生殖领域的热点问题。超声参数评估内膜容受性具有经济、无创、重复性佳、可行性好的特点[5]。尽管以厚度来评估其容受性尚有争议，但内膜过薄时孕卵无法着床是个不争的事实。超声下子宫内膜可分为 3 种类型：A（三线）、B（弱三线）、C（均质回声），多数学者赞同“卵泡发育晚期 A 型内膜较另外两型的妊娠率更高”的说法。此外，子宫动脉或子宫内膜螺旋动脉 RI、PI，也是易于测量的血流参数，部分学者认为，子宫血流灌注好和受孕率高呈正相关[6]。

本研究结果显示，研究组子宫内膜较厚，且 A 型内膜比例较高，内膜血流更好，RI、PI 较低，说明中医周期疗法对调节患者子宫内膜血流灌注、提高子宫内膜容受性、促进受精卵着床起到了积极的作用。研究组排卵率高于对照组，虽无统计学意义，但也可以说明服用中药可能更有利于卵子的生长和排出。研究组排卵日宫颈黏液评分较高，明显优于对照组（$P<0.05$），说明中药有稀化宫颈黏液，降低精子穿透阻力的作用。研究组妊娠率为 67.12%，不良妊娠率低，和对照组差异显著，显示了中医周期疗法在不孕治疗方面有较好的应用前景。综上所述，本文从子宫内膜容受性等角度探讨了中医周期疗法在治疗女性不孕方面的优势。排卵障碍患者采取中医周期疗法治疗，可显著改善内膜容受性，联合 CC 使用时妊娠率显著提高，不良妊娠事件减少，对于提高整体疗效具有一定的临床价值及指导意义。

参考文献

[1]谢幸,荀文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.369
[2]乔杰,马彩虹,刘嘉茵,等.辅助生殖促排卵药物治疗专家共识[J].生殖与避孕,2015,35(4):211-223
[3]胡天惠,辜卫红,杜敏.安坤种子丸改善黄体功能不全性不孕症患者子宫内膜容受性临床研究[J].中华中医药杂志,2015,30(3):923-925
[4]谈勇.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2016.45-46
[5]梁靓,李蓉,吕笑冬,等.子宫内膜容受性的超声评估方法研究进展[J].生殖与避孕,2015,35(12):873-878
[6]李予,苏圣梅,杨冬梓.多囊卵巢综合征患者子宫内膜容受性的特点[J].生殖与避孕,2014,34(7):571-575

（收稿日期：2017-09-08）

腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿的疗效观察

董巧兰
（河南省新郑市人民医院妇产科　新郑 451100）

摘要：目的：探讨腹腔镜卵巢囊肿剥除术对卵巢囊肿患者术后血清相关性激素水平及预后妊娠率的影响。方法：选取 2014 年 7 月 ~2016 年 9 月我院收治的 92 例卵巢囊肿患者作为研究对象，按随机数字表法分为对照组和观察组，每组 46 例。对照组采用开腹卵巢囊肿剥除术治疗，观察组采用腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗。统计比较两组的手术相关指标、术后血清相关性激素水平变化及预后妊娠率。结果：观察组的术中出血量、术后 VAS 评分均低于对照组，差异均有统计学意义，$P<0.05$；术后 3 个月和 6 个月两组血清相关性激素水平比较，差异无统计学意义，$P>0.05$；观察组的预后妊娠率为 67.39%，高于对照组的 43.48%，差异有统计学意义，$P<0.05$。结论：腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿可减少术中出血量，减轻患者术后疼痛，提高预后妊娠率。

关键词：卵巢囊肿；腹腔镜卵巢囊肿剥除术；性激素水平；预后妊娠率

中图分类号：R711.75　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.019

卵巢是女性的重要生殖器官，可控制机体排卵，调节神经内分泌功能。卵巢囊肿是妇产科常见疾病，为多发肿瘤类型，其发病与患者所处的环境及内分泌等因素有关，临床症状表现为可动性和无触痛的腹内包块，会导致月经紊乱和排卵障碍等[1]。根据卵巢囊肿的形态可分为囊性或实性，其中囊性肿瘤较为多见，而且恶性比例较高。临床治疗以手术为主，即通过手术剥除病灶并保留患者生理功能。为了研究腹腔镜卵巢囊肿剥除术可行性与安全性，选取我院收治的 92 例卵巢囊肿患者作为研究对象，分组观察了腹腔镜卵巢囊肿剥除术对卵巢囊肿患者术后血清相关性激素水平及预后妊娠率的影响。现报告如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2014 年 7 月 ~2016 年 9 月我院收治的 92 例卵巢囊肿患者，按随机数字表法分为对照组和观察组各 46 例。观察组年龄 21~43 岁，平均年龄（33.74± 6.56）岁，囊肿直径 4.18~10.31 cm，平均囊肿直径（6.76± 1.29）cm；对照组年龄 20~44 岁，平均年龄（33.95± 7.13）岁，囊肿直径 3.83~10.13 cm，平均囊肿直径（6.82± 1.35）cm。两组一般资料比较，差异无统计学意义，$P>0.05$，具有可比性。

1.2　纳入标准　经病理学证实为卵巢囊肿者；有生育要求者；B 超显示肿块为完全无回声区者；卵巢囊肿为囊性或混合型，且为良性肿瘤者；术前未采用激素药物治疗者；生命体征稳定者。

