

使其保持愉悦的心理状态,激发患者保持积极乐观的情绪^[8]。对于已经出院的直肠癌患者,开展集体讲座,使直肠癌根治术患者主动相互沟通,分享应对压力的方法,相互鼓励;同时为患者讲授抗癌成功案例,使患者对生活抱有希望,积极地参与到抗癌战斗中^[9]。此外,指导直肠癌根治术患者家属给予患者精神的支持,加强家庭、社会支持给患者精神上的鼓励,提升患者的康复效果,有助于患者保持良好的身心状态。经过有效的压力管理后,直肠癌根治术患者正视疾病,自理能力逐渐增强,积极参与到丰富多彩的社会活动中,养成良好的生活、饮食习惯,主动参与各项体育锻炼,生活质量明显改善^[10]。

综上所述,对直肠癌根治术患者开展压力管理后,可有效缓解患者焦虑情绪,有助于患者保持良好的心理状态,提高生活质量,建议推广。

参考文献

[1] 孔红艳.快速康复在老年结直肠癌根治术患者护理中的应用研究[J].中华护理教育,2014,11(2):93-96.
 [2] 赵盛楠,付婷,辛丽娜,等.腹腔镜直肠癌根治术围手术期的护理研究[J].现代生物医学进展,2013,13(21):4181-4183.
 [3] 罗永娟,陈敏玲,王淑玲,等.护士工作压力管理在临床护理管理中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2014,20(35):4498-4500.

[4] Golda T,Zerpa C,Kreisler E,et al. Incidence and management of anastomotic bleeding after ileocolic anastomosis [J]. Colorectal Dis,2013,15(10):1301-1308.
 [5] 陈惠贞,管荣娟.压力管理干预对急诊及外科护士职业倦怠、压力的改善作用[J].中国医药导报,2014,11(10):94-97.
 [6] 朱凌燕,卢惠娟,许燕玲,等.压力管理对改善急性心肌梗死患者生活质量的效果研究[J].中华护理杂志,2014,49(5):534-539.
 [7] 刘圣芳,刘新国.腹腔镜下直肠癌根治术后医院感染的临床分析及护理对策[J].检验医学与临床,2014,11(8):1030-1031.
 [8] Kolstad JT,Kowalski AE. The impact of health care reform on hospital and preventive care:evidence from Massachusetts[J]. J Public Econ,2012,96(11):909-929.
 [9] 朱凌燕,卢惠娟,胡三莲.压力管理对急性心肌梗死病人心理状况的影响[J].护理研究,2014,28(4C):1476-1478.
 [10] 张敏,张安会,刘莉,等.腹腔镜直肠癌术后并发症的因素分析及护理对策[J].中国医药导报,2012,9(34):138-139.

(收稿日期:2016-02-29 修回日期:2016-05-09)

• 临床探讨 •

腹腔镜手术在妊娠合并卵巢肿瘤中的应用研究

王秀环

(河北省秦皇岛市青龙满族自治县医院 066500)

摘要:目的 探讨腹腔镜手术在妊娠合并卵巢肿瘤中的应用效果。方法 选择于本院治疗的妊娠合并卵巢肿瘤患者 78 例,按患者入院先后顺序平均分为观察组与对照组,每组 39 例。观察组采用腹腔镜下行卵巢肿瘤剔除术治疗,对照组采用外科开腹手术治疗。比较两组的手术时间、硫酸镁用量、术后排气时间与术后住院天数。**结果** 观察组手术时间、硫酸镁用量、术后排气时间、住院天数均明显优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 采用腹腔镜手术治疗妊娠合并卵巢肿瘤,有效缩短了手术时间与住院时间,减少了患者的经济负担,同时减少了镇痛药物使用量,可有效降低对母体及胎儿的损伤,疗效较佳。

关键词:妊娠; 临床特点; 卵巢; 手术技巧; 肿瘤; 腹腔镜

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.14.056 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)14-2043-02

