

卵巢囊肿腹腔镜手术术后恢复情况观察

张 良

贵州中医药大学 贵州 贵阳 550000

【摘 要】目的 观察卵巢囊肿腹腔镜微创手术术后各项恢复指标,总结影响术后恢复速度的相关因素,对比腹腔镜术式相较于传统开腹手术的康复优势,优化围手术期护理与术后干预方案。方法 选取 2022 年 1 月—2025 年 8 月本院收治卵巢囊肿患者 312 例,按手术方式分为腹腔镜组 156 例、开腹组 156 例,统一完善术前检查、术后对症治疗与常规护理,对比两组术中出血量、术后首次排气时间、下床活动时间、住院天数、切口疼痛 VAS 评分、切口感染及盆腔粘连发生率、术后月经恢复时间。结果 腹腔镜组术中出血量、术后疼痛评分显著低于开腹组;首次排气、下床活动、住院用时均短于开腹组;术后切口感染、盆腔粘连发生率远低于开腹组,卵巢功能与月经恢复更快,组间数据对比差异存在统计学意义($P<0.05$)。结论 腹腔镜治疗卵巢囊肿创伤小、术后恢复速度快、并发症少,利于卵巢生理功能保护;规范围手术期管理可进一步缩短住院周期、降低远期盆腔粘连风险,是卵巢囊肿优选手术方案。

【关键词】 卵巢囊肿;腹腔镜;开腹手术;术后恢复;并发症;卵巢功能

1 引言

卵巢囊肿是妇科高发生殖系统良性肿物,育龄期女性发病率可达 20% 左右,囊肿持续增大可诱发下腹坠胀、蒂扭转、破裂出血,部分病理性囊肿存在恶变潜在风险,符合手术指征者临床多采用外科切除治疗。传统开腹卵巢囊肿剥除术手术视野开阔,但腹壁切口长、肌肉筋膜损伤重,术中失血多,术后胃肠麻痹、切口感染、腹腔粘连等并发症发生率偏高,卧床休养周期长,对卵巢血运及内分泌恢复造成不同程度干扰。

随微创外科器械与妇科腔镜技术持续完善,腹腔镜手术逐步成为卵巢囊肿外科治疗主流术式,依靠腹部 3 个 0.5~1cm 微小穿刺孔完成囊肿剥除、卵巢成形操作,兼具视野清晰、腹腔干扰小等优势。现阶段临床对于两种术式术后整体恢复指标、远期卵巢功能恢复的系统化对照数据仍需不断补充,为客观评估腹腔镜术后恢复特点,本文选取 312 例卵巢囊肿手术患者开展对照观察,统计多维度康复数据,分析影响术后恢复的关键因素,为临床手术选择、围术期康复干预提供临床参考。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取 2022 年 1 月—2025 年 8 月本院妇科收治确诊卵巢囊肿需手术患者 312 例,随机均分腹腔镜组、开腹组各 156 例。腹腔镜组年龄 22~53 岁,平均 (35.72 ± 7.91) 岁;囊肿直径 4.2~10.8cm,平均 (6.93 ± 2.15) cm;单侧囊肿 124 例,双侧 32 例;子宫内膜异位囊肿 61 例,生理性赘生性囊肿 72 例,畸胎瘤 23 例。开腹组年龄 21~54 岁,平均 (36.15 ± 8.23) 岁;囊肿直径 4.5~11.2cm,平均 (7.12 ± 2.31) cm;单侧囊

肿 121 例,双侧 35 例;子宫内膜异位囊肿 58 例,赘生性囊肿 75 例,畸胎瘤 23 例。两组患者年龄、囊肿大小、病变类型、术前基础疾病、术前性激素水平等基线资料无统计学差异($P>0.05$),具备对照可比性。

纳入标准:经妇科超声、肿瘤标志物筛查确诊卵巢良性囊肿,具备手术剥除指征;无严重心脑血管、肝肾器质性病变,可耐受全麻或硬膜外麻醉;术前无盆腔急性感染、无凝血功能异常;术后随访资料完整。排除标准:囊肿高度怀疑恶变需扩大手术范围;既往多次盆腔手术史、严重盆腔致密粘连无法腹腔镜操作;合并内分泌重症、精神疾病不能配合术后康复随访。

