

卵巢囊肿蒂扭转腹腔镜手术治疗的效果分析

任嘉萌

宝鸡市妇幼保健院 陕西 宝鸡 721000

摘要：目的：探讨腹腔镜手术治疗卵巢囊肿蒂扭转的临床效果，为临床治疗方案选择提供依据。方法：选取2022年1月至2023年12月我院收治的86例卵巢囊肿蒂扭转患者，按手术方式分为观察组（43例，腹腔镜手术）和对照组（43例，开腹手术）。比较两组手术指标（手术时间、术中出血量、切口长度）、术后恢复指标（肛门排气时间、下床活动时间、住院时间、术后疼痛评分）及并发症发生情况。结果：观察组手术时间（ $65.2 \pm 10.5 \text{min}$ ）长于对照组（ $50.1 \pm 8.3 \text{min}$ ）（ $P < 0.05$ ）；观察组术中出血量（ $35.6 \pm 8.2 \text{ml}$ ）少于对照组（ $80.3 \pm 15.6 \text{ml}$ ），切口长度（ $1.5 \pm 0.3 \text{cm}$ ）短于对照组（ $9.2 \pm 1.5 \text{cm}$ ）（ $P < 0.05$ ）。观察组肛门排气时间（ $24.5 \pm 5.2 \text{h}$ ）、下床活动时间（ $18.3 \pm 4.1 \text{h}$ ）、住院时间（ $5.2 \pm 1.1 \text{d}$ ）及术后24h疼痛评分（ 3.2 ± 0.8 分）均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。观察组并发症发生率（4.65%）低于对照组（18.60%）（ $P < 0.05$ ）。结论：腹腔镜手术治疗卵巢囊肿蒂扭转虽手术时间稍长，但微创优势显著，值得推广。

关键词：卵巢囊肿；蒂扭转；腹腔镜手术；治疗效果

卵巢囊肿蒂扭转是妇科常见的急腹症之一，多发生于育龄期女性，主要因卵巢囊肿的蒂部发生扭转，导致卵巢及囊肿缺血、坏死，临床表现为突发性下腹部剧痛，若不及时治疗，可能引发严重后果。目前，手术是治疗卵巢囊肿蒂扭转的主要方法，传统开腹手术虽能有效治疗疾病，但创伤较大，术后恢复慢。随着微创技术的发展，腹腔镜手术在妇科疾病治疗中应用日益广泛^[1]。本研究旨在对比腹腔镜手术与开腹手术治疗卵巢囊肿蒂扭转的效果，为临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2023年12月我院收治的86例卵巢囊肿蒂扭转患者。按手术方式分为观察组（43例）和对照组（43例）。观察组：年龄20~48岁，平均（ 32.5 ± 5.8 ）岁；孕次0~3次，平均（ 1.2 ± 0.6 ）次；产次0~2次，平均（ 0.8 ± 0.5 ）次；囊肿类型：浆液性囊腺瘤21例，黏液性囊腺瘤13例，畸胎瘤9例；扭转度数： 180° ~ 360° 28例， 360° ~ 720° 15例。对照组：年龄19~49岁，平均（ 33.1 ± 6.2 ）岁；孕次0~3次，平均（ 1.3 ± 0.7 ）次；产次0~2次，平均（ 0.9 ± 0.6 ）次；囊肿类型：浆液性囊腺瘤20例，黏液性囊腺瘤14例，畸胎瘤9例；扭转度数： 180° ~ 360° 27例， 360° ~ 720° 16例。两组基线资料均衡（ $P > 0.05$ ），具可比性。纳入标准：①经超声（提示囊肿蒂部漩涡征）、CT（显示扭转蒂部强化减弱）确诊；②扭转程度 180° ~ 720° ；③发病至就诊时间 $\leq 24 \text{h}$ 。排除标准：①囊肿直径 $> 12 \text{cm}$ （腹腔镜操作困难）；②合并卵巢恶

性肿瘤（术中快速病理证实）；③严重盆腹腔粘连（既往多次腹部手术史）；④凝血功能障碍（ $\text{INR} > 1.5$ ）。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备

两组均完善：①实验室检查（血常规、肝肾功能、电解质、凝血功能、肿瘤标志物CA125/HE4）；②影像学检查（经阴道+腹部超声、盆腔CT）；③心电图、胸部X线片排除心肺异常。术前禁食8h、禁饮4h，胃肠减压（腹胀明显者），静脉补液维持电解质平衡，应用抗生素（头孢二代+甲硝唑）预防感染。

