

腹腔镜在妇科恶性肿瘤诊断与治疗中的应用研究

邵蝶 钱木英 李亚宏 环春梦
曲靖市妇幼保健院 云南 曲靖 655000

摘要: **目的:** 分析腹腔镜在妇科恶性肿瘤诊疗中的应用效果。**方法:** 选取2023年3月-2024年3月本院82例妇科恶性肿瘤患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组41例,行传统开腹手术治疗,观察组41例,行腹腔镜手术治疗,比较两组临床疗效。**结果:** 观察组的淋巴结清除数量明显高于对照组,并发症发生率、IL-1、TNF- α 、术中出血量、手术时间、下床活动时间、肛门排气时间、切口愈合时间、下床活动时间和住院时间均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 给予妇科恶性肿瘤患者腹腔镜手术治疗能加强疗效,防范并发症,具有推广价值。

关键词: 腹腔镜技术; 妇科恶性肿瘤; 诊断; 治疗

妇科恶性肿瘤有多种类型,常见的有宫颈癌、子宫内膜癌等,该病诱发因素主要有病毒感染、雌激素改变等。疾病发生率高,在全部妇科病中占比约为20%,多发年龄段为30-50岁,且近些年越发年轻化,严重影响女性健康^[1]。该病治疗时首选手术疗法,根据患者需求联合化疗等。传统开腹手术使用时间长,存在清晰视野,临床操作便捷,效果确切,但造成创伤较大,会影响后续恢复,致使转移种植率提高。微创技术进步,腹腔镜逐渐成熟,将其用于治疗妇科恶性肿瘤,能缩小创伤,具有微创性^[2]。

目前关于该病采用不同类型手术效果研究较多,但关于远期疗效、淋巴清扫等方面较少。本次研究以妇科恶性肿瘤患者为对象,分析腹腔镜手术治疗的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年3月-2024年3月本院82例妇科恶性肿瘤患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组41例,年龄为31-78岁,平均年龄(56.26 \pm 4.61)岁;观察组41例,年龄为32-79岁,平均年龄(56.34 \pm 4.58)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。82例患者均无认知功能异常,无重要脏器异常,无手术禁忌证,对麻醉药物不过敏,皆为第一次发作。

1.2 方法

1.2.1 对照组

该组行传统开腹手术治疗:提供全身麻醉,关注脐下部位,开展切口,逐层分开皮肤,将病灶区显示出来,监测盆腔情况,检验肿瘤数量和大小,小心切除,借助电凝止血法,将腹腔冲洗干净,将引流管放好,为

其关腹。

1.2.2 观察组

该组行腹腔镜手术治疗:观察脐下,创建小手术切口,长度为1-2cm,选用气针,将其放进去,建立气腹,控制腹内压力,处于13-15mmHg,关注肿瘤部位,开放小手术切口,将腹腔镜放进去,基于电视监控系统,监测盆腔情况,检查肿瘤情况,包括大小及数量等,彻底分离其和附近组织,对各个淋巴结进行清扫,采取电凝止血,对于腹腔,将其冲洗干净,为患者放气,将引流管放好,做好固定,完成手术。结合患者病情,拟定后续治疗计划。

1.3 观察项目和指标

评价手术恢复情况^[3]:观察两组的淋巴结清除数量、术中出血量、手术时间、下床活动时间、肛门排气时间、切口愈合时间、下床活动时间和住院时间。

评价免疫因子含量^[4]:检验血清指标,包括IL-1和TNF- α 。

评价并发症^[5]:包括膀胱损伤、尿潴留、肠梗阻和切口感染。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据,($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料,分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术恢复情况比较

观察组的淋巴结清除数量明显高于对照组,术中出血量、手术时间、下床活动时间、肛门排气时间、切口愈合时间、下床活动时间和住院时间均明显低于对照组($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组手术恢复情况比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	淋巴结清除数量(个)	术中出血量(ml)	手术时间(min)	下床活动时间(h)
观察组	41	24.44±2.29	331.17±12.63	187.52±16.66	47.65±3.14
对照组	41	18.65±2.27	437.54±11.52	236.64±13.37	65.52±3.23
<i>t</i>	/	11.498	39.843	14.724	25.401
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

续表1 两组手术恢复情况比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	肛门排气时间(h)	切口愈合时间(d)	下床活动时间(h)	住院时间(d)
观察组	41	27.41±2.28	5.68±1.05	46.65±3.14	8.24±1.07
对照组	41	45.56±2.36	11.25±1.29	65.52±3.23	12.26±1.18
<i>t</i>	/	35.416	21.442	26.822	16.160
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组免疫因子含量比较 见表2。
对比IL-1和TNF- α , 观察组均更低($P < 0.05$)。详

表2 两组免疫因子含量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	IL-1 (pg/ml)		TNF- α (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	72.23±3.75	40.71±3.43 ^a	176.67±11.28	86.23±3.81 ^a
对照组	41	72.34±3.64	54.82±3.26 ^a	177.25±10.41	125.67±4.52 ^a
<i>t</i>	/	0.135	19.093	0.242	42.720
<i>P</i>	/	0.893	0.000	0.809	0.000

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$

2.3 两组并发症比较 表3。
对比并发症发生率, 观察组更低($P < 0.05$)。详见

表3 两组并发症比较[n(%)]

组别	例数	膀胱损伤	尿潴留	肠梗阻	切口感染	发生率
观察组	41	1	0	0	1	4.88
对照组	41	3	2	2	3	24.39
χ^2	/	/	/	/	/	6.248
<i>P</i>	/	/	/	/	/	0.012

