

超声引导下宫腔镜手术治疗内突型肌壁间子宫肌瘤

冯涵悦 汪 洋

宝鸡市妇幼保健院 陕西 宝鸡 721000

摘要:目的:提高内突型肌壁间子宫肌瘤患者治疗效果中超声引导下宫腔镜手术治疗的作用。方法:本次实验时间为2022.1-2023.5月;样本选择我院接收的92例内突型肌壁间子宫肌瘤患者;分组方式为抽签法,传统组和观察组(各46例),实验内容主要是分析常规治疗方式及超声引导下宫腔镜手术治疗的差异性;指标:治疗前后调查内突型肌壁间子宫肌瘤病人的并发症发生率、满意度、手术指标。结果通过并发症发生率对比结果显示观察组低($P < 0.05$);满意度对比,观察组满意度高于传统组($P < 0.05$);手术指标对比观察组优($P < 0.05$)。结论:在超声引导下,应用宫腔镜下,对有内突型肌壁间肌的子宫肌瘤进行剔除,可明显减轻手术创伤、缩短手术时间、降低术后并发症,有利于手术后的恢复。

关键词:超声;宫腔镜手术;并发症;手术时间;内突型肌壁间子宫肌瘤

现在,在临床上,对于子宫肌瘤的治疗,以外科手术为主,最常见的手术方式有:开腹肌瘤剥除术、腹腔镜肌瘤剥除术和宫腔镜肌瘤剥除术^[1]。其中,宫腔镜肌瘤剥除术适合于内突型肌壁间子宫肌瘤患者的治疗。传统的子宫肌瘤剥离手术存在着一定的盲目性,且手术创伤较大,对病人的预后不利^[2]。近几年,由于超声技术的迅速发展,使其在宫腔镜下的广泛使用,可有效地提高手术的准确性,降低术中的创伤^[3]。在这种情况下,我们选择了92例具有内突型肌壁间的子宫肌瘤,探讨了在超声导向下进行宫腔镜下的肌瘤剥离手术的疗效。:

1 资料与方法

1.1 基础资料

实验从2022年1月开始,到2023.5月结束,将92例接受治疗的内突型肌壁间子宫肌瘤患者使用抽签法分为两组,传统组年龄为(39.65±2.54)岁。观察组年龄为(38.97±2.85)岁。两组病人采用不同的治疗手段,分别为超声引导下宫腔镜手术治疗以及常规治疗,基线指标(年龄)对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。

入选条件:采用宫腔镜,腹腔镜,CT检查,通过MRI及其它一些临床表现,可以明确诊断为内突性肌壁间肌子宫肌瘤。所有的病人都有明显的临床表现,如:月经过多、不规则流血、下腹部包块、腹痛等。没有任何外科禁忌证,没有任何精神方面的疾病。

排除标准。有不正常的血液凝集功能。肝脏和肾脏的损害。曾有下腹外科手术病史。不完整的临床数据。

1.2 方法

1.2.1 传统组采用传统开腹手术方法:

取下腹正中切口,逐渐剖开皮下的肌肉和肌肉,分离出肌瘤,并用无创的肠线将肿瘤的内腔和内腔的内壁缝合起来,观察剥离后的状况,按惯例将伤口封闭。

1.2.2 观察组采用超声引导下宫腔镜手术治疗:

超声引导下,应用米索前列醇200ug,在术后2小时内注入,以促进宫颈的软化。术中采用膀胱截石,全麻,术中用药。将300-500mL的葡萄糖注射液注入到膀胱内,然后用甘露醇进行扩张。在腹腔镜下,对肌瘤从子宫中伸出的部位进行了解剖,将肌瘤表面的内膜及假被膜切除,并用20U的催产素进行了输血。采用电切环切除肿瘤,卵圆钳切除肿瘤,并进行电凝处理。采用传统的插入管引流方式,将0.9%的氯化钠注射液注入到球囊中,对其进行按压,使其停止流血,24小时之后,将其移除。

1.3 观察指标

满意度对比,分为病人对治疗工作非常满意、病人对治疗工作满意以及病人对治疗工作不满意。

对比两组患者的手术指标以及并发症发生率。

1.4 统计学分析方法

将数据均录入到SPSS22.0软件中,当 $P < 0.05$ 说明数据之间的差异有统计学意义,计量资料通过 t 值对检验结果进行检验,通过 $(\bar{x} \pm s)$ 进行,计数资料通过 χ^2 对结果获取。

