

腹腔镜微创手术和传统开腹手术在盆腔炎性包块中的疗效比较

韦 明

[摘要] **目的:**比较腹腔镜微创手术和传统开腹手术在盆腔炎性包块病人中的疗效。**方法:**将 86 例盆腔炎性包块病人随机分为腹腔镜组和开腹手术组各 43 例,给予相应术式治疗,观察 2 组病人治疗效果、炎症水平及安全性。**结果:**腹腔镜组疼痛持续时间、体温恢复正常时间、抗生素使用时间、住院时间均显著短于开腹手术组($P < 0.01$)。2 组病人手术前肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、转化生长因子- β (TGF- β 1)、白细胞介素(IL)-8、IL-1 β 水平差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后 2 组 TGF- β 1 水平均较治疗前显著升高($P < 0.01$),而 TNF- α 、IL-8、IL-1 β 水平均较治疗前显著降低($P < 0.01$);腹腔镜组治疗后 TGF- β 1 水平显著高于开腹手术组($P < 0.01$);腹腔镜组手术后 TNF- α 、IL-8、IL-1 β 水平显著低于开腹手术组($P < 0.01$)。腹腔镜组术后并发症发生率为 6.78%,显著低于开腹手术组的 27.91% ($P < 0.05$)。**结论:**腹腔镜微创手术治疗盆腔炎性包块手术创伤小、见效快,能降低炎症因子水平的影响,安全性较高,是目前治疗盆腔炎性包块较佳方案,值得推广应用。

[关键词] 盆腔炎性包块;腹腔镜微创手术;传统开腹手术;安全性

[中图分类号] R 711.33 **[文献标志码]** A **DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.07.024

盆腔炎是临床上发病率较高的妇科疾病,而盆腔炎性包块则是盆腔炎中常见的后遗症,使盆腔炎进一步加重,导致输卵管腔或伞段闭锁,从而形成炎症性粘连包块、包裹积液等。病人发病后主要以慢性盆腔痛、腰骶部坠痛等,影响女性身心健康及生活质量^[1]。腹腔镜具有手术创伤小、术后恢复快、住院时间短等优点,成为临床妇产科疾病重要的治疗方法。但腹腔镜微创手术在盆腔炎性包块治疗中尚存在较大的争议。相关研究^[2]显示,盆腔炎性包块的治疗模式已从过去传统开腹手术治疗,向腹腔镜微创手术治疗模式的转变,导致临床治愈率进一步提高。本研究对腹腔镜微创手术和传统开腹手术在盆腔炎性包块病人中的疗效及安全性进行对比分析,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 12 月至 2016 年 1 月在我院诊治的盆腔炎性包块病人 86 例,均经临床确诊。入院后伴有不同程度的下腹部疼痛、腰骶部坠痛,附件区均出现不同程度的压痛感。依据治疗措施分为腹腔镜组和开腹手术组。腹腔镜组 43 例,年龄 20~37 岁;14 例阴道不规则出血;25 例白细胞计数 $> 10 \times 10^9/L$;下腹痛 15 例,白带增多 21 例,腰骶部坠痛 7 例。开腹手术组 43 例,年龄 21~36 岁;16 例阴道不规则出血;28 例白细胞计数 $> 10 \times 10^9/L$;下腹痛 16 例,白带增多 23 例,腰骶部坠痛 5 例。2

组病人一般资料均具有可比性。本研究均在病人及家属知情同意下进行,且通过本院伦理委员会批准同意。

1.2 治疗方法 开腹手术组给予传统开腹手术治疗方法:行连续硬膜外麻醉,在脐耻之间做一纵形腹壁切口,进入盆腔,根据常规盆腔脓肿手术操作进行,根据病人是否存在生育要求、病灶范围选择相应的手术方法。对于存在生育要求者尽量保留卵巢功能;对于无生育要求者行附件或子宫全切手术。病人手术过程中行盆腔冲洗,术后放置引流管、根据结果为病人选择敏感抗生素等^[3]。

