

# 两种手术途径进行卵巢良性肿瘤剥除术 110 例对比分析

韦育红 黄 澎 马宝满

(广西贵港市中西医结合骨科医院,贵港市 537100)

**【摘要】 目的** 探讨在腹腔镜下进行卵巢良性肿瘤剥除术的疗效。**方法** 将 110 例卵巢良性肿瘤患者,分别行腹腔镜下进行肿瘤剥除术和开腹进行肿瘤剥除术,观察两组手术效果及术中术后并发症。**结果** 术中出血量腹腔镜组较开腹组明显减少( $P < 0.01$ );术后肛门排气时间、下床活动时间、术后平均住院时间、术后恢复工作时间腹腔镜组较开腹组明显缩短( $P < 0.01$ );术后疼痛程度腹腔镜组较开腹组明显减轻( $P < 0.01$ );术后病率腹腔镜组较开腹组低( $P < 0.01$ );术后受孕率腹腔镜组较开腹组高( $P < 0.05$ );术后盆腔粘连率腹腔镜组较开腹组低( $P < 0.05$ )。**结论** 腹腔镜下卵巢良性肿瘤剥除术具有腹腔干扰小、术中出血少、术后恢复快、恢复工作时间早、疼痛程度轻、住院时间短、术后受孕率高、盆腔粘连少、疤痕小等优点。

**【关键词】** 腹腔镜手术;开腹手术;卵巢良性肿瘤

**【中图分类号】** R 737.31 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2008)06-0811-02

保留生殖腺以维持女性正常生理功能的手术原则已被大家认可,既往常采用开腹手术对卵巢良性病变行肿瘤剥除术,开腹手术腹腔干扰大、创伤大和疤痕大、出血多、恢复慢、疼痛且加上开腹,盆腔脏器与手术操作中手套及纱布的接触,免疫反应大,术中创面常规缝合,对合不好的创面及出血等,可增加术后组织粘连几率。由于腹腔镜的微创特点符合手术的人性化要求,已被广泛认可,我院 2005 年开始采用腹腔镜下卵巢良性肿瘤剥除术,取得良好的效果,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 2005 年我院行卵巢良性肿瘤剥除术共 110 例,其中腹腔镜下卵巢良性肿瘤剥除术 70 例,患者年龄 18 ~ 40 岁,平均 28 岁;有开腹手术病史者(剖腹产、附件手术、阑尾手术者)26 例,未婚、未育者 40 例;肿瘤最大直径均在 100 mm 以下。选择同期自愿要求开腹手术行卵巢良性肿瘤剥除术 40 例患者作对照,患者年龄 17 ~ 42 岁,平均 29 岁;未婚、未育者 20 例;有开腹手术病史者(剖腹产、附件手术、阑尾手术者)15 例,肿瘤直径最大均在 10 cm 以下。再次手术者(包括开腹术或再次腹腔镜术)腹腔镜组 26 例,开腹组 12 例。排除标准:肿瘤直径 > 10 cm,盆腔粘连严重及疑恶性肿瘤患者。两组术后切除标本均送病理检查证实为良性肿瘤,浆液性囊腺瘤腹腔镜组 10 例,开腹组 6 例;黏液性囊腺瘤腹腔镜组 8 例,开腹组 3 例;成熟畸胎瘤腹腔镜组 25 例,开腹组 15 例;单纯性囊肿(包括黄体囊肿及滤泡囊肿)腹腔镜组 10 例,开腹组 6 例;卵巢冠囊肿腹腔镜组 6 例,开腹组 5 例;卵巢子宫内异位囊肿腹腔镜组 11 例,开腹组 5 例。两组一般资料无明显差异,具有可比性。

**1.2 麻醉方法** 两组均采用硬膜外麻醉或加腰麻。

### 1.3 手术方法

**1.3.1 腹腔镜组:**(1)腹腔镜器械选择:采用日本奥林巴斯公司生产的奥林巴斯腹腔镜,OLYMPUS 30°型摄像头和 UHI 型二氧化碳充气气腹机,单极电凝器。(2)采用三孔穿刺操作法,脐孔部穿刺孔 10 mm,气腹针穿刺,注入 CO<sub>2</sub> 气体形成气

