

度更低。谵妄是麻醉常见不良反应,对患者术后恢复有很大影响,本研究结果显示,腰硬联合麻醉对避免患者术后谵妄的发生有一定帮助,保证麻醉效果。

本研究结果显示,联合组患者在 T1、T2、T3、T4 时的 PT 水平均要高于全麻组,T2 联合组 Fbg 水平均要低于全麻组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示腰硬联合麻醉有利于保证老年下肢骨折患者血流动力学的稳定性,可能与其能够有效改善患者炎性反应、抑制凝血途径激活有关,该麻醉方式亦有利于保证老年患者对手术的耐受度,从而确保治疗效果。^[12]

综上所述,与全麻比较,腰硬联合麻醉用于老年下肢骨折患者的麻醉效果更好,可维持凝血功能稳定,减轻认知功能障碍与谵妄发生程度,改善患者疼痛,有利于促进患者术后恢复。

参考文献

- [1] 王辉,吴磊.腰硬联合及全麻对老年下肢骨折患者的麻醉效果及凝血功能的影响[J].血栓与止血学,2022,28(4):639-640.
- [2] 苏佳灿.中国骨质疏松性骨折修复策略专家共识(2019)[J].中华创伤杂志,2019,35(9):769-775.
- [3] 崔一佳,魏永川,胡乃光.腰硬联合麻醉在下肢闭合骨折合并深静

脉血栓患者麻醉中的应用效果[J].河南医学研究,2021,30(20):3732-3734.

- [4] 严广斌.视觉模拟评分法[J].中华关节外科杂志:电子版,2014,8(2):273.
- [5] 王征宇,张明园.中文版简易智能状态检查(MMSE)的应用[J].上海精神医学,1989,7(3):108-111.
- [6] 李娟,邹义壮,冯锋,等.谵妄评定方法修订及其信度、效度测试[J].临床精神医学杂志,2003,13(3):147-149.
- [7] 樊航行,张大志,段崇珍.老年下肢骨折手术患者的麻醉方式选择[J].实用临床医药杂志,2020,24(16):82-84.
- [8] 王敏华,徐桂菊,肖金辉.不同麻醉策略对下肢骨折患者术后镇痛、炎性反应及血管内皮功能的影响[J].河北医药,2018,40(18):2739-2742.
- [9] 仲勇,项金慧,汪静,等.老年全身麻醉手术患者术后认知功能恢复情况的预测模型构建[J].中国医药,2022,17(2):223-227.
- [10] 汪辉德,钟庆,翁艳.老年全身麻醉患者血清S-100 β 蛋白,神经元特异性烯醇化酶及脑氧饱和度与认知功能障碍的相关性[J].检验医学与临床,2018,15(9):42-44,48.
- [11] 李昌达.不同麻醉方式对老年下肢骨折患者麻醉效果术后并发症以及术后认知功能的影响[J].中国药物与临床,2020,20(17):2939-2941.
- [12] 包长彩.腰-硬联合麻醉与全身麻醉在老年下肢骨折手术中的应用对比[J].浙江创伤外科,2017,22(6):1203-1205.

腹腔镜子宫全切术在妇科良性肿瘤患者中的应用效果分析

葛洪彪

(仪征市中医院妇产科,江苏 扬州,211400)

摘要:目的 探讨腹腔镜子宫全切术在妇科良性肿瘤患者中的应用效果,以便寻找出更有效的临床治疗方案,改善患者预后。方法 选取 2021 年 5 月~2022 年 1 月仪征市中医院收治的 60 例妇科良性肿瘤患者作为研究对象,依据随机数表法分为对照组与试验组,各 30 例。对照组予以开腹子宫全切术治疗,试验组予以腹腔镜子宫全切术治疗。比较两组患者手术相关指标(术中出血量、手术时间、术后最高体温、术后排气时间、术后住院天数),术前及术后 3 d 视觉模拟量表(VAS)评分,术前及术后 1 d、3 d 免疫功能,术前及术后 1 d 凝血功能,术中及术后不良事件发生情况。结果 试验组术中出血量低于对照组、术后排气时间短于对照组、术后住院天数少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后 3 d,两组患者 VAS 评分较术前升高,但试验组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后 1 d、3 d 两组患者血清免疫球蛋白 G(IgG)、补体 C3 水平较术前降低,但试验组术后 1、3 d 血清 IgG、补体 C3 水平较对照组高,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者手术时间、术后最高体温、术中及术后不良事件发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后 1 d,两组患者血浆凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)较术前缩短,但试验组长于对照组,术后 1 d 两组患者血浆纤维蛋白原(FIB)水平较术前升高,但试验组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 腹腔镜子宫全切术在妇科良性肿瘤中,可有效优化患者手术相关指标,减轻疼痛程度,降低手术对机体免疫功能、凝血功能的影响,提高预后效果,且安全性高。

