

[文章编号] 1007-0893(2023)15-0086-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.15.027

# 经脐单孔腹腔镜对卵巢成熟畸胎瘤的临床疗效

常 聪 孙优优 刘艳文

(商丘市第一人民医院, 河南 商丘 476100)

**[摘要]** 目的: 探析对卵巢成熟畸胎瘤患者应用经脐单孔腹腔镜治疗的临床效果。方法: 选取2019年2月至2021年2月期间商丘市第一人民医院收治的100例卵巢成熟畸胎瘤患者, 遵循信封法对上述患者实施分组(等分50例)。对照组给予传统三孔腹腔镜手术治疗, 观察组给予经脐单孔腹腔镜手术治疗, 从临床疗效、手术指标、血清激素水平及疼痛程度方面评价两种手术方案的临床效果。结果: 手术后, 两组患者临床疗效比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 与对照组治疗后比较, 观察组患者各项临床指标(术后住院、术后通气及手术时间、术中出血量)均更低, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 手术后, 两组患者各项激素指标水平均高于手术前, 差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 但手术后两组组间数据比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 术后第3天, 观察组患者视觉模拟评分法(VAS)评分低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 相比于传统三孔腹腔镜手术, 经脐单孔腹腔镜手术可提升卵巢成熟畸胎瘤患者的治疗效果, 使患者的各项血清激素指标得到更明显的改善, 并更有效地缓解术后疼痛。

**[关键词]** 卵巢成熟畸胎瘤; 经脐单孔腹腔镜; 传统三孔腹腔镜手术

**[中图分类号]** R 711.75 **[文献标识码]** B

在临床收治生殖细胞肿瘤患者中, 卵巢成熟畸胎瘤属于一种常见疾病类型, 在卵巢肿瘤患者中占25%~40%, 多发于育龄妇女群体, 占育龄妇女卵巢良性肿瘤总数的70%~80%, 而未成熟畸胎瘤常发生于绝经后女性<sup>[1]</sup>。近年来对于卵巢成熟畸胎瘤的临床治疗方式多为腹腔镜手术, 主要优势体现在术后康复迅速以及对患者造成影响小, 但传统三孔腹腔镜手术需要做多个操作孔, 手术时间、术中出血量及术中溢出情况等方面难以有效控制并直接影响患者术后康复<sup>[2]</sup>。寻找更为优异手术方式以最大限度改善卵巢成熟畸胎瘤患者临床预后越来越受到医学界的关注。随着对卵巢成熟畸胎瘤病理机制深入了解以及腹腔镜技术的发展, 现常采取经脐单孔腹腔镜术式治疗卵巢成熟畸胎瘤患者, 以肚脐自然孔道为渠道进行手术操作, 降低手术对患者机体损伤<sup>[3]</sup>。有研究学者证实, 卵巢成熟性畸胎瘤患者在治疗期间开展经脐单孔腹腔镜后, 能够缓解患者疼痛程度, 并且和传统三孔腹腔镜卵巢囊肿切除术相比是否对于卵巢储备功能影响更为明显尚存争议<sup>[4]</sup>。有学者研究显示, 接受经脐单孔腹腔镜手术治疗患者往往存在明显激素水平异常, 而另有报道认为相较于传统三孔腹腔镜手术, 经脐单孔腹腔镜手术并未加重激素水平异常, 上述差异形成可能与窦卵泡测量误差、止血方式及手术操作技术等多种因素相关<sup>[5]</sup>。基于以上证据, 本研究选取2019年2月至2021年2月

期间商丘市第一人民医院收治的100例卵巢成熟畸胎瘤患者, 比较经脐单孔腹腔镜和传统三孔腹腔镜两种治疗方式的临床效果, 结果报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 临床资料