腹腔镜组给予腹腔镜微创手术治疗方法:术前静脉滴注头孢噻肟预防感染;术中病人保持头低臀高位姿势,全麻,建立人工气腹后脐上缘做长为 1 cm 的小切口探头,在下腹部两侧进行穿刺,植入套管针、手术操作器械,在腹腔镜辅助下观察病人病灶情况。对于盆腔粘连严重者,在镜下行松解粘连术,保证其恢复正常解剖形态;对于存在脓肿且存在生育要求者尽可能保留输卵管、卵巢,切口囊肿后引流。对于脓肿位于输卵管伞段使伞端闭锁者,行伞端造口术;对于无生育要求者行附件或子宫全切手术。病人手术过程中行盆腔冲洗,术后放置引流管、应用抗生素,采集切口部位分泌物进行细菌培养,根据结果选择敏感抗生素^[4]。

1.3 观察指标 观察 2 组病人治疗恢复情况,如疼痛持续时间、体温恢复正常时间、抗生素使用时间、住院时间。炎症因子测定:在入院后 1 d、术后第 7 d 清晨抽取病人静脉血,采用免疫组织化学法测定炎症因子肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、转化生长因子- β

(TGF- β 1)、白细胞介素(IL)-8、IL-1 β 水平^[5]。观察2组病人不良反应发生率,如切口感染、疼痛、肺不张。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验、 t (或 t')检验。

2 结果

2.1 2组病人治疗恢复情况比较 腹腔镜组疼痛持续时间、体温恢复正常时间、抗生素使用时间、住院时间均显著短于开腹手术组($P < 0.01$)(见表1)。

表1 2组病人治疗恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	疼痛持续时间/d	体温恢复正常时间/h	抗生素使用时间/d	住院时间/d
腹腔镜组	43	2.31 \pm 0.76	21.32 \pm 5.85	11.65 \pm 4.24	7.17 \pm 1.32
开腹手术组	43	5.32 \pm 1.29	42.71 \pm 7.58	8.66 \pm 2.79	13.69 \pm 4.28
t	—	13.18*	14.65	3.86*	9.55*
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

*示 t' 值

表2 2组病人手术前后TNF- α 、TGF- β 1、IL-8、IL-1 β 水平比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	TNF- α /(ng/L)	TGF- β 1/(μ g/L)	IL-8/(ng/L)	IL-1 β /(μ g/L)
治疗前					
腹腔镜组	43	2.67 \pm 0.34	19.23 \pm 4.34	222.15 \pm 35.31	28.74 \pm 4.45
开腹手术组	43	2.68 \pm 0.27	18.91 \pm 4.87	224.25 \pm 36.36	29.41 \pm 4.58
t	—	0.15	0.32	0.27	0.69
P	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
治疗后					
腹腔镜组	43	0.89 \pm 0.21 $\Delta\Delta$	35.45 \pm 6.56 $\Delta\Delta$	94.33 \pm 11.74 $\Delta\Delta$	16.26 \pm 2.35 $\Delta\Delta$
开腹手术组	43	1.68 \pm 0.36 $\Delta\Delta$	26.65 \pm 5.57 $\Delta\Delta$	155.36 \pm 14.93 $\Delta\Delta$	18.83 \pm 2.63 $\Delta\Delta$
t	—	12.43*	6.71	21.07	4.78
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

*示 t' 值;组内配对 t 检验;与治疗前比较 $\Delta\Delta P < 0.01$

是对于抗感染治疗效果不佳,病人持续伴有高热、炎症加重时,将伴有继发性输卵管性闭塞或盆腔内广泛粘连,从而对女性生殖功能产生明显的影响,甚至增加了继发感染脓毒血症风险,使得病人必须采取手术治疗。开腹手术是盆腔炎性包块病人中常用的手术治疗方法,但是该手术创面较大,术中切口直接与外界相同,使得组织创面暴露不充分,容易引起周围其他脏器损伤。同时,术中缝合线的使用、滑石粉的污染等均增加了再次盆腔包裹性积液的形成,增加病人痛苦,不利于病人术后恢复^[6]。

