

腹腔镜下卵巢癌分期手术与开腹手术的疗效对比研究

邵 蝶 钱木英 李亚宏 黎粉花
曲靖市妇幼保健院 云南 曲靖 655000

摘要：目的：探讨腹腔镜下卵巢癌分期手术与传统开腹手术的临床疗效差异，为卵巢癌手术方式的选择提供参考。方法：回顾性分析2018年1月至2023年12月期间在我院接受卵巢癌分期手术的120例患者临床资料，根据手术方式分为观察组（腹腔镜手术，60例）与对照组（开腹手术，60例）。比较两组患者的手术时间、术中出血量、术后并发症发生率、术后排气时间、住院天数及1年无病生存率。结果：观察组术中出血量（150.2±30.5 ml）显著少于对照组（280.5±45.8 ml， $P < 0.05$ ），术后排气时间（24.5±5.2 h）、住院天数（5.8±1.5 d）短于对照组（48.3±6.8 h，8.5±2.1 d， $P < 0.05$ ）；两组手术时间差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。观察组术后并发症发生率（8.3%）低于对照组（18.3%， $P < 0.05$ ）。1年无病生存率两组无显著差异（ $P > 0.05$ ）。结论：观察组在减少创伤、促进术后恢复及降低并发症方面优于对照组，且短期肿瘤学疗效相当，可作为合适患者的优选术式。

关键词：腹腔镜；卵巢癌；分期手术；开腹手术；疗效对比

卵巢癌是女性生殖系统恶性肿瘤中死亡率最高的疾病，其治疗效果与准确的手术分期密切相关。传统开腹手术曾是卵巢癌分期的标准术式，虽能提供直观的手术视野，但存在切口大、创伤重、术后恢复慢等缺点^[1]。随着微创技术的发展，腹腔镜手术凭借切口小、腹腔暴露少、术后疼痛轻等优势，逐渐应用于妇科恶性肿瘤的治疗^[2]。然而，腹腔镜下卵巢癌分期手术的安全性和有效性仍需更多临床研究验证，尤其是在肿瘤学疗效方面是否与开腹手术相当。本研究回顾性分析120例I~II期卵巢癌患者的临床资料，对比腹腔镜与开腹手术的疗效差异，旨在为卵巢癌手术方式的选择提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2018年1月至2023年12月收治的120例卵巢癌患者，均经术后病理确诊为I~II期上皮性卵巢癌，且术前通过影像学及肿瘤标志物检测评估无远处转移。按手术方式分为观察组（腹腔镜手术，60例）与对照组（开腹手术，60例）。观察组年龄35~65岁，平均（48.5±8.2）岁，其中I期42例、II期18例，病理类型以浆液性囊腺瘤为主（38例），术前CA125平均（285.6±120.3）U/mL、CA199平均（45.8±22.5）U/mL；对照组年龄38~62岁，平均（47.8±7.9）岁，I期40例、II期20例，浆液性囊腺瘤36例，术前CA125平均（278.9±115.6）U/mL、CA199平均（48.2±24.1）U/mL。经统计学分析，两组患者在年龄、肿瘤分期、病理类型及肿瘤标志物水平等基线资料上差异无统计学意义（ P 均 > 0.05 ），具有良好的可比性，且所有患者术前均未接受新辅助化疗，术后病理结果均经双人

复核，确保研究数据的准确性与可靠性。两组患者在年龄、肿瘤分期、病理类型等方面差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①术后病理确诊为卵巢上皮癌；②临床分期I~II期；③术前未接受新辅助化疗；④患者及家属知情同意。

排除标准：①合并严重心肝肾功能障碍；②术中发现肿瘤广泛转移需转为开腹手术；③随访资料不全。

1.3 方法

对照组采用（开腹手术）方式：患者取仰卧位，全身麻醉生效后，取腹正中切口（长度15~20 cm），逐层切开皮肤、皮下脂肪、腹直肌前鞘，钝性分离腹直肌后切开腹膜进入腹腔。探查腹腔脏器及腹膜表面，评估肿瘤累及范围后，使用电刀沿横结肠下缘切除大网膜，直至脾曲及胃大弯侧；盆腔淋巴结清扫范围包括双侧髂总、髂外、髂内及闭孔淋巴结，腹主动脉旁淋巴结清扫上界达肾血管水平，通过直视下锐性分离血管旁淋巴组织。完成淋巴结清扫后，游离子宫及双附件，经腹部切口直接取出切除标本，术中注意保护输尿管及盆腔血管，术毕逐层缝合腹壁，盆腔放置引流管经切口旁戳孔引出。