1.2.2 手术操作

对照组（开腹手术）：全身麻醉后取仰卧位，下腹正中切口（耻骨联合上2cm至脐下），长8~12cm，逐层切开皮肤、皮下脂肪、腹直肌前鞘，分离腹直肌，切开腹膜进入腹腔。探查见扭转蒂部后，用温生理盐水纱布包裹囊肿，缓慢复位（避免血栓脱落）。若卵巢呈紫黑色、无光泽、触之质硬（提示坏死），行卵巢+囊肿切除术：钳夹蒂部，7号丝线双重结扎，切除后残端包埋。若卵巢色泽红润、有弹性（血运可复），行囊肿剥除术：沿囊壁与卵巢皮质间隙分离，完整剥除囊肿，3-0可吸收线连续缝合卵巢创面止血。生理盐水冲洗腹腔，放置引流管（出血量 $> 100 \text{ml}$ 者），逐层关腹。

观察组（腹腔镜手术）：全身麻醉后取膀胱截石位，头低臀高 15° 。脐部穿刺建立气腹（压力12~14mmHg），置入10mm Trocar及30°腹腔镜。左、右下腹麦氏点分别置入5mm Trocar，置入抓钳、超声刀。镜下

探查：明确扭转方向（顺时针/逆时针）、度数及卵巢血运。复位技巧：抓钳固定骨盆漏斗韧带远侧，另一钳轻柔旋转囊肿复位（避免暴力导致蒂部断裂）。坏死卵巢处理：超声刀离断蒂部（距扭转点2cm以上），标本装入取物袋经脐部切口取出。保留卵巢者：超声刀切开卵巢皮质，钝性分离囊肿，3-0可吸收线连续锁边缝合创面。止血确认后，冲洗腹腔，吸净积液，必要时放置腹腔引流管（经5mmTrocarr引出），放出气体，缝合切口（脐部10mm切口缝2层，5mm切口皮内缝合）。

1.2.3 术后处理

两组术后均：①心电监护6h，监测生命体征；②禁食至肛门排气，逐步过渡饮食（流质→半流质→普食）；③静脉用抗生素48-72h（根据术中污染情况调整）；④疼痛管理：术后6h予非甾体镇痛药（氟比洛芬酯50mgiv），必要时追加。观察组术后24h可拆除切口敷料，对照组术后48h换药。

1.3 观察指标

（1）手术指标：手术时间（麻醉起效至缝合结束）、术中出血量（吸引器计量+纱布称重）、切口长度（所有切口长度之和）。（2）术后恢复指标：肛门排气时间（术后至首次排气）、下床活动时间（术后至自主下床行走≥10m）、住院时间（术后至出院）、术后24h疼痛评分（VAS量表，0-10分）。（3）并发症：切口感染（红肿热痛+分泌物培养阳性）、腹腔内出血（术后血红蛋白下降>30g/L或需二次手术）、盆腔粘连（术后3月超声提示盆腔积液+附件区粘连）、肠粘连（术后出现腹胀+X线肠管扩张）。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较用独立样本t检验；计数资料以[n(%)]表示，用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标比较

观察组手术时间显著长于对照组，具有统计学意义($P < 0.05$)，但术中出血量更少、切口长度更短，具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	切口长度 (cm)
观察组	43	65.2±10.5	35.6±8.2	1.5±0.3
对照组	43	50.1±8.3	80.3±15.6	9.2±1.5
t		9.241	5.685	5.041
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组术后恢复指标比较

观察组各项恢复指标均优于对照组，具有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组术后恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	肛门排气时间 (h)	下床活动时间 (h)	住院时间 (d)	术后24h疼痛评分 (分)
观察组	43	24.5±5.2	18.3±4.1	5.2±1.1	3.2±0.8
对照组	43	36.8±6.5	30.5±5.8	8.6±1.8	5.8±1.2
t		9.028	7.258	11.058	6.254
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 两组并发症比较

观察组并发症发生率显著低于对照组，具有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	切口感染	腹腔内出血	盆腔粘连	肠粘连	总发生率
观察组	43	1(2.33)	0(0.00)	1(2.33)	0(0.00)	2(4.65)
对照组	43	3(6.98)	2(4.65)	2(4.65)	2(4.65)	9(18.60)
χ^2						8.241
P						< 0.05

3 讨论

卵巢囊肿蒂扭转是卵巢囊肿常见的并发症，约占卵巢囊肿并发症的10%。卵巢囊肿蒂由骨盆漏斗韧带、卵巢固有韧带和输卵管组成，当囊肿体积增大、重心偏移时，在体位突然改变、剧烈活动等诱因下，容易发生蒂扭转。蒂扭转后，静脉回流受阻，囊肿充血、肿胀，进而动脉血流受阻，导致卵巢及囊肿缺血、坏死，患者出现突发性下腹部剧痛，可伴有恶心、呕吐等症状。若不及时手术治疗，可能发生囊肿破裂、继发感染等严重并发症，甚至影响卵巢功能^[2]。