本研究采用腹腔镜手术治疗急性炎性包块,临床上取得理想的效果,认为腹腔镜微创手术治疗急性炎性包块具有一定的价值和优越性。本研究中,

2.2 2组病人手术前后TNF- α 、TGF- β 1、IL-8、IL-1 β 水平比较 2组病人手术前TNF- α 、TGF- β 1、IL-8、IL-1 β 水平差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后2组TGF- β 1水平均较治疗前显著升高($P < 0.01$),而TNF- α 、IL-8、IL-1 β 水平均较治疗前显著降低($P < 0.01$)。腹腔镜组治疗后TGF- β 1水平显著高于开腹手术组($P < 0.01$);腹腔镜组手术后TNF- α 、IL-8、IL-1 β 水平均显著低于开腹手术组($P < 0.01$)(见表2)。

2.3 2组病人手术后并发症发生率比较 腹腔镜组术后疼痛2例,肺不张1例,并发症发生率为6.78%;开腹手术组疼痛4例,切口感染3例,肺不张5例,并发症发生率为27.91%;腹腔镜组并发症发生率低于开腹手术组($\chi^2 = 6.54, P < 0.05$)。

3 讨论

盆腔炎发病率较高,且抗生素是治疗的关键,但

腹腔镜组疼痛持续时间、体温恢复正常时间、抗生素使用时间、住院时间均显著短于开腹手术组。腹腔镜微创手术和传统开腹手术相比优势较多,手术下不仅能直视腹腔内组织情况,可在腹腔镜直视下松解盆腔粘连、清除盆腔脓肿,对改善病人治疗进程和预后具有重要的意义。同时,随着腹腔镜微创手术的运用更加安全、有效,疗效也优于开腹手术^[7]。而对于腹腔镜微创手术的并发症临床上也早有研究。本研究中,腹腔镜组术后并发症发生率为6.78%,低于开腹手术组的27.91%,因此我们认为,腹腔镜微创手术并发症主要与医生手术操作程度、手术器械的完善及术中是否严格遵循无菌操作等有关。术前应加强病人全面评估工作,密切观察

病人生命体征,对于术后出现切口感染、疼痛等病人应该加强检查,确定病因,采取积极有效的措施治疗^[8]。

腹腔镜微创手术的应用能有效地治疗盆腔炎性包块,改善病人盆腔局部微循环,调节机体免疫,降低机体内的炎症反应^[9]。本研究中,2 组病人手术前 TNF- α 、TGF- β 1、IL-8、IL-1 β 水平差异无统计学意义;腹腔镜组手术后 TGF- β 1 水平显著高于开腹手术组,腹腔镜组手术后 TNF- α 、IL-8、IL-1 β 水平显著均低于开腹手术组。TGF- β 1 属于转化生长因子,能降低机体炎性反应引起的免疫反应,抑制炎症发展,并且能有效地抑制 T 细胞、B 细胞,降低多种炎症因子水平。TNF- α 、IL-8 也是影响机体盆腔及其他器官正常解剖结构与功能的炎性因子^[10]。病人围术期应加强炎症因子测定,正确地预测病人预后,且病人选择腹腔镜微创手术治疗时应该严格遵循其适应证:(1)对于胫骨药物治疗 1~2 周效果不佳,包块未见缩小者;(2)药物治疗 2~3 d 后病情加重或脓肿发生破裂需要立即行手术治疗者;(3)病人病情复杂,难以确诊,有生育要求者可以采用腹腔镜进行诊断、治疗。