选取2019年2月至2021年2月期间商丘市第一人民医院收治的100例卵巢成熟畸胎瘤患者, 遵循信封法对上述患者实施分组(等分50例)。对照组患者年龄23~52岁, 平均年龄( $31.51 \pm 6.57$ )岁, 平均肿瘤体积( $7.31 \pm 2.49$ )cm; 观察组患者年龄22~51岁, 平均年龄( $30.94 \pm 6.53$ )岁, 平均肿瘤体积( $7.29 \pm 2.33$ )cm。两组患者年龄、肿瘤体积等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.1.1 纳入标准** (1) 经病理组织学检查符合《卵巢恶性肿瘤诊断与治疗指南(2021年版)》<sup>[6]</sup>中与卵巢成熟畸胎瘤的相关标准; (2) 为择期腹腔镜手术治疗; (3) 无合并严重慢性疾病; (4) 身体可耐受腹腔镜侵袭操作; (5) 临床资料完整; (6) 在接受手术前3个月内无服用任何激素类或者避孕类药物; (7) 患者知情同意本研究。

**1.1.2 排除标准** (1) 需采取急诊手术治疗; (2) 曾接受腹部手术治疗; (3) 合并凝血功能障碍;

**[收稿日期]** 2023-06-17

**[作者简介]** 常聪, 男, 主治医师, 主要从事妇产科临床诊疗工作。

(4) 合并多种感染性疾病；(5) 明确表示不配合本研究。

### 1.2 手术方法

对照组均以传统三孔腹腔镜手术进行治疗，经脐单孔腹腔镜手术治疗方式则应用在观察组患者当中，在操作过程中两组患者均保持头低臀高仰卧体位，将臀部抬起约 15°，麻醉方式选择气管插管全身麻醉，手术期间助手负责观察视野。

1.2.1 对照组 患者做脐孔、反麦氏点及麦氏点三个腹腔镜孔点，在顺利进入腹腔后用二氧化碳建立气腹并保持腹内压为 12 mmHg，在患者肚脐上方 1 cm 位置放置腹腔镜探头以确认腔内状态，将患者卵巢囊肿壁进行纵向切开，将囊肿包膜钝性分离并对畸胎瘤充分剥离，而后将畸胎瘤放入医用标本袋，以穿刺孔为渠道取出到体外，对剥离处理的卵巢皮质、髓质吻合处理，用可吸收线进行缝合。

1.2.2 观察组 患者在肚脐位置做一长度约为 2 cm 的纵行切口，从皮肤开始由外到内切入腹腔并放置切口保护套，穿戴 7 号手套，剪开食指、小指及拇指自制 port，在手指上固定一大一小两个普通金属 trocar，完成气腹、工作通道的建立，后续对卵巢畸胎瘤的剥除、处理以及切口缝合等与对照组手术操作一致。

### 1.3 观察指标

(1) 疗效依据：术后患者腹部疼痛及腹部包块等征状体征完全消失，血清生殖激素水平在正常范围，术后未发现相关严重并发症为显效；术后患者相关症状体征得到改善，生殖激素水平逐渐恢复正常，术后未发现相关严重并发症为有效；术后患者症状体征无变化，出现手术相关并发症为无效<sup>[7]</sup>。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。(2) 手术指标：记录经脐单孔腹腔镜、传统三孔腹腔镜手术下患者手术时间、术中出血量、术后通气时间、术后住院时间。(3) 激素指标：分别在两组患者手术前、手术后 3 d 检测血清卵泡刺激素 (follicle-stimulating hormone, FSH)、黄体生成素 (luteinizing hormone, LH)、雌二醇 (estradiol, E2)，抽取空腹状态静脉血，离心后采取电化学发光法检测<sup>[5]</sup>。

(4) 术后疼痛：分别在两组患者术后第 1 天、术后第 3 天采用视觉模拟评分法 (visual analogue scales, VAS) 对疼痛程度进行评估，分数 0 ~ 10 分间，分数越高疼痛感越明显<sup>[7]</sup>。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床疗效比较

两组患者临床疗效比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [n = 50, n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	23(46.0)	22(44.0)	5(10.0)	45(90.0)
观察组	26(52.0)	21(42.0)	3(6.0)	47(94.0)

### 2.2 两组患者手术指标比较

观察组患者手术时间、术中出血量、术后通气时间、术后住院时间均低于对照组，差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者手术指标比较 (n = 50,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	手术时间 /min	术中出血量 /mL	术后通气时间 /h	术后住院时间 /d
对照组	43.14 ± 7.86	61.15 ± 12.95	25.31 ± 3.84	3.81 ± 0.68
观察组	28.32 ± 4.65 <sup>a</sup>	45.61 ± 16.64 <sup>a</sup>	17.81 ± 3.41 <sup>a</sup>	2.90 ± 0.52 <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者血清激素指标比较