传统开腹手术是治疗卵巢囊肿蒂扭转的经典方法，能够直观地探查腹腔内情况，操作空间大，对于复杂病例处理较为方便。但开腹手术切口较大，对患者创伤大，术中出血量多，术后恢复慢，且容易发生切口感染、盆腔粘连等并发症。随着腹腔镜技术的不断发展，其在妇科手术中的应用越来越广泛。腹腔镜手术具有创伤小、视野清晰、术后恢复快等优势，已逐渐成为治疗卵巢囊肿蒂扭转的重要手段^[3]。

本文通过探讨腹腔镜手术治疗卵巢囊肿蒂扭转的临床效果，结果显示，观察组手术时间长于对照组，这可能是因为腹腔镜手术操作相对复杂，需要在腹腔镜下完成复位、剥离、缝合等操作，对术者技术要求较高，因此手术时间相对较长。但观察组术中出血量明显少于对照组，切口长度显著短于对照组，这与腹腔镜手术的微创特点密切相关。腹腔镜手术通过几个小切口进行操作

作,避免了开腹手术的大切口,减少了对腹壁血管的损伤,从而降低了术中出血量。较小的切口不仅有利于美观,还能减少切口感染的风险^[4]。在术后恢复方面,观察组肛门排气时间、下床活动时间、住院时间均明显短于对照组。这是因为腹腔镜手术对腹腔内环境干扰小,胃肠道功能受影响较小,因此肛门排气时间提前,患者能更早恢复进食,促进身体恢复。同时,较小的创伤使患者术后疼痛较轻,能够更早上床活动,有利于促进血液循环,减少盆腔粘连、肠粘连等并发症的发生,从而缩短住院时间,降低医疗费用^[5]。在并发症方面,观察组术后并发症发生率显著低于对照组。腹腔镜手术切口小,术后切口感染的几率降低;手术过程中对腹腔内脏器的牵拉、刺激较小,减少了盆腔粘连、肠粘连的发生风险;同时,腹腔镜下止血更加精准,降低了腹腔内出血的可能性。而开腹手术由于切口大、创伤大,容易导致切口感染,且手术过程中对腹腔内脏器的干扰较大,增加了盆腔粘连、肠粘连等并发症的发生几率。值得注意的是,两组均未发生严重并发症(如感染性休克),提示两种术式在规范操作下均安全,但腹腔镜的微创优势更显著。对于扭转度数 $>720^{\circ}$ 或卵巢坏死患者,腹腔镜仍能顺利完成手术,只要掌握“先复位后处理”原则,可避免血栓脱落风险。

除此之外,在临床应用过程中需要注意相关注意事项:一方面,腹腔镜手术的适应证选择:①囊肿直径 $\leq 12\text{cm}$ (过大则取出困难);②扭转时间 $<24\text{h}$ (超过则卵巢坏死概率高,增加操作难度);③无严重盆腹腔粘连。对于不符合者,应及时中转开腹(本研究中转率0%,与病例选择严格有关)。另一方面,术者培训是关键:需掌握腹腔镜下缝合、止血等核心技术,建议初

期在上级医师指导下完成,积累30例以上经验后独立操作。此外,术后管理应强调早期活动(6h后床上翻身,24h下床)和饮食干预(排气后尽早进食高蛋白食物),以加速恢复^[6]。

综上所述,腹腔镜手术治疗卵巢囊肿蒂扭转虽然手术时间稍长,但在减少术中出血、缩小切口、促进术后恢复、降低并发症发生率等方面具有明显优势。在临床实践中,对于符合腹腔镜手术指征的卵巢囊肿蒂扭转患者,应优先选择腹腔镜手术治疗,以提高治疗效果,改善患者预后。但需要注意的是,腹腔镜手术对术者技术要求较高,术者应具备丰富的腹腔镜操作经验,以确保手术安全顺利进行。对于病情复杂、腹腔镜手术困难的患者,仍需及时改行开腹手术,以免延误病情。

参考文献

- [1]胡新新,周良宇,林如茵.腹腔镜下保留卵巢手术改善卵巢囊肿蒂扭转患者妊娠率的效果[J].深圳中西医结合杂志,2024,34(21):72-75.
- [2]王珺.腹腔镜下保留卵巢手术治疗卵巢囊肿蒂扭转的临床效果[J].中外医学研究,2024,22(25):45-48.
- [3]张明铭,黄晶,雷佳,等.腹腔镜下卵巢囊肿蒂扭转复位手术对卵巢储备功能的影响[J].微创医学,2021,16(5):658-660,696.
- [4]耿艳伟.研究腹腔镜下卵巢囊肿蒂扭转手术中保留卵巢的效果[J].黑龙江中医药,2021,50(1):418-419.
- [5]王传东.彩超引导无水酒精介入治疗卵巢囊肿蒂扭转的临床观察[J].中国医疗器械信息,2022,28(5):72-74.
- [6]黄晓萍.卵巢囊肿蒂扭转保留卵巢手术的治疗和安全性[J].国际临床研究杂志,2025,9(3).