3 讨论

针对妇科恶性肿瘤, 开腹手术使用范围广, 腹腔镜逐渐成熟, 有明显优势, 但当下就两种手术而言, 关于其肿瘤结局、安全性等, 是医师研究重点。临床评估疗效、安全性时, 主要指标有术后相关功能、手术指标等^[6]。分析研究结果, 无论是早期子宫内腺癌, 还是宫颈癌, 对比开腹手术, 采取腹腔镜时, 其出血量均较多。目前恶性肿瘤已成为女性常见病, 影响到女性安全, 小于20岁者, 恶性肿瘤较为少见, 处于40-50岁者, 处于高发年龄段, 发展到60-70岁, 又到达高峰^[7]。如患者存在手术指

征, 建议采取手术疗法。

对比开腹手术, 腹腔镜手术用时少, 损伤较小, 同时选用小切口, 后续愈合后, 不存在显著瘢痕, 美观性高, 能满足爱美心理, 正常生活不受干扰, 应用高倍监视屏, 具有清晰视野, 能将肿瘤全部切除, 实施淋巴结清扫, 能预防复发, 防范术后转移, 加强疗效。一项研究以早期EC为对象, 结果显示对比开腹手术, 借助腹腔镜手术, 其效果更明确, 住院时间更短, 能改善各项功能, 生命质量更高。另有研究提出, 实施腹腔镜手术, 远期疗效更高。实施腹腔镜手术, 主张无瘤观念, 防范

医源性播散,其和开腹手术有差异,特别是关于建立CO₂气腹,是否会干扰肿瘤转移,影响肿瘤种植,目前存在诸多争议。有关研究显示,建立CO₂气腹,能调节细胞功能,改善局部微环境,能防范癌细胞扩散,抑制其转移。开展腹腔镜手术,创建CO₂气腹,充入CO₂后,会影响局部微循环,致使其出现超微改变,能阻碍巨噬细胞能力,减弱免疫功能。采用腹腔镜手术时,其对医师提出的要求高,医师需要有丰富经验,精准实施手术。基于上述问题,为了加强疗效,需要尽可能减少气腹维持时间,帮助其降低压力。对于组织外科医生,围绕腹腔镜,应加大培训力度,确保其切实掌握相应技能。充入CO₂前,先将其加热湿化,作用于肿瘤细胞,纠正其雾化状态,采用手术处理肿瘤时,不能和肿瘤接触,尽量防范其破裂,将手术标本取出时,采取标本袋。针对子宫内膜癌,或者子宫颈癌,实施手术治疗,采取举宫器时,要尽可能保护肿瘤细胞,防止其脱落,处于腹壁切口处、阴道切口部位,进而造成种植转移。完成手术后,先将气腹排空,然后将套管拔除,避免出现烟囱效应,防范肿瘤细胞转移。实施腹腔镜手术,治疗恶性肿瘤,能有效改善预后,能有效清除淋巴结,防范复发,延长生存时间。应用该技术,通过腹腔处理,更方便定位肿瘤,具有较大操作空间,能清晰显示出大血管,及时发生出血,也方便控制。基于解剖学理论,通过腹膜渠道,操作更便捷。采取该术式,主要有以下优势:其经由中部进路,能在适宜范围,对组织块进行游离,和解剖学原理相符;开展手术时,能减少手术分离,降低手术风险;具有清晰视野,可识别重要结构,能将其全部清除,防范损伤。研究结果显示和对照组比,观察组的淋巴结清除数量更高,术中出血量、手术时间、下床活动时间、肛门排气时间、切口愈合时间、下床活动时间和住院时间均更低($P < 0.05$),代表应用腹腔镜手

术,能减少暴露时间,出血量少,后续恢复快。观察组的IL-1和TNF- α 均更低($P < 0.05$),表示该术式可调节免疫能力,降低炎症反应。观察组的并发症发生率均更低($P < 0.05$),表明该术式能防范并发症,安全性高。说明应用腹腔镜手术可以提高妇科恶性肿瘤疗效,取得良好手术效果,同时手术安全。

综上所述,给予妇科恶性肿瘤患者腹腔镜手术治疗能加强疗效,防范并发症,具有推广价值。

参考文献

- [1]梁苗,陈诚.经阴道自然腔道内镜手术在妇科恶性肿瘤领域的应用进展[J].中国微创外科杂志,2023,23(12):930-934.
- [2]王彦锦.腹腔镜手术治疗妇科恶性肿瘤研究进展[J].中国医疗器械信息,2023,29(21):48-50.
- [3]郝秉楠,吕晓琳.妇科恶性肿瘤术后下肢静脉血流障碍的影响因素分析[J].中国妇幼保健,2023,38(22):4435-4438.
- [4]刘颖蔚,杜凯玟,唐均英.机器人手术系统在妇科恶性肿瘤中的应用及优势[J].实用妇产科杂志,2023,39(10):730-732.
- [5]万姣,黄优优,杨景,黄魁,陈嫣,刘双,刘巧,欧阳佩琳,唐毅,张璞,赵璟,陈天敏,孟胜君,蒋丹,龚颖萍,田哇,舒楚强.妇科恶性肿瘤生育力保护研究进展[J].中国科学:生命科学,2023,53(10):1439-1454.
- [6]彭秀华,李砺,韩叶芬,吴帆,林小敏,陆云,马潇寒.子午流注择时雷火灸对妇科恶性肿瘤病人腹腔镜术后胃肠功能及睡眠质量的影响[J].全科护理,2023,21(28):3944-3948.
- [7]赵攀攀.经腹淋巴结切除术与腹腔镜淋巴结切除术对妇科恶性肿瘤患者的疗效比较[J].实用癌症杂志,2023,38(8):1374-1377.