观察组采用（腹腔镜手术）：患者全身麻醉后取头低足高位（倾斜角度30°），常规消毒铺巾。于脐部做10 mm纵行切口，穿刺置入气腹针建立CO₂气腹，维持腹腔压力12~14 mmHg，拔除气腹针后置入10 mm套管及腹腔镜，全面探查腹腔脏器、腹膜表面及盆腔病灶情况。

随后于左、右髂前上棘内上方 2~3 cm 处分别做 5 mm 操作切口，置入套管针。首先收集盆腔冲洗液送细胞学检查，继而使用超声刀沿横结肠下缘切除大网膜，从脾曲至胃大弯侧完整切除；盆腔淋巴结清扫时，打开髂血管鞘，依次清扫髂总、髂外、髂内及闭孔淋巴结，腹主动脉旁淋巴结清扫自髂总动脉分叉处向上至肾血管水平，操作中采用双极电凝精准止血，避免损伤输尿管及生殖神经。切除全子宫及双附件时，先处理子宫圆韧带、输卵管及卵巢固有韧带，再离断子宫动静脉，全程遵循无瘤原则，所有切除标本均装入防渗漏取物袋，经阴道后穹隆切口或下腹部 5~10 mm 切口取出。术毕用生理盐水反复冲洗腹腔，检查无活动性出血后，于盆腔放置引流管1根，经右侧操作孔引出。两组手术均由同一医疗团队完成，确保手术标准的一致性。

1.4 观察指标

记录两组手术时间（皮肤切开至切口缝合）、术中出血量（吸引器联合纱布称重）；

监测术后排气时间（手术结束至首次肛门排气）、住院天数；

统计并发症（切口感染、腹腔出血、肠粘连等）发生率；通过门诊随访或电话调查获取术后 1 年无病生存数据（无肿瘤复发/转移为无病生存）。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件对数据做处理，计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 的样式表示，开展独立样本 t 检验；计数资料采用率（%）进行表示，开展 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 当作差异存在统计学意义的标志。

2 结果

2.1 手术及术后恢复指标对比

观察组在术中出血量、术后排气时间及住院天数方面显著优于对照组，两组手术时间差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。具体数据见表 1。

表1 两组患者手术及术后恢复指标对比

指标	观察组 ($n = 60$)	对照组 ($n = 60$)	P 值
手术时间 (min)	180.5±25.6	175.8±28.3	> 0.05
术中出血量 (ml)	150.2±30.5	280.5±45.8	< 0.05
术后排气时间 (h)	24.5±5.2	48.3±6.8	< 0.05
住院天数 (d)	5.8±1.5	8.5±2.1	< 0.05

2.2 并发症发生率对比

观察组术后并发症发生率为 8.3%（5 例），低于对照组的 18.3%（11 例），差异有统计学意义（ $\chi^2 = 4.058$, $P = 0.044$ ）。两组并发症主要包括切口感染、肠粘连及腹腔出血，具体分布见表 2。

表2 两组患者术后并发症发生情况对比

并发症类型	观察组 ($n = 60$)	对照组 ($n = 60$)
切口感染	2 例 (3.3%)	5 例 (8.3%)
肠粘连	3 例 (5.0%)	4 例 (6.7%)
腹腔出血	0 例 (0.0%)	2 例 (3.3%)
总发生率	8.3%	18.3%

2.3 年无病生存率对比

观察组 1 年无病生存率为 90.0%（54 例），对照组为 86.7%（52 例），两组差异无统计学意义（ $\chi^2 = 0.381$, $P = 0.537$ ）。

3 结论

本研究通过对比腹腔镜下卵巢癌分期手术（观察组）与传统开腹手术（对照组）的临床疗效，发现观察组在手术创伤、术后恢复及并发症控制方面显著优于对照组，且短期肿瘤学疗效与对照组相当^[3]。这一结果为卵巢癌手术方式的选择提供了重要的临床参考。