腹,置入腹腔镜,全面观察盆腹腔内脏器情况,再在右下腹麦氏点及左下腹对应处分别作 5、10 mm 两个穿刺孔(左下腹 10 mm 穿刺孔有利于取出标本),如过去有手术史腹壁粘连者,穿刺孔应避免粘连和大血管部位。(3)三孔穿刺成功后吸取腹腔液或冲洗液,送病理科检查。再次全面观察盆腹腔情况。(4)用无损抓钳抓起卵巢囊肿从直肠凹内拨出,置于子宫一侧。(5)在卵巢门对侧血管稀少区用电钩切开卵巢皮质达卵巢肿瘤的交界面,在正确的解剖层面剥除卵巢,可用两把钳夹住卵巢皮质切口的两侧边缘,向相反方向用力撕开,暴露出卵巢。卵巢基底底部近卵巢门血管丰富,可先电凝后再切开。尽量勿刺破肿瘤壁,但如囊肿较大时,可先用穿刺吸引针吸出囊液再行剥除术。在卵巢剥除面用单极电凝灼自上而下依次电凝剥离面的出血点,在电凝的过程中卵巢边缘有向内侧卷曲自动闭合的倾向。(6)剥除的肿物用自制的肿物收集袋(无菌橡胶手套或无菌塑料袋结扎成袋状),经左下腹 10 mm 小切口处夹出。

**1.3.2 开腹手术方法:**取下腹部耻上 30 mm 处作横切口,进入腹腔,按传统卵巢囊肿剥除术步骤操作<sup>[1]</sup>。

**1.4 评价标准** ①术中出血量:按吸出量及纱布吸血量估计;②术后病率:术后 2 次体温 > 38℃ 为术后病率;③术后疼痛:按术后是否需用镇痛药作为疼痛的评价;④术后肛门排气时间:手术结束后至肛门第 1 次排气的时间;⑤术后平均住院时间:手术结束至出院的平均时间;⑥术后恢复工作时间:以 2 周内恢复正常家务劳动和工作为标准;⑦术后卵巢功能恢复情况:月经恢复时间和术后妊娠情况;⑧术后盆腔粘连:本次手术后再次手术(包括开腹或再次腹腔镜手术)时发现盆腔粘连者。

**1.5 统计学方法** 采用简明 2.0 统计软件,计量资料采用 *t* 检验,计数资料用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 手术情况** 两组患者手术均能顺利完成,术中、术后无严重并发症。腹腔镜组和对照组比较,腹腔镜组较开腹组的出血

量明显减少( $P < 0.01$ );腹腔镜组的术后肛门排气时间、术后下床活动时间、术后平均住院时间较开腹组明显缩短( $P < 0.01$ );

术后工作恢复时间腹腔镜组较开腹组早( $P < 0.01$ )。见表 1。

表 1 两组手术效果观察指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	术中出血量(ml)	术后肛门排气时间(h)	术后下床活动时间(h)	术后住院时间(d)	恢复工作时间(d)
腹腔镜组	70	52.45 ± 9.25	24.50 ± 5.10	26 ± 4.10	4.25 ± 1.20	14.11 ± 5.75
开腹组	40	80.25 ± 25.11	42.40 ± 6.30	48 ± 5.30	7.17 ± 1.50	36.75 ± 6.74
t 值		6.745	17.274	22.662	10.535	17.854
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.1 术后情况 两组术后随访时间定在术后 1、3、6、9 个月进行第 1、2、3、4 次的随访,腹腔镜组随访 65 例,其中 26 例过去有开腹手术史者与既往手术效果对比,以及 46 例未婚、未育患者对腹腔镜手术效果非常满意。开腹组随访者 37 例。腹腔镜组术后疼痛程度较开腹组明显减轻( $P < 0.01$ );腹腔镜组较开腹组术后病率明显减低( $P < 0.01$ )。术后受孕率腹腔镜组较开腹组高( $P < 0.05$ );术后盆腔粘连率腹腔镜组较开腹组低( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组术后随访结果比较(n,%)

组别	n	术后病率(T > 38℃)	术后用止痛药	术后受孕	术后盆腔粘连
腹腔镜组	65	15(21.43)	3(4.29)	28(40.00)	4(5.71)
开腹组	37	20(50.00)	36(90.00)	8(20.00)	8(20.00)
$\chi^2$ 值		8.761	81.883	3.681	4.052
P 值		0.003	0.000	0.049	0.044

### 3 讨论

3.1 腹腔镜手术优越性 由于腹腔镜手术是在完全封闭的腹腔内进行,避免了脏器的暴露及手套、纱布等组织的刺激及损伤,免疫反应小,且腹腔镜手术卵巢肿瘤剥除后创面常无需缝合,无异物样的刺激,故术后盆腔粘连少。对卵巢子宫内膜异位囊肿的手术分离面除了常规烧灼外,还可以在腹腔镜放大下,烧灼残留的微小病灶,治疗更彻底,从而减少复发率,增加育龄妇女的受孕率<sup>[2]</sup>。从上述资料结果表明,腹腔镜手术具有创伤小、术中出血少、术后康复快、住院时间短、疼痛轻、术后病率低、受孕率高、盆腔粘连少、腹壁疤痕小等优点。