1.3　排除标准　伴有心血管疾病者；伴有内分泌疾病者；伴有凝血功能障碍者；有传染病史者。

1.4　方法

1.4.1　对照组　行开腹卵巢囊肿剥除术。患者取膀胱截石位，连续硬膜外麻醉，于腹部取一切口，切开

腹直肌，探入腹腔，分离粘连肌肉组织，切除瘤体及附近组织，常规冲洗，选用可吸收线缝合伤口。

1.4.2 观察组 行腹腔镜卵巢囊肿剥除术。患者取仰卧位，全麻，于脐部下缘穿刺，建立 12 mm Hg 的气腹，置入腹腔镜相关器械，探查卵巢情况，明确卵巢囊肿大小和具体部位，在卵巢囊肿表面作电凝带，单极电钩灼开囊肿包膜，于卵巢皮质间隙处分离囊肿，采用锐性和钝性相结合的方式分离瘤体，吸净囊液，冲洗腔隙组织，双极电凝止血，选用可吸收线缝合伤口。

1.5 观察指标 (1)统计比较两组的手术时长和术中出血量，并于术后采用 VAS 表对两组进行疼痛评分，满分 10 分，分值越高，疼痛程度越高；(2)比较两组术后 3 个月和 6 个月的性激素水平，抽取患者清晨空腹肘静脉血 4 ml，于室温下离心，取上层血清，采用电化学发光法测定血清雌二醇(E_2)、促卵泡激素(FSH)和黄体生成素(LH)水平(试剂盒购自天津九鼎生物医学工程有限公司)；(3)术后进行随访，比较两组的预后妊娠率。

1.6 统计学分析 数据处理采用 SPSS18.0 统计学软件，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标比较 两组的手术时长比较，差异无统计学意义，$P>0.05$；观察组的术中出血量、术后 VAS 评分均低于对照组，差异均有统计学意义，$P<0.05$。见表 1。

表 1 两组手术相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时长(min)	术中出血量(ml)	VAS 评分(分)
观察组	46	68.61± 9.02	76.84± 17.49	3.39± 0.87
对照组	46	70.17± 8.94	115.28± 21.11	4.23± 1.09
t		0.833	9.510	4.085
P		0.407	0.000	0.000

2.2 两组性激素水平比较 术后 3 个月和 6 个月，两组血清相关性激素水平比较，差异无统计学意义，$P>0.05$。见表 2。

表 2 两组性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	E_2(mmol/L)		FSH(IU/L)		LH(IU/L)	
		术后 3 个月	术后 6 个月	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
观察组	46	123.91± 21.46	129.93± 24.69	9.19± 3.51	8.45± 3.27	7.71± 3.22	7.24± 2.37
对照组	46	122.63± 21.24	127.67± 24.76	9.12± 3.38	8.37± 3.29	7.56± 3.07	7.18± 2.26
t		0.288	0.438	0.097	0.117	0.229	0.124
P		0.774	0.662	0.923	0.907	0.820	0.901

2.3 两组预后妊娠率比较 治疗后随访 6 个月，观察组的预后妊娠率为 67.39%(31/46)，高于对照组的 43.48%(20/46)，差异有统计学意义，$\chi^2=5.324$，$P=0.021<0.05$。

3 讨论

卵巢囊肿会在女性的各个年龄段发病，表现为腹部有中等大包块，而且具有可动性，可随盆腔移动至腹腔，若伴有炎症，肿物移动受限，还会出现腹水和腹膜刺激征，临床治疗最有效的手段是通过手术剥除[2-3]。

传统开腹卵巢囊肿剥除术视野开阔，但术中切口大，会影响卵巢血液供应，而且剥除术中创口外露极易导致腹腔感染，术后易发生卵巢区域炎症，损害卵巢储备功能。任何盆腔手术都无法避免对卵巢造成部分损伤，因此，手术治疗原则为最大程度地维持卵巢正常生理功能。随着腹腔镜技术的日益完善，腹腔镜卵巢囊肿剥除术成为了临床治疗卵巢囊肿理想方法。腹腔镜技术可直观地观察盆腔脏器，直视卵巢情况，并精准定位囊肿位置，而且于脐下取穿刺口可最大程度地减少组织伤害，保留卵巢功能[4]。本研究中，两组的术后 E_2、FSH 和 LH 水平比较，差异无统计学意义，$P>0.05$，这说明腹腔镜技术对卵巢功能无较大影响，可最大限度地保留机体生理功能和生育能力。术中采用电凝灼烧囊肿可减少粘连和损伤，镜下操作可减少双极电凝向远处扩散热损伤和灼烧面积，降低术后感染等并发症[5]。

本研究结果显示，观察组的术中出血量、术后 VAS 评分均低于对照组，差异均有统计学意义，$P<0.05$；观察组的预后妊娠率为 67.39%，高于对照组的 43.48%，差异有统计学意义，$P<0.05$。提示腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿患者可减少术中损伤，提高预后妊娠率。综上所述，腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿可减少术中出血量，减轻患者术后疼痛，提高预后妊娠率。

参考文献

[1]王琦.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术的疗效观察及安全性分析[J].现代中西医结合杂志,2014,23(11):1176-1178

[2]褚冬梅,岳本明,叶学奎.腹腔镜卵巢囊肿剥除术对卵巢功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2014,23(17):1873-1875

[3]覃正文,郑会贤,任郁.腹腔镜与开腹卵巢囊肿剥除术对机体免疫功能及术后近远期卵巢功能的影响[J].海南医学院学报,2016,22(1):55-58

[4]钟艺华,王小丽.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术不同止血方式对残留卵巢功能的影响[J].四川医学,2014,35(2):211-213

[5]肖超,肖雪,鄂琪敏,等.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术中电凝止血与缝合止血对卵巢储备功能影响的 Meta 分析[J].实用妇产科杂志,2015,31(8):618-622

(收稿日期：2017-08-19)