综上所述,腹腔镜微创手术治疗盆腔炎性包块手术创伤小、见效快,能降低炎症因子水平的影响,安全性较高,是目前治疗盆腔炎性包块较佳方案,值得推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] 余霞,谢小敏,雷燕.腹腔镜手术联合药物治疗急性盆腔炎性疾病临床疗效对比分析[J].中国妇幼保健,2012,27(18):3852.
- [2] 罗艳琴,马云,宋路瑶,等.莜蓼活性成份对慢性盆腔炎大鼠子宫组织肿瘤坏死因子- α 和白介素-4 的影响[J].南方医科大学学报,2014,12(2):236.
- [3] 杨瑞.克林霉素联合千金胶囊对慢性盆腔炎性激素及炎症因子水平的影响[J].中国妇幼保健,2015,30(8):1283.
- [4] 高伟飞.腹腔镜手术与开腹手术用于妇科盆腔炎性包块治疗临床对比分析[J].当代医学,2014,20(36):50.
- [5] 何文聪,叶红,李华,等.腹腔镜手术对盆腔炎性包块患者的 T 淋巴细胞免疫功能及术后恢复的影响[J/CD].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2015,11(1):62.
- [6] 彭艺萍,何文聪.腹腔镜手术在急性盆腔炎包块诊治中的临床价值[J].检验医学与临床,2013,10(A2):66.
- [7] 汪培青.腹腔镜手术治疗盆腔炎性包块的疗效评价[J].河南医学研究,2015,24(4):132.
- [8] 张宜群.桃红四物汤辅助治疗盆腔炎性包块的效果观察[J].中国基层医药,2014,21(20):3168.
- [9] 胡友斌,何文聪.腹腔镜手术治疗盆腔炎性包块对 T 细胞免疫功能及术后恢复的影响[J].中国实用妇科与产科杂志,2015,31(1):82.
- [10] LORIG K, SOLBEL D, STEWART A, *et al.* Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial [J]. *Med Care*, 2013, 37(1):5.

(本文编辑 刘梦楠)

(上接第 924 页)

[参 考 文 献]

- [1] 王古衡,谢仁国,汤锦波.上肢骨折发生率和发生特点的临床资料分析[J].中华手外科杂志,2012,28(2):95.
- [2] 刘文豪,赵根隆,曾开,等.微型钢板与克氏针内固定治疗掌指骨折的疗效对比分析[J].吉林医学,2014,35(10):2109.
- [3] 陈智,陈歌,尹一然.微型钢板与克氏针内固定治疗掌指骨折的 Meta 分析[J].重庆医学,2016,45(29):4095.
- [4] MC DONALD LS, SHUPE PG, HAMMEL N, *et al.* The intermetacarpal angle screening test for ulnar-sided carpometacarpal fracture-dislocations [J]. *J Hand Surg Am*, 2012, 37(9):1839.
- [5] 夏卫革,郑勇,曾永新,等.闭合复位经皮克氏针内固定治疗第 4、5 掌指骨折[J].实用骨科杂志,2014,20(6):572.
- [6] 从飞,张开放,许玉本,等.微型锁定加压钢板内固定治疗复杂性掌指骨折[J].中华手外科杂志,2013,29(2):95.

- [7] 张冰,张英泽,邵新中,等.应用 AO 微型钛板治疗掌指关节周围骨折[J].中华医学杂志,2012,92(3):188.
- [8] AFSHAR R, FONG TS, LATIFI MH, *et al.* A biomechanical study comparing plate fixation using unicortical and bicortical screws in transverse metacarpal fracture models subjected to cyclic loading [J]. *J Hand Surg Eur Vol*, 2012, 37(5):396.
- [9] BAŞAR HI, BAŞAR B, BAŞÇI O, *et al.* Comparison of treatment of oblique and spiral metacarpal and phalangeal fractures with mini plate plus screw or screw only [J]. *Arch Orthop Trauma Surg*, 2015, 135(4):499.
- [10] XU J, ZHANG C. Mini-plate versus Kirschner wire internal fixation for treatment of metacarpal and phalangeal fractures in Chinese Han population: a meta-analysis [J]. *J Orthop Surg Res*, 2014, 9:24.

(本文编辑 刘璐)