3.2 腹腔镜下卵巢良性肿瘤剥除术的可行性 腹腔镜手术由于具有创伤小、手术效果好、术后疼痛轻、恢复快等微创特点,逐渐成为良性附件包块的首选手术方式<sup>[3,4]</sup>。腹腔镜手术时,术中肿物可能破裂,内容物会进入盆腔甚至腹腔,如为恶性肿瘤,是否会因此而导致癌细胞扩散,影响患者预后,导致死亡率上升,目前尚缺乏临床证据<sup>[5]</sup>。但应在腹腔镜术前认真做好良恶性肿瘤的筛查。有文献<sup>[6]</sup>报告,超声检查诊断卵巢良性肿瘤与术后病检符合率高达 92% ~ 95%。必要时行 CT 或者 MRI 及肿瘤标志物检查,结合患者年龄、病史、妇检等,常可以排除恶性病变。可疑恶性者,或绝经后妇女以及 40 岁以上有卵巢癌高危因素患者,建议行开腹手术或行患侧附件切除术。

成熟畸胎瘤时囊肿易破裂,其内容物溢出可引起化学性

腹膜炎,一旦囊肿破裂,应立即吸净囊内液,夹住破裂口并提起,减少囊液溢出,将剥除的肿物装入取物袋内取出,再用 1 000 ~ 2 000 ml 生理盐水及低分子右旋糖酐反复冲洗盆腹腔吸净。冲洗过程中注意将病人由头低臀高位转为头高臀低位,以减少膈下囊内液的积聚和囊内内容物的扩散。

3.3 腹腔镜术中的止血要点 在腹腔镜术中卵巢肿瘤剥除面常有渗血,电凝止血功率不宜过大输出功率,控制在 30 ~ 40 W 之间为宜,否则会因电凝过重,焦痂粘连剥脱,出血反复或加重,反而难以止血。有大血管难以止血时可以缝合止血。

3.4 取出肿物的技巧 剥除的卵巢肿物装入肿物收集袋内,自左下腹 10 mm 的小切口,用抓钳或直接用小弯止血钳夹住前后袋口,拉出腹腔外,依次翻开口,在袋内将囊肿刺破,吸出囊液,缩小囊肿,剪碎囊壁,分块取出,尽量避免肿物在盆腔内破裂。

3.5 腹腔镜手术并发症的预防 腹腔镜手术的最常见并发症为出血及皮下气肿、腹膜外气肿及盆腔脏器的损伤。本组 1 例术后下腹壁皮下出血波及会阴部,经过应用止血药后逐渐止血。出血原因考虑缝合下腹部切口时可能缝合太浅,未缝合皮下组织的断裂血管或 Trocar 穿破腹壁下血管所致。发生皮下气肿 3 例,腹膜外气肿 4 例,均为手术开展不久,技术不够熟练时发生,但无盆腔大血管和盆腔脏器损伤发生。为了预防腹腔镜并发症发生,术前应使患者充分了解手术的方式及手术风险,严格掌握适应证,对既往有盆腹腔手术病史的患者,必须要在腹腔镜认真观察下进行其他穿刺孔的操作,并要不断提高腹腔镜手术医生的手术技能。穿刺孔稍大或套管反复进出腹腔外易导致皮下气肿,故要按照操作常规进行。腹腔内压不宜过高,控制在 11 ~ 13 mmHg 为宜。

### 参 考 文 献

- [1] 苏应宽,刘新民,王佩贞,等. 妇产科手术学[M]. 第 2 版. 北京: 北京人民卫生出版社,1994:200-203.
- [2] 孙军英,张 芳. 腹腔镜下卵巢良性病变剥除术 126 例体会[J]. 实用妇产科杂志,2004,20(1):29-30.
- [3] 冷金花,郎景和,张俊吉,等. 腹腔镜在附件包块治疗中的价值和安全性[J]. 现代妇产科进展,2006,15(3):173-176.
- [4] 姚德生,李 力,潘忠勉,等. 腹腔镜下卵巢良性畸胎瘤剥除术 36 例报告[J]. 广西医学,2002,24(11):1909-1910.
- [5] 史晓梅,胡荣丹,曾琳芮. 两种手术治疗卵巢良性肿瘤 80 例对比分析[J]. 实用妇产科杂志,2007,23(4):242-244.
- [6] 姚书忠,刘栋警,陈玉倩,等. 腹腔镜手术治疗卵巢良性上皮性肿瘤 113 例分析[J]. 实用妇产科杂志,2005,21(2):109-111.

(收稿日期:2008-02-18 修回日期:2008-03-12)