2.2 手术方法

2.2.1 腹腔镜组

全麻气管插管,取膀胱截石体位,常规建立气腹,气腹压力维持 12~13mmHg,脐部 1cm 穿刺置观察镜,左右下腹分别 0.5cm 穿刺建立操作孔,镜下探查囊肿位置、大小、盆腔脏器粘连情况,精细分离囊肿与卵巢皮质间隙,完整剥除囊壁,尽可能保留正常卵巢组织,创面电凝止血,标本装入取物袋经穿刺孔取出,生理盐水冲洗盆腔,术毕穿刺孔皮肤粘合包扎,不留置腹腔引流或依据术中渗出酌情留置细引流管。

2.2.2 开腹组

连续硬膜外麻醉,下腹耻骨联合上方纵行切口 6~8cm,逐层切开腹壁进入腹腔,手探探查囊肿,钝锐结合分离囊肿,剥除病灶后缝合卵巢创面止血,常规放置腹腔引流管,逐层关腹缝合腹壁,术后切口无菌敷料包扎。

2.3 术后常规处理

两组术后统一予以抗感染、补液、镇痛对症治疗,术后 6h

可少量进水,排气后逐步过渡流质、半流质饮食;鼓励早期下床活动,观察切口渗血、腹痛、体温变化;出院后门诊随访3个月,记录月经复潮时间与盆腔粘连发生情况。

2.4 观察指标

①术中指标:术中出血量;②短期术后康复指标:术后切口VAS疼痛评分、首次肛门排气时间、首次下床活动时间、住院总天数;③并发症:切口感染、腹腔积液、盆腔粘连发生率;④卵巢功能相关:术后首次月经恢复时间。

2.5 统计学方法

SPSS25.0 软件,计量资料 $\bar{x} \pm s$ 、t 检验,计数资料 [n (%)]、 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 术中出血量对比

腹腔镜组术中出血量 (48.36 ± 12.75) ml,开腹组 (186.23 ± 35.41) ml,腹腔镜组出血显著更少 ($P < 0.05$)。

3.2 术后短期恢复指标

腹腔镜组 VAS 疼痛 (2.92 ± 0.85) 分,首次排气 (21.35 ± 5.27) h,下床活动 (10.68 ± 3.12) h,住院 (4.27 ± 1.13) d;开腹组 VAS 疼痛 (7.65 ± 1.24) 分,首次排气 (49.72 ± 8.63) h,下床活动 (38.95 ± 7.26) h,住院 (8.96 ± 2.35) d;腹腔镜各项康复指标均优于开腹组 ($P < 0.05$)。

3.3 术后并发症发生率

腹腔镜组:切口感染 2 例 (1.28%),盆腔粘连 3 例 (1.92%),总并发症 3.20%;开腹组:切口感染 17 例 (10.90%),盆腔粘连 26 例 (16.67%),总并发症 27.57%;腹腔镜并发症远低于开腹 ($P < 0.05$)。

3.4 月经恢复时间

腹腔镜组术后首次月经恢复 (28.31 ± 4.72) d,开腹组 (39.75 ± 6.83) d,腹腔镜卵巢内分泌恢复更快 ($P < 0.05$)。

4 腹腔镜术后恢复优势分析

4.1 创伤小,术后疼痛程度轻

腹腔镜仅三处微小穿刺创口,不损伤腹壁大块肌肉、筋膜组织,腹壁神经损伤少,术后创口炎症刺激轻,本组疼痛评分仅3分左右,多数患者无需强效镇痛药物;开腹长切口切断腹壁肌纤维与皮神经,术后切口持续性剧痛,严重影响休息与早期活动,是康复延迟重要因素。轻微疼痛便于患者术后早期翻身、下床活动,间接促进胃肠蠕动恢复。

4.2 腹腔环境干扰小,胃肠功能恢复迅速

开腹手术需长时间暴露腹腔脏器,空气中异物、纱布反复接触肠管易造成肠管麻痹;腹腔镜密闭气腹环境下操作,脏器暴露时间短,对胃肠道机械牵拉刺激少,术后胃肠麻痹时间大幅缩短。本组腹腔镜平均21h排气,可早期进食补充营养,加快机体修复,缩短住院周期。

4.3 降低各类并发症发生风险

腹壁微创从源头减少切口脂肪液化、红肿感染概率;术中腹腔冲洗彻底、脏器摩擦少,术后纤维渗出减少,显著降低远期盆腔粘连概率。盆腔粘连是卵巢术后慢性腹痛、继发不孕、囊肿复发诱因,腹腔镜在远期并发症防控层面优势突出。