手术后 3 d，两组患者各项血清激素指标水平均高于手术前，差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；但手术后两组组间数据比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者激素指标比较 (n = 50,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	FSH/ IU · L <sup>-1</sup>	LH/ IU · L <sup>-1</sup>	E2/ pmol · L <sup>-1</sup>
对照组	手术前	4.37 ± 1.36	7.20 ± 1.89	79.36 ± 9.60
	手术后	6.81 ± 1.58 <sup>b</sup>	9.28 ± 1.65 <sup>b</sup>	106.78 ± 12.65 <sup>b</sup>
观察组	手术前	4.42 ± 1.51	7.15 ± 2.01	78.93 ± 10.25
	手术后	6.94 ± 1.67 <sup>b</sup>	9.17 ± 1.74 <sup>b</sup>	104.80 ± 11.19 <sup>b</sup>

注：FSH 一卵泡刺激素；LH 一黄体生成素；E2 一雌二醇。与同组手术前比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者术后疼痛比较

术后第 1 天，两组患者 VAS 评分比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；术后第 3 天，观察组患者 VAS 评分低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者术后疼痛 VAS 评分比较 (n = 50,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	术后第 1 天	术后第 3 天
对照组	4.16 ± 0.91	2.03 ± 0.82
观察组	4.02 ± 1.23	1.03 ± 0.72 <sup>c</sup>

注：VAS 一视觉模拟评分法。与对照组同时间比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

卵巢畸胎瘤是妇科常见疾病，患者存在下腹部疼痛、腹部包块、子宫异常出血等症状，对健康造成较为严重的影响；目前对于卵巢成熟性畸胎瘤外科治疗的实践价值方面存在一定的争议，外科手术治疗不良预后的诱发因素为术者专业水平不足、术中出现囊肿腹膜内破裂、腹膜炎、残留腹腔等<sup>[8]</sup>，另一方面大部分畸胎瘤都含有

骨骼或者是牙齿一类的坚硬组织,增加了传统三孔腹腔镜操作难度,需要进一步使得穿刺孔扩大,随后将畸胎瘤小心取出。相关文献研究中<sup>[9]</sup>,肿瘤腹膜内破裂是常见的术中并发症,在腹腔镜手术操作期间发生风险更高,因此近年来提出转变治疗卵巢成熟性畸胎瘤手术方式的建议,精简手术操作,控制手术对患者机体损伤,全面促进患者术后康复质量,采用经济单孔腹腔镜治疗更能降低风险。

相关文献<sup>[10]</sup>表明两种手术治疗在术后疼痛感、术中出血量、住院康复时间、开腹手术转换率以及美容效果方面并不存在显著差异,但卵巢囊性成熟畸胎瘤自身存在特殊性,与输卵管疾病、浆液性囊肿、黏液性囊肿等不同,传统三孔腹腔镜端口难以顺利取出其组织,经济单孔腹腔镜具有显著优越性。本研究中,手术指标分析后提示经济单孔腹腔镜能够通过肚脐孔置入手术设备,无需再做麦氏点、反麦氏点操作孔,减少操作所需时间,控制手术出血量,且弥补了传统三孔腹腔镜手术可能损伤胃肠道的缺点,有助于患者术后康复<sup>[11]</sup>。相对而言传统三孔腹腔镜手术虽可切除瘤体控制病情恶化,但操作过程中取出标本耗费时间,且术中出血时需要更换器械进行止血,这都导致整体手术时间延长并增加术后康复难度<sup>[12]</sup>。而单孔腹腔镜手术于卵巢表层行大约1 cm左右的切口,促使卵巢皮质彻底暴露在手术视野当中,随即皮质经过弯钳夹住从脐孔小心牵拉后并将其取出;和经腹手术一样,于患者肿瘤表层吊线执行一条小切口,将肿瘤中所有内容物彻底吸干净,随后在切除肿物期间切除干净,此外做好止血与缝合工作,在操作方面十分简单,操作时间短。和既往临床中使用的传统三孔腹腔镜手术进行对比,其优势更为突出。传统三孔腹腔镜无法达到以上要求,大多数患者在取出标本过程当中耗时,同时缝合所需时间以及切除所需时间偏长,术中可能发生大量出血情况,导致最终手术耗时增加。并且,传统三孔腹腔镜无论是麻醉时间或者是治疗操作时间均显著偏长,其操作会受到肠道影响,使得患者术后无法在短时间内排气,延长患者恢复进程<sup>[13]</sup>。

