

宫腔镜下激光气化切除术与电切术治疗 子宫内膜息肉的疗效比较

张雅凌

(河南省南阳市新野县沙堰镇卫生院 新野 473545)

摘要:目的:对比宫腔镜下激光气化切除术与电切术治疗子宫内膜息肉的疗效。方法:采用前瞻性随机试验方法,选取 2017 年 1 月~2019 年 1 月接受宫腔镜下激光气化切除术治疗的 45 例子宫内膜息肉患者纳入观察组,另取同期接受电切术治疗的 45 例子宫内膜息肉患者为对照组。对比两组围术期指标、子宫内膜厚度变化、手术并发症发生率、复发率。结果:观察组手术及住院时间短于对照组,术中出血量低于对照组($P<0.05$);术后 3 个月及 6 个月,观察组子宫内膜厚度均小于对照组($P<0.05$);观察组并发症总发生率为 2.22%,复发率为 4.44%,均低于对照组的 15.56%、20.00%($P<0.05$)。结论:使用宫腔镜下激光气化切除术治疗子宫内膜息肉,具有创口小、出血低、安全性高等优势,能够促进子宫内膜厚度改善,且复发率较低,利于预后良好发展。

关键词:子宫内膜息肉;激光气化切除术;电切术;子宫内膜厚度

中图分类号:R711.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.15.067

子宫内膜息肉是妇产科临床常见、多发疾病,是由子宫内膜局部过度增殖而引发^[1]。子宫内膜息肉个体表现不同,主要分别为长短不一,且多数患者伴有多个光滑肿物增生。临床症状主要包括腹痛、阴道不规则流血、白带异常等,病情迁延后,甚至可能引发流产、不孕,严重伤害女性身心健康^[2-3]。目前,手术切除是治疗子宫内膜息肉的有效疗法,但术式不同其效果不一,本研究通过对比分析,以明确宫腔镜下激光气化切除术与电切术治疗子宫内膜息肉的临床疗效及其优劣性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 经本院医学伦理委员会审核,前瞻性选取 2017 年 1 月~2019 年 1 月于我院接受宫腔镜下激光气化切除术治疗的 45 例子宫内膜息肉患者纳入观察组,另取同期于我院接受电切术治疗的 45 例子宫内膜息肉患者为对照组。观察组有生产经验者 25 例,无生产经验者 20 例;息肉数目:多发息肉 21 例,单发息肉 24 例;病程 5~29 个月,平均病程(17.88 ± 6.15)个月;体质量指数 $19\sim 26\text{ kg/m}^2$,平均体质量指数(22.36 ± 1.02) kg/m^2 ;年龄 $18\sim 48$ 岁,平均年龄(35.52 ± 10.13)岁。对照组有生产经验者 24 例,无生产经验者 21 例;息肉数目:多发息肉 22 例,单发息肉 23 例;病程 5~32 个月,平均病程(18.37 ± 6.09)个月;体质量指数 $19\sim 27\text{ kg/m}^2$,平均体质量指数(22.30 ± 1.05) kg/m^2 ;年龄 $18\sim 49$ 岁,平均年龄(35.61 ± 10.07)岁。两组一般资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可对比性。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:符合子宫内膜息肉相关诊断标准^[4];无沟通障碍;手术耐受性良好;签署知情同意书。(2)排除标准:合并恶性肿瘤或凝血

功能障碍的患者;妊娠期及哺乳期的患者;中途退出研究或未完成随访信息统计的患者。

1.3 手术方法 所有患者术前完善相关检查并排除手术禁忌证,麻醉方式均为腰硬联合麻醉。对照组采用电切术治疗。取膀胱截石位,向宫腔内连续灌注 5%葡萄糖溶液以维持宫腔内压力,压力约为 100 mm Hg,行宫颈扩张,并置入电切镜,确定病变部位,对息肉及周边 5 mm 内膜组织行环状切除并送检,电凝止血,术后使用抗生素行预防性治疗。观察组使用宫腔镜下激光气化切除术治疗。取截石位,向宫腔内连续灌注 0.9%氯化钠溶液以维持宫腔内压力,压力控制范围为 100~120 mm Hg,将激光功率设置为 40 W,波长为 2 μm ,通过宫腔镜操作通道置入,直视下观察息肉大小、位置,对于较大息肉应先切割息肉体再行基底部切除,较小息肉直接切除基底部,电凝止血并负压引出切除组织,送检,术后常规预防性使用抗生素。

1.4 观察指标 (1)手术指标:记录并对比两组手术时间及术中出血量、住院时间。(2)子宫内膜厚度:于术前及术后 3 个月、6 个月患者月经结束 2~3 d 时使用 LEO-3000 系列全数字超声诊断仪(粤械注准 20172230326)测定两组患者子宫内膜厚度变化。(3)手术并发症及复发率:术后 6 个月统计两组手术并发症及复发情况,并发症包括尿潴留、子宫穿孔、宫腔感染。