2 结果

2.1 满意度对比

观察组和传统组患者满意度对比两组差异明显。具有统计学意义($P < 0.05$)见表1。

表1 两组患者满意度对比(n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	46	28 (60.87)	18 (39.13)	0 (0.00)	46 (100.00)
传统组	46	26 (56.52)	11 (23.91)	9 (19.57)	37 (80.43)
χ^2					9.9759
<i>P</i>					0.0016

2.2 手术指标对比

两组病人的手术指标对比结果显示差异明显 ($P < 0.05$), 见表2

表2 手术指标比较 (n = 46, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中失血量 (ml)	术后肛门首次排气时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	46	46.34±2.26	101.61±5.18	10.95±1.65	4.32±0.53
传统组	46	59.85±2.58	146.92±5.57	13.68±2.52	6.46±2.03
<i>t</i>		26.7151	40.4012	6.1471	6.9180
<i>P</i>		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 并发症发生率对比

见表3结果显示, 两组病人的并发症发生率观察组优 ($P < 0.05$).

表3 两组患者并发症发生率对比(n, %)

组别	例数	切口渗液	出血	感染	并发症发生率
观察组	46	1 (2.17)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.17)
传统组	46	3 (6.52)	2 (4.35)	2 (4.35)	7 (15.22)
χ^2		1.0455	2.0444	2.0444	4.9286
<i>P</i>		0.3066	0.1528	0.1528	0.0264

3 讨论

子宫肌瘤是一种比较常见的妇科肿瘤, 主要是由于平滑肌细胞增殖引起的, 会对月经、妊娠、生育等产生很大的影响^[4]。随着我国晚婚者的不断增加, 子宫肌瘤对妊娠和生育的影响越来越引起人们的关注。女性出现月经不调的症状: 女性的月经不调: 女性出现经量增加或者经期变长, 如果出现比较大的肌壁间子宫肌瘤, 会使得宫腔变得更大, 子宫内膜的面积也会变得更大, 从而会对子宫的收缩产生一定的作用, 从而引起子宫内膜上的静脉充血膨胀^[5]。会造成月经周期变长, 月经量变多, 出现继发性贫血的情况。白带增加: 由于子宫壁间肌瘤扩大了子宫的体积, 增加了内膜上的腺体, 从而引起了白带增加。受压的表现: 若肌壁间肌在子宫的下侧, 可能会对膀胱造成压力, 导致尿频; 若肌壁间肌在子宫的后侧, 可能会对直肠造成压力, 导致大便不畅^[6]。不育或流产: 如果出现过大的肌壁间肌瘤, 就会造成子宫内的畸形, 从而造成不育或流产。目前临床上还没有明确的诊断标准, 主要原因是由于性激素水平异常、遗传和干细胞突变等原因引起的。性激素水平不正常, 女性

在性激素分泌旺盛的时候容易发生, 在性激素分泌旺盛的时候才会出现, 但是在青春期之前就很少出现^[7]。此外, 由于在妊娠期间, 由于雌、孕荷尔蒙的显著升高, 将会促使子宫肌瘤的扩大, 而在绝经后, 雌荷尔蒙的含量将会下降; 这说明子宫肌瘤的出现和性激素有很大的关系。遗传, 有调查表明, 如果妈妈得了子宫肌瘤, 那么女孩得这种疾病的几率就会大大增加。此外, 约40%-50%的病人会出现染色体结构的改变, 这也说明了基因对子宫肌瘤的影响。一些人提出, 有一种观点是, 一个干细胞发生了突变, 导致了子宫肌瘤的发生。

外科手术是最常见的治疗子宫肌瘤的方法, 主要是为了根除肌瘤, 缓解患者的临床症状。以往多采用剖腹术, 但因其创伤大, 恢复缓慢, 且不利于病人的顺应性。随着医学科技的进步, 在妇科和妇科中得到了越来越多的应用。不需要开腹, 出血少, 恢复快, 而且在手术过程中, 催产剂的应用, 对肌瘤的切除和止血起到了很好的辅助作用, 而且在手术过程中, 气囊的作用也很大, 可以有效的防止手术后大出血。但是, 当肿瘤体积大时, 由于需要在肿瘤内部用电切环切除肿瘤, 手术时, 手术中的视野往往会受到影响。在手术过程中, 可以通过超声监测子宫壁厚度, 是否有残留肿瘤, 是否有异物残留; 在对比较大的肌瘤组织进行切割的时候, 要对电切的深度和位置做出正确的判断, 这样可以对切的过程起到一定的引导作用, 这样就可以大大降低手术的损伤, 避免出现盆腹器官损伤、子宫穿孔等情况。通过对膀胱充盈和扩张的双重造影, 可以清楚地观察到电切过程中, 在电切过程中, 由于电切过程中, 肌瘤的内部结构会随着时间的推移而改变, 从而可以准确地判断切除的深度、方向和范围以及肌瘤与宫腔的间距, 从而可以有效地减少对侧宫腔的破坏, 预防过度扩张, 减少TURP的发生。