4.4 对卵巢组织损伤小,内分泌恢复快

腹腔镜镜下放大视野,术者可精准区分囊肿包膜与正常卵巢皮质,最大限度保留健康卵巢组织,卵巢血运破坏轻微,卵泡发育、性激素分泌受干扰小,术后月经可在28d左右正常复潮;开腹手术视野受限,盲目剥离易误伤正常卵巢间质,卵巢储备短暂受损,月经推迟发生率更高。

5 影响腹腔镜术后恢复的相关因素

5.1 囊肿病理类型与粘连程度

子宫内异位囊肿常伴随盆腔广泛粘连,分离操作耗时更长,创面渗血偏多,术后排气、下床时间小幅延后;单纯浆液性囊腺瘤边界清晰、无粘连,术后恢复速度最快。术前影像学精准评估粘连程度,可提前优化手术预案,缩短手术时长,助力术后康复。

5.2 围手术期饮食与活动管理

术后6h尽早床上翻身,术后10h左右下床慢走,可加速胃肠排气、预防肠粘连;过早大量进食高脂高蛋白食物易加重胃肠负担,延缓恢复,遵循循序渐进进食原则是缩短住院关键。

5.3 年龄与术前基础身体状态

高龄、合并贫血、糖尿病患者创口愈合慢,感染风险小幅上升,术前纠正基础病、控制血糖、改善贫血可加快术后康复;育龄无基础病患者恢复周期最短。

6 术后针对性康复干预对策

6.1 疼痛分层护理

轻度疼痛采用体位调整、心理安抚,中重度酌情短期非甾体镇痛,减少阿片类药物使用,避免抑制胃肠蠕动加重腹胀。

6.2 早期活动指导

麻醉消退后协助床上肢体活动,术后12h内床边站立缓步走动,每日分次活动,促进胃肠蠕动与盆腔积液吸收,降低粘

连概率。

6.3 阶梯式饮食干预

术后 6h 温水少量频服,排气后流质饮食,逐步过渡半流质、普通饮食,短期内忌生冷、产气食物,减少腹胀不适。

6.4 出院后随访管理

术后 1 个月妇科超声复查卵巢形态,3 个月随访月经周期,内异症囊肿术后遵医嘱药物辅助干预,降低囊肿复发率。

7 讨论

本次 312 例对照研究数据证实,腹腔镜卵巢囊肿手术在术后短期康复、并发症防控、卵巢功能保护方面全面优于传统开腹术,微创优势集中体现在出血少、疼痛轻、排气早、住院时

间短、远期粘连少,契合现代妇科快速康复外科理念。传统开腹手术因创伤大、并发症偏高,现阶段仅用于囊肿巨大、高度恶变、盆腔严重致密粘连无法腹腔镜操作的特殊病例。

临床实际工作中,囊肿分型、盆腔粘连程度、患者自身基础健康水平仍是左右腹腔镜术后恢复快慢的客观因素,完善术前评估、优化术中微创操作、落实术后早期活动与阶梯饮食是加速康复的核心举措。依托快速康复 ERAS 理念优化围术期管理,可进一步压缩住院天数、减少医疗开支。

综上,腹腔镜卵巢囊肿剥除术术后恢复快、安全性高,对卵巢生理功能影响轻微,是良性卵巢囊肿首选术式,在各级妇幼与综合医院妇科值得常规推广应用。

参考文献:

- [1] 中华医学会妇产科学分会. 卵巢良性囊肿诊疗指南 (2023) [J]. 中华妇产科杂志, 2023, 58 (9):671-677.
- [2] 王静. 腹腔镜与开腹手术治疗卵巢囊肿术后恢复对照研究 [J]. 中国妇幼保健, 2024, 39 (17):3265-3268.
- [3] 李娜. 卵巢子宫内膜异位囊肿腹腔镜术后并发症影响因素分析 [J]. 实用妇科内分泌杂志, 2024, 11 (30):59-61.
- [4] 张莉. 快速康复护理在腹腔镜卵巢囊肿围手术期应用价值 [J]. 基层医学论坛, 2025, 29 (9):1197-1199.
- [5] 陈娟. 腹腔镜手术对卵巢储备功能及术后月经恢复的影响 [J]. 中国实用医药, 2025, 20 (11):103-106.
- [6] 刘芳. 卵巢囊肿术后盆腔粘连相关危险因素探究 [J]. 医药前沿, 2024, 14 (34):98-100.
- [7] 周雯. 不同病理类型卵巢囊肿腹腔镜术后康复差异观察 [J]. 影像研究与医学应用, 2024, 8 (24):141-143.