本研究中两组患者临床疗效比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),两组患者手术后血清FSH、LH、E2水平均高于手术前,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),提示经济单孔腹腔镜治疗后对于疾病所导致的身体激素紊乱有良好的纠正效果。通过手术治疗能够解除对卵巢组织的压迫,避免对卵母细胞发育造成影响,使得卵巢储备功能恢复正常,FSH、LH、E2等指标均为重要生殖激素,经济单孔腹腔镜能够彻底清除病灶,解除瘤体压迫卵巢组织的状态,保障卵母细胞正常发育,进而纠正激素紊乱,这与相关研究<sup>[14]</sup>所得数据相一致。本研究术后第3天,

观察组患者VAS评分低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),表明患者术后舒适性与满意度,这也是采用经济单孔腹腔镜治疗卵巢成熟畸胎瘤患者的优势。

综上所述,相对于传统三孔腹腔镜手术,对卵巢成熟畸胎瘤患者应用经济单孔腹腔镜治疗无论在手术优势、机体创伤程度、术后康复质量等方面均更具有优势,可根据患者实际情况选择适当的治疗措施。

#### [参考文献]

- [1] 林宁,管业秋,陶冶,等.腹腔镜卵巢成熟畸胎瘤剥除术电凝或缝合止血对患者卵巢储备功能影响[J].中国计划生育学杂志,2021,29(10):2064-2067.
- [2] 王海凤,张积平.不同腹腔镜手术方式治疗卵巢成熟性畸胎瘤效果及对卵巢储备功能影响[J].中国计划生育学杂志,2020,28(3):378-381.
- [3] 湛卫龙,邓庆强,徐维.腹腔镜手术与开腹手术剥除儿童成熟性卵巢畸胎瘤的效果比较[J].实用临床医药杂志,2020,24(20):64-67.
- [4] 罗妍,王静,党建红,等.经济单孔腹腔镜手术治疗卵巢畸胎瘤的临床疗效及对术后激素水平的影响[J].癌症进展,2019,17(14):1690-1693.
- [5] 张自辉,李爽,刘刚,等.经济单孔腹腔镜与传统腹腔镜治疗卵巢成熟畸胎瘤的疗效对比研究[J].中国妇产科临床杂志,2020,21(2):141-144.
- [6] 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会.卵巢恶性肿瘤诊断与治疗指南(2021年版)[J].中国癌症杂志,2021,31(6):490-500.
- [7] 黄萍,王滨,邵林,等.误诊为卵巢囊性畸胎瘤的卵巢子宫内异位囊肿临床分析[J].临床误诊误治,2019,32(10):7-10.
- [8] 陆乐,丁屹,陈继明.传统器械行单孔腹腔镜手术联合体外缝合合法处理双侧卵巢巨大肿瘤1例报告[J].腹腔镜外科杂志,2020,25(2):157-159.
- [9] 李从青.不同手术方式在中孕合并卵巢良性肿瘤治疗中的应用[J].中国现代手术学杂志,2021,25(3):200-204.
- [10] 张淑玲,赵建藏.促排卵治疗后发生卵巢扭转的处理方式及预后分析[J].生殖医学杂志,2019,28(7):818-821.
- [11] 秦琳,鲁永鲜,沈文洁,等.经济小切口在9例年轻女性巨大卵巢囊肿切除术中的应用探讨[J].中国妇产科临床杂志,2021,22(2):175-177.
- [12] 孙力,张旋,杨萌,等.经济单孔腹腔镜手术治疗巨大附件良性肿瘤30例[J].中国微创外科杂志,2019,19(4):308-310.
- [13] 冯敏芝,伍诗媚,李建聪.超声在妊娠合并卵巢肿瘤患者的诊断价值[J].分子影像学杂志,2019,42(4):439-443.
- [14] 贾小平,周静,王慧.经济单孔腹腔镜治疗附件巨大良性包块16例临床分析[J].中华全科医学,2021,19(3):371-374.