24 h 后连续 2 次间隔 4 h 患者体温 ≥ 38.0 °C,且无感染证据^[3])。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 20.0 软件进行统计分析,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两两比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者术中出血量、手术时间、住院时间、术后排气时间比较 结果见表 1。2 组患者均顺利完成手术,术后病理检查结果均为子宫平滑肌瘤。与 TAM 组比较,LM 组患者的术中出血量少,手术时

间、住院时间、术后排气时间短,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组患者围术期情况比较

Tab.1 Comparison of the preoperative period status of patients between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术中出血量/ mL	手术时间/ min	术后排气 时间/h	住院时间/ d
TAM 组	40	188.5 ± 82.4	91.8 ± 18.9	35.8 ± 6.6	5.9 ± 1.2
LM 组	40	129.5 ± 76.4	73.7 ± 11.6	26.6 ± 4.0	4.6 ± 0.8
<i>t</i>		5.566	2.444	4.772	3.891
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 LM 组与 TAM 组患者血红蛋白水平及术后病率比较 LM 组患者手术前后血红蛋白水平分别为(120.9 ± 15.7)、(111.6 ± 12.8)g · L⁻¹,TAM 组患者手术前后血红蛋白水平分别为(120.3 ± 14.7)、(107.8 ± 13.2)g · L⁻¹;2 组患者手术前血红蛋白水平比较差异无统计学意义($t = 0.281, P > 0.05$);手术后 LM 组患者血红蛋白水平高于 TAM 组,差异有统计学意义($t = -2.422, P < 0.05$)。LM 组和 TAM 组患者术后病率分别为 7.5% (3/40)、30.0% (12/40),LM 组患者术后病率显著低于 TAM 组,差异有统计学意义($\chi^2 = 8.486, P < 0.05$)。

3 讨论

目前子宫肌瘤的临床治疗以手术为主,越来越多的患者选择保留子宫的肌瘤剔除术,常用的子宫肌瘤剔除术手术方式有 TAM 和 LM。TAM 的优点是不受患者年龄、肌瘤数目、部位及大小的限制,对于肌瘤数目多、直径大、近黏膜及特殊部位的肌瘤,均可以首选 TAM;术中通过手指触摸能发现较小的深部肌瘤,直视下缝合关闭瘤腔更彻底,子宫形状恢复好。TAM 的缺点是切口大、创伤大、术后恢复慢及术后粘连^[4]。LM 具有腹部切口小、美观、视野清晰、创伤小等优点,同时可保持机体内环境稳定,对腹腔内器官影响小,故术后病率低,恢复快^[5]。LM 的缺点是术后复发可能性大,并存在妊娠及分娩过程中子宫破裂的风险,对于体积较大、部位特殊的肌瘤及子宫腺肌瘤的治疗有一定的难度。LM 成功与否的关键在于能否减少术中出血量及进行快速的创面修复缝合,因此,在行 LM 时要求医师有较高的技术水平和娴熟的手术操作。子宫肌瘤剔除术可以保留子宫,但子宫肌瘤有较高的复发率,因此,应仔细操作,避免遗漏,术中可选择超声辅助诊断,应用 B 型超声引导能够降低术后复发率^[6]。本研究对 LM 与 TAM 治疗子宫肌瘤的临床效果进行比较,结果显示,与 TAM 组比较,LM 组患者术中出

(下转第 363 页)

表3 2组低位进展期直肠癌患者手术并发症比较

Tab.3 Comparison of the surgical complications of patients with low advanced rectal cancer between the two groups

组别	n	会阴切口感染/例(%)	肠梗阻/例(%)	性功能障碍/例(%)	排尿功能障碍/例(%)	CRM 阳性/例(%)
对照组	35	7(20.00)	7(20.00)	16(45.71)	18(51.43)	3(8.57)
观察组	35	1(2.86)	3(8.57)	7(20.00)	9(25.71)	1(2.86)
χ^2		5.081	1.867	5.245	4.884	1.061
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