孕妇并发妇科肿瘤时,以卵巢良性肿瘤较为多见,恶变率较低。妊娠合并卵巢肿瘤对孕妇分娩有一定的影响,在进行处理时,不但需考虑母体生命安全,防止大出血、流产、胎膜早破、气体栓塞等,同时还应避免由于子宫血流减少而引起的胎儿窘迫、低血压、窒息和酸中毒等并发症^[1]。随着医疗水平的提高,腹腔镜技术已广泛应用于临床手术治疗。本研究探讨了妊娠合并卵巢肿瘤腹腔镜下行卵巢肿瘤剔除术的治疗方案及应用效果。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 9 月至 2014 年 12 月于本院治疗的妊娠合并卵巢肿瘤确诊患者 78 例,按入院先后顺序平均分为观察组与对照组,每组患者 39 例。观察组患者年龄 23~31 岁,平均(27.12±2.07)岁;孕周 13~17 周,平均(15.03±1.39)周;肿瘤直径小于 6 cm 11 例,直径 6~10 cm 23 例,>10 cm 5 例。对照组患者年龄 22~35 岁,平均(28.12±1.44)岁;孕周 14~16 周,平均(15.11±0.87)周;肿瘤直径小于 6 cm 8 例,直

径 6~10 cm 25 例,>10 cm 6 例。所有患者均自愿参与本研究,依从性较好。所有患者排除合并主要脏器系统疾病、代谢性病、神经或精神疾病,排除不能耐受手术或对药物严重过敏者。两组患者年龄、孕周、肿瘤直径等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 观察组手术治疗方法 采用腹腔镜下行卵巢肿瘤剔除术的治疗方案,具体操作方法如下。术前做好宣教工作,协助患者调整心态,减少其焦躁、不安、消极等不良情绪,使患者能够更积极地配合治疗。手术体位为平卧位,麻醉方式为硬膜外麻醉,观察患者神志状态,确定麻醉成功后进行手术治疗。脐上 1~2 cm 处或脐孔上缘纵行切开皮肤,采用 Hosson 法建立人工气腹,低流量灌注 CO₂,压力维持 12 mm Hg。置入腹腔镜,检查患者盆腔情况,具体位置应在有病变的一侧卵巢且距卵巢门 2.5~3 cm 处。于卵巢皮质较厚处,电凝电钩切开一小口,分离囊肿与卵巢皮质直至完全剥离,观察残留的卵巢边缘

情况,及时进行修剪;若有渗血点,及时电凝止血,采用8字缝合合法缝合卵巢皮质。将肿物置入胶袋中,保护切口周边组织,将胶袋的边缘从10 mm切口处取出,吸取肿物内容物,待其缩小后完整取出。

1.2.2 对照组手术治疗方法 对照组采用常规外科开腹手术治疗方案,具体操作方法如下。体位与麻醉方式均与对照组一致。在下腹脐耻之间,根据肿瘤大小纵行切开皮肤;打开腹腔后,缓慢取出病变侧卵巢,在距离卵巢门2.5~3 cm处,平行切开卵巢皮质,分离囊肿与卵巢皮质直至完整剥离,电凝止血及8字缝合合法缝合卵巢皮质。

1.2.3 术后处理 手术结束后,患者肌注黄体酮40 mg、静脉滴注硫酸镁10 g,每天1次。观察组连续使用2 d以上,对照组根据患者主诉情况或检查结果,连续使用2~4 d。术后密切监测患者生命体征与一般状态,观察有无出血和药物不良反应等现象,嘱咐患者出院后定期随诊,做好随访工作。

1.2.4 观察指标 记录两组患者手术时间、硫酸镁用量、术后排气时间与术后住院天数。

1.3 统计学处理 采用SPSS23.0统计学软件进行数据分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 手术时间与硫酸镁用量组间比较 观察组手术时间、硫酸镁用量等小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 手术时间与硫酸镁用量组间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间(min)	硫酸镁用量(g)
观察组	39	54.18±8.06	21.09±3.25
对照组	39	62.69±9.34	35.49±3.42
<i>t</i>	—	2.07	3.14
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

2.2 术后排气时间与术后住院天数组间比较 观察组术后排气时间、平均住院天数小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 术后排气时间与术后住院天数组间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术后排气时间(h)	术后平均住院天数(d)
观察组	39	24.05±4.17	4.24±0.54
对照组	39	44.14±5.21	8.18±1.12
<i>t</i>	—	2.74	2.85
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