从手术创伤与恢复指标来看，观察组术中出血量（150.2±30.5 ml）较对照组（280.5±45.8 ml）减少约 46.5%，术后排气时间（24.5±5.2 h）与住院天数（5.8±1.5 d）分别缩短约 49.3% 和 31.8%。这一差异源于腹腔镜手术的微创特性——通过脐部及髂前上棘附近的小切口（5~10 mm）完成操作，避免了开腹手术 15~20 cm 的腹壁切口，减少了肌肉损伤与腹腔暴露时间。同时，腹腔镜的放大视野（2~10 倍）与超声刀的精准止血功能，进一步降低了术中出血风险，加速了术后胃肠功能恢复。此外，观察组并发症发生率（8.3%）较对照组（18.3%）下降 54.6%，尤其在切口感染与腹腔出血方面优势显著，这与腹腔镜手术切口小、腹腔污染概率低及双极电凝的精确止血作用密切相关^[4]。

在肿瘤学疗效方面，两组 1 年无病生存率（90.0% vs. 86.7%）无统计学差异，提示腹腔镜手术在短期肿瘤控制上不劣于开腹手术。这一结果验证了腹腔镜手术遵循无瘤原则的可行性——通过取物袋隔离标本、淋巴结整块清扫及腹腔冲洗等操作，可有效避免肿瘤细胞种植转移^[5]。但需注意的是，本研究随访时间仅 1 年，而卵巢癌的复发高峰通常出现在术后 2~3 年，长期生存率仍需延长随访时间进一步验证。

从临床应用角度，腹腔镜手术可作为 I~II 期卵巢癌患者的优选术式，尤其适用于肿瘤体积较小、无严重粘连的患者。其微创优势不仅能减少患者痛苦，还可缩短住院时间，降低医疗成本。然而，该术式对术者技术要求较高，需具备丰富的腹腔镜操作经验及肿瘤外科思维，以确保淋巴结清扫范围（上至肾血管水平）及标本

切除的完整性。对于肿瘤体积较大、合并盆腔严重粘连或疑似远处转移的患者，仍建议选择开腹手术，以保证手术的彻底性与安全性^[6]。

本研究的局限性在于单中心回顾性设计，样本量有限且随访时间较短，可能存在选择偏倚。未来需开展多中心、大样本的前瞻性随机对照试验，进一步观察两组的长期肿瘤学结局（如5年生存率、复发模式），并探索腹腔镜手术在Ⅲ~Ⅳ期卵巢癌中的应用价值。此外，结合术后化疗方案、患者生活质量等多维度指标进行综合评估，将更全面地揭示两种术式的临床价值。

综上所述，腹腔镜下卵巢癌分期手术在减少创伤、促进恢复及降低并发症方面优势显著，且短期肿瘤学效果与开腹手术相当，可作为合适患者的安全有效选择。临床实践中，需根据患者病情、肿瘤特征及术者经验个体化制定手术方案，以实现疗效最大化。

参考文献

[1]王永欢,苏小花,张静,等.整合性优化护理流程在机

器人辅助腹腔镜下卵巢癌全面分期术患者手术室护理中的应用[J].机器人外科学杂志(中英文),2025,6(05):780-785.

[2]张国楠,郎景和.卵巢癌腹腔镜手术所致腹壁穿刺孔种植转移的肿瘤学与医学伦理思考[J].肿瘤预防与治疗,2025,38(04):263-266+262.

[3]吴方,段丽君.经脐单孔腹腔镜早期卵巢癌分期手术2例[J].中国微创外科杂志,2024,24(08):585-588.

[4]许鹏琳,纪妹,赵墨,等.达芬奇机器人手术系统在早期卵巢癌分期手术中的应用价值研究[J].中国实用妇科与产科杂志,2017,33(10):1077-1079.

[5]刘云涛.研究腹腔镜在早期卵巢癌分期手术中的临床应用[J].中国实用医药,2016,11(24):44-45.

[6]梁未丹,段兴兴,闫真.基于Snyder希望理论的居家希望策略对中青年腹腔镜卵巢癌切除术后病人养育忧虑、应对方式及创伤后成长的影响[J].全科护理,2024,22(23):4485-4488.