宫腔镜的优点如下: 创伤小: 宫腔镜术是一种微创的手术, 一般是将宫腔镜置入子宫, 既可以进行诊断, 也可以进行一些治疗; 对于宫腔内息肉、良性肌肉等, 宫腔镜手术对局部运动损伤不大, 且不会给病人带来额外的疼痛。恢复速度: 由于宫腔内的创伤, 一般都是由宫腔内的创伤, 只要有良好的护理, 患者的身体状况就会得到很大的改善。失血少: 由于在进行宫腔镜的时候一般都不会触及到主动脉, 所以失血也就越少, 所以安全性越高。另外, 一般情况下, 进行宫腔镜术不会对肾造成伤害。宫腔镜在诊断和治疗中具有诸多优势, 它能直观地看到内膜下的肌瘤形态、颜色、发生部位及蒂部厚度; 对于患者是否需要进行宫腔镜手

术,需要在直视下对患者进行活检,并对患者的病情进行诊断,同时要明确患者的病情,以及患者的病情和体征。肌细胞之间的肿瘤可以表现为宫内畸形、两个或两个宫角、输卵管口的不对称等。通过B超可以知道子宫壁上有多深,有多大,有多大,有多远,有多远,有多远,有多远。宫腔镜对粘膜下的子宫肌瘤进行了切除,具有损伤小、恢复快等特点,可以在月经结束后3-7天进行宫腔镜手术。这是一种较为理想的外科治疗时机,能有效地降低术中失血量。

本次研究结果发现,两组患者的各项指标之间存在显著的差别($P < 0.05$),这充分说明了在超声引导定位下,通过宫腔镜肌瘤剥除术对内突型肌壁间子宫肌瘤患者进行治疗,可以降低术中伤害,缩短手术时间。目的:减少手术中的各种并发症,提高手术效果。对此进行了分析,认为采用传统的宫腔镜切除术,手术视野清楚,对定位有帮助;并将它们进行高效地清除。但是,如果将这些肿瘤结合起来,就可以快速地确定出它们的数量、位置等,这样就可以防止通过宫腔镜来进行盲目的搜索,从而导致手术的时间变得更长。此外,在超声波的引导定位下,还可以确定子宫壁的厚度和切割程度,这对于降低对正常组织的伤害是有利的。增加了操作的安全,减少了患者的并发症。在此基础上,采用宫腔镜进行子宫切除,可有效地减少术后的复发率和增加术后的受孕率。这主要是因为是在子宫内膜异位症患者进行子宫内膜切除时,可以通过子宫内膜异位症来达到治疗效果,减少对内分泌、卵巢功能等方面的影响。

结束语在超声引导下,对有内突出的肌壁间的子宫肌瘤行宫腔镜切除,可以降低对病人的伤害,并大大缩短了手术的时间,减少手术中的各种并发症,提高手术效果。

参考文献

- [1]刘玛丽,袁媛,李明东,等.MRI影像组学及临床特征联合模型预测高强度聚焦超声治疗子宫肌瘤效果[J].中国介入影像与治疗学,2023,20(7):390-394.
- [2]陈林,刘晓芳,牟燕,等.聚焦超声消融与肌瘤挖除术后子宫肌瘤患者盆腔粘连情况及影响因素的对比分析[J].重庆医学,2022,51(4):612-617.
- [3]许昌翠,徐燕红,殷广莉,等.经阴道与经腹部彩色多普勒超声对子宫肌瘤及子宫腺肌病的鉴别诊断[J].中国实验诊断学,2022,26(1):50-54.
- [4]戴爱丽,周全.经阴道彩色多普勒超声结合血清CA199鉴别诊断子宫肌瘤与子宫腺肌症[J].中国计划生育学杂志,2022,30(5):1150-1153,1212.
- [5]张梅莹,程杰军,万晓燕,等.超声造影与增强磁共振成像评估高强度聚焦超声治疗子宫肌瘤疗效的比较[J].实用妇产科杂志,2022,38(1):37-42.
- [6]江浩,魏米琳,石英娜.超声引导下高强度聚焦超声治疗子宫肌瘤疗效及对患者氧化应激和免疫功能影响[J].中国计划生育学杂志,2022,30(5):1031-1035.
- [7]王斯彬,王佩芳.腹部彩色多普勒超声联合弥散加权成像对子宫肌瘤和子宫腺肌病的临床鉴别[J].中国计划生育学杂志,2022,30(11):2611-2614,2619.