3 讨 论

妊娠合并卵巢肿瘤多为卵巢成熟性畸胎瘤,良性率较高,恶性病变相对罕见。近年来,随着产前检查的广泛开展与剖宫产率的不断提高,妊娠合并卵巢肿瘤的诊断率显著提高。妊娠合并卵巢肿瘤的瘤体组织活动性较大,临床表现多样,肿瘤位置常随孕妇体位改变而发生扭转移位,较易发生漏诊和误诊^[2]。妊娠合并卵巢肿瘤可易引起早产、流产等不良妊娠结局,若延误了最佳治疗时间,亦可能进展至恶性病变^[3]。因此,患者一旦确诊,应及时进行手术治疗,防止病情进展和病变恶

化,以保证母体及胎儿的生命安全。

过去通常采用外科开腹手术治疗妊娠合并卵巢肿瘤,安全性较低,患者恢复时间较长。随着腹腔镜技术的不断发展,已广泛应用于临床,疗效更佳。腹腔镜属于微创治疗方法,安全性较高,可降低流产、早产的发生^[4]。采用腹腔镜技术可使手术视野更清晰,便于更精确地进行手术,降低了手术治疗的风险^[5]。与传统的外科开腹手术相比,腹腔镜下行卵巢肿瘤剔除术减少了局部暴露的部位,降低了术中出血量,对子宫的刺激较小,可有效避免对母体及胎儿造成的损伤^[6]。本研究结果显示,腹腔镜下行卵巢肿瘤剔除术手术时间、硫酸镁用量、术后排气时间与患者术后住院天数均明显优于外科开腹手术($P < 0.05$),说明前者对患者造成的创伤小,患者术后胃肠功能恢复较快,卧床时间较短,能够很快地恢复日常活动;患者住院时间减少,极大地减轻了患者的精神与经济压力,且术后恢复快,可有效改善患者生活质量^[7]。采用腹腔镜技术可保留部分卵巢组织,降低了对母体的损伤。同时,术中镇痛药物的使用剂量明显降低,可有效减少对母体子宫的刺激作用和对胎儿的抑制作用,避免了流产、早产、未足月产等不良妊娠结局的发生^[8-10]。因此,腹腔镜手术可作为妊娠期合并卵巢肿瘤的首选治疗方案。

综上所述,采用腹腔镜手术治疗妊娠合并卵巢肿瘤,有效缩短了手术时间与住院时间,减少了患者的经济负担,同时减少了镇痛药物使用量,可有效降低对母体及胎儿的损伤,疗效更佳。

参考文献

- [1] 刘淑建. 63例妊娠合并卵巢肿瘤的诊治体会[J]. 中国妇幼保健, 2014, 28(32): 5415-5416.
- [2] 栲黎, 李斌, 张军, 等. 无气腹腔镜手术治疗妊娠合并卵巢良性肿瘤10例临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 2012, 47(2): 101-104.
- [3] 张天峰, 许学岚, 廖蔚, 等. 腹腔镜治疗妊娠合并卵巢良性肿瘤临床分析[J]. 中国内镜杂志, 2013, 19(8): 841.
- [4] 曾尚云. 妊娠合并卵巢肿瘤的腹腔镜手术治疗(附20例报告)[J]. 山西医科大学学报, 2014, 45(1): 54-56.
- [5] Tariel O, Huissoud C, Rudigoz RC, et al. Presumed benign ovarian tumors during pregnancy[J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod(Paris), 2013, 42(8): 842-855.
- [6] 符爱珍, 蔡永广, 张颖. 45例妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变的临床诊治体会[J]. 中国现代医学杂志, 2014, 24(1): 75-79.
- [7] 马聪, 徐礼江, 何逾祥, 等. 腹腔镜手术治疗妊娠期卵巢良性肿瘤有效性和安全性分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2013, 29(8): 638.
- [8] 陈慧慧, 徐林新宇, 孙静, 等. 286例妊娠合并卵巢肿瘤的临床分析[J]. 现代妇产科进展, 2012, 21(5): 350-353.
- [9] Abdel-Hadyel S, Hemida RA, Gamal A, et al. Cancer during pregnancy: perinatal outcome after in utero exposure to chemotherapy[J]. Arch Gynecol Obstet, 2012, 286(2): 283-288.
- [10] 倪佳颖. 腹腔镜治疗妊娠合并卵巢囊肿的研究进展[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(17): 195-198.