近年来我国直肠癌中处于进展期的直肠癌患者病死率最高^[5-6]。目前 APR 是治疗低位直肠癌的经典方案,但随着腹腔镜技术在临床上的逐渐应用,腹腔镜下 ELAPR 治疗低位进展期直肠癌成为临床研究的热点^[7]。与传统手术比较,腹腔镜下 ELAPR 治疗低位直肠癌具有微创、出血量少、手术时间短、疗效好及并发症少等优点,且手术视野更清晰,对于患者盆筋膜脏、壁2层的疏松结缔组织间隙判定更加准确,且采用30°腹腔镜以脐部10 mm处的穿刺口作为观察孔能够消除小骨盆内的盲区,放大局部的视野,对于盆腔的自主神经丛识别与保护具有重要作用。ELAPR的切除范围主要包括全部肛提肌、直肠系膜和肛管,增加了肛门周围组织的切除范围,CRM阳性率明显降低^[8]。本研究结果显示,观察组患者手术切口显著小于对照组,术中出血量显著少于对照组;观察组患者排气时间、进食时间和住院时间显著短于对照组,观察组患者会阴切口感染、性功能障碍、排尿功能障碍发生率显著低于对照组,但2组患者肠梗阻、CRM阳性发生率比较差异无统计学意义;说明腹腔镜下 ELAPR 创伤小,术中出血量少,

有利于患者术后恢复,改善患者预后,且具有良好的安全性和可行性。

参考文献:

- [1] 应敏刚,叶青,黄峰.腹腔镜低位直肠癌保肛手术新进展[J].中国肿瘤临床,2014,41(14):881-884.
- [2] 徐慧荣,李健宁,李增军,等.机器人手术与腹腔镜手术在直肠癌低位前切除术中疗效的 Meta 分析[J].山东大学学报:医学版,2014,52(7):60-65.
- [3] 王振军,钱群,戴勇,等.肛提肌外腹会阴联合切除术治疗低位进展期直肠癌的前瞻性多中心研究[J].中华外科杂志,2014,52(1):11-15.
- [4] 皮艳娜,肖毅,王智凤,等.新辅助化疗对中低位直肠癌患者肛门直肠功能的影响[J].中华医学杂志,2014,34(24):1857-1860.
- [5] 吴庆平.腹腔镜与开腹手术治疗低位直肠癌临床效果的比较[J].中国内镜杂志,2014,20(7):752-754.
- [6] 宋斌.腹腔镜与开腹全直肠系膜切除术治疗低位直肠癌疗效比较[J].新乡医学院学报,2013,30(3):221-222,226.
- [7] 梁雪亭,王千心,孙田杰.高龄低位直肠癌保肛手术后患者排便功能训练的研究[J].中国医科大学学报,2014,43(6):512-514.
- [8] 宋禾,董明.低位直肠癌保肛手术研究进展[J].中国实用外科杂志,2014,34(9):895-898.

(本文编辑:徐自超 英文编辑:徐自超)

(上接第360页)

血量少,手术时间、住院时间、术后排气时间短;2组患者手术前血红蛋白水平比较差异无统计学意义,手术后 LM 组患者血红蛋白水平高于 TAM 组,且 LM 组患者术后病率显著低于 TAM 组。

综上所述,LM 治疗子宫肌瘤具有术中出血量少、手术时间和住院时间短、术后恢复快、术后病率低等优势,但术后复发可能性大,对于体积较大、部位特殊的肌瘤及子宫腺肌瘤的治疗有一定的难度。因此,在选择治疗方案时应综合考虑各种因素及适应证,把握手术指征,合理选择术式,实现个体化及人性化治疗,提高手术效果及安全性。

参考文献:

- [1] 冯晓萍,万淑琼. Ki-67、雌激素受体及孕激素受体在子宫肌瘤

中的表达[J].新乡医学院学报,2014,31(11):957-959.

- [2] 李孟慧,冷金花,史精华,等.腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术后肌瘤残留、复发及妊娠结局的比较[J].中国妇产科杂志,2011,46(9):669-673.
- [3] 张晖,吴云燕.腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术的比较[J].中国微创外科杂志,2013,13(12):1077-1079.
- [4] Tinelli A, Malvasi A, Guido M, et al. Adhesion formation after intracapsular myomectomy with or without adhesion barrier[J]. *Fertil Steril*, 2011, 95(5):1780-1785.
- [5] Al-Talib A. Factors contributing to failure of laparoscopic myomectomy[J]. *Surg Technol Int*, 2013, 23:149-151.
- [6] 潘凌云,顾红,况秀清,等.阴道超声在腹腔镜多发子宫肌瘤剔除术中的应用价值[J].中国微创外科杂志,2014,14(1):55-57.

(本文编辑:徐自超 英文编辑:徐自超)