1.5 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件进行数据处理,计量资料(手术指标、子宫内膜厚度等)以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料(并发症、复发率等)以率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标对比 观察组手术及住院时间短于对照组,术中出血量低于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术指标对比($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
对照组	45	47.95± 7.73	60.52± 9.57	6.25± 1.74
观察组	45	32.88± 7.82	42.10± 10.02	4.69± 1.65
t		9.194	8.918	4.364
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组子宫内膜厚度对比 术后 3 个月、6 个月时,观察组子宫内膜厚度小于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组子宫内膜厚度对比(mm, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	术前	术后 3 个月	术后 6 个月
对照组	45	12.15± 2.06	7.52± 1.66	5.68± 1.40
观察组	45	12.23± 2.04	6.19± 1.70	2.84± 1.37
t		0.185	3.755	9.726
P		0.854	0.000	0.000

2.3 两组并发症及复发率对比 观察组并发症总发生率为 2.22%,复发率为 4.44%,均低于对照组的 15.56%、20.00% ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症及复发率对比[例(%)]					
组别	n	并发症			复发
		尿潴留	子宫穿孔	宫腔感染	
观察组	45	3(6.67)	3(6.67)	1(2.22)	7(15.56)
对照组	45	1(2.22)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.22)
χ^2					3.430
P					0.026

3 讨论

据临床数据显示,子宫内膜息肉发病率逐年升高,发病人群主要包括育龄期及绝经后女性。目前临床并未明确子宫内膜息肉的病因,可能与内分泌紊乱相关。子宫全切术是根治子宫内膜息肉的方法,但并发症较多,对女性健康损伤较大,且不适用于想保留生育功能的患者^[5]。排除此方法后,息肉摘除手术是最适合的治疗方式,但不同摘除术的手术并发症及复发可能性存在一定差异,病情反复且情况严重者甚至会引发子宫内膜癌,对预后极为不利。基于此,本院通过对比研究以期发现更加安全、有效的摘除子宫内膜息肉的手术方式。

本研究结果显示,观察组手术及住院时间短于对照组,术中出血量低于对照组;术后 3 个月及 6 个月,观察组子宫内膜厚度均小于对照组;观察组并发症总发生率为 2.22%,复发率为 4.44%,均低于对照组的 15.56%、20.00% ($P<0.05$)。可见使用宫腔镜下激光气化切除术治疗子宫内膜息肉比电切术更佳,

相比之下宫腔镜下激光气化切除术具有手术时间短、术中出血量少及住院时间短的优点,从长期治疗角度看,宫腔镜下激光气化切除术复发率更低,且较低的手术并发症发生率反映了其较高的安全性。此外,宫腔镜下激光气化切除术能够显著改善子宫内膜厚度,对子宫健康具有深远影响,利于预后发展。本研究中两种术式均以宫腔镜技术为基础。宫腔镜因其可直观探查机体内部组织而被广泛应用于各类型外科手术中,可以在提高手术精准度的同时有力保障术腔完整,降低周围组织破坏程度,应用于子宫内膜息肉摘除术中可以显著降低术中出血量、预防宫腔粘连,具有创伤小、恢复快的显著特点^[6-7]。激光气化切除术原理为利用激光热效应达到气化、切割的治疗手段。人体组织及体液中存在大量水,水对激光的接受峰值为 1.94 μm ,而本研究中将激光波长设定为 2 μm 能够确保人体组织最大接近吸收峰值,保障治疗效果^[8]。且电切除术会在创面形成大面积焦痂,脱落后易导致出血,而激光切除术则能够避免焦痂形成,降低术后出血风险。此外,通过临床实践发现,光纤需超过操作通道前端 3 mm,否则不易操作,可能会灼烧术腔周围组织,适当加温膨宫液可减少患者体温流失,且在进行切割时保持匀速能够显著降低出血量^[9]。

综上所述,使用宫腔镜下激光气化切除术治疗子宫内膜息肉,具有创口小、出血低、安全性高等优势,能够促进子宫内膜厚度改善,且复发率较低,利于预后良好发展。

参考文献

[1]周冠伦,张宁,李菲.子宫内膜息肉发病机制及临床诊疗策略的相关研究进展[J].中国妇幼保健,2019,34(7):1681-1683.

[2]郝克红,贺其志.子宫内膜息肉超声与病理诊断结果比较[J].同济大学学报:医学版,2019,40(2):244-247.

[3]李杰兰.子宫内膜息肉对不孕患者妊娠状况的影响[J].现代诊断与治疗,2018,29(20):3262-3263.

[4]全国卫生产业企业管理协会妇幼健康产业分会生殖内分泌学组.中国子宫内膜增生诊疗共识[J].生殖医学杂志,2017,26(10):957-960.

[5]黄灵霞,武静.不同子宫全切术式对卵巢功能影响[J].中国计划生育学杂志,2019,27(3):379-381,385.

[6]韩正枝.孕激素辅助宫腔镜子宫内膜息肉切除术治疗子宫内膜息肉的临床疗效及对子宫内膜血管内皮生长因子表达的影响[J].贵州医药,2017,41(3):294-296.

[7]樊秀花.宫腔镜治疗子宫内膜息肉的方式及疗效探究[J].实用中西医结合临床,2017,17(11):134-135.

[8]解汉姣,李艳波,段婉莉.2 μm 激光切除术联合甲羟孕酮治疗子宫内膜息肉的效果观察[J].海南医学,2019,30(3):336-338.

[9]孙宏,吴蕾.宫腔镜下子宫内膜息肉电切术与子宫内膜息肉摘除加电凝术治疗子宫内膜息肉的疗效比较[J].安徽医学,2019,40(2):115-118.