关键词:良性肿瘤;腹腔镜子宫全切术;免疫功能;疼痛;凝血功能

中图分类号:R737.3 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-8011(2022)-19-0171-04

表 1 两组患者手术相关指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量 (mL)	手术时间 (min)	术后最高体温 (°C)	术后排气时间 (h)	术后住院天数 (d)
对照组	30	124.16 ± 13.24	81.25 ± 21.19	37.24 ± 0.67	38.64 ± 4.74	9.46 ± 2.87
试验组	30	58.98 ± 8.22	77.82 ± 20.13	37.42 ± 0.72	26.37 ± 3.86	4.95 ± 1.69
<i>t</i>		22.908	0.643	1.002	10.994	7.417
<i>P</i>		<0.001	0.523	0.320	<0.001	<0.001

妇科良性肿瘤是临床较为常见的一类疾病,多以下腹部疼痛、月经不调、阴道出血等症状为临床表现,具有发病率高、早期症状不明显等特点,若患者未能采取及时有效的治疗措施,随着病情进展以及肿瘤的增长,会挤压、损伤周围正常组织,进而对患者的生存质量造成严重的影响。因此,临床可通过采取有效的病情控制措施,以缓解患者临床症状,提高其生活质量,在患者的预后中发挥重要的意义。现阶段,临床治疗妇科良性肿瘤主要是采用开腹子宫全切除术的方式,虽可缓解患者的临床症状,控制病情进展,但在应用中对患者机体造成的创伤较大,可能诱发诸多术后并发症,如泌尿系感染、血管损伤、泌尿道损伤等^[1]。随着微创技术的发展、普及与相关仪器设备的完善,腹腔镜手术方案也逐渐应用于临床疾病治疗中。腹腔镜子宫全切除术是一种微创治疗手段,主要是通过应用腹腔镜技术切除子宫,达到治疗疾病的目的,具有切口小、术后瘢痕不明显等特点,临床常用于子宫脱垂、早期子宫恶性肿瘤等疾病的治疗,已取得了良好的应用效果^[2-3]。本研究旨在探讨腹腔镜子宫全切除术在妇科良性肿瘤患者中的应用效果,以便寻找出更有效的临床治疗方案,改善患者预后,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 5 月 ~ 2022 年 1 月仪征市中医院收治的 60 例妇科良性肿瘤患者作为研究对象,依据随机数表法分为对照组与试验组,各 30 例。对照组患者年龄 25 ~ 70 岁,平均年龄 (44.59 ± 10.78) 岁;孕次 1 ~ 5 次,平均孕次 (3.45 ± 0.38) 次;产次 1 ~ 3 次,平均产次 (1.65 ± 0.25) 次;子宫肌瘤 18 例,子宫腺肌病 10 例,功能失调性子宫出血 2 例。试验组患者年龄 26 ~ 70 岁,平均年龄 (44.86 ± 10.34) 岁;孕次 1 ~ 4 次,平均孕次 (3.39 ± 0.35) 次;产次 1 ~ 4 次,平均产次 (1.85 ± 0.45) 次;子宫肌瘤 16 例,子宫腺肌病 11 例,功能失调性子宫出血 3 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ($P < 0.05$),有可比性。患者及家属对研究知情同意,自愿签署知情同意书。本研究经仪征市中医院医学伦理委员会审核并批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①符合《妇科肿瘤诊疗指南》中相关诊断标准,且经病理学检查确诊者^[4];②符合全子宫切除术手术指征者;③均无生育要求者。

排除标准:①合并严重肝、心等功能疾病及其他严重器

质性疾病者;②合并妇科恶性疾病者;③合并急性炎症反应者;④近期用过影响免疫功能的药物者;⑤处于应激状态者;⑥合并凝血功能障碍病者;⑦有麻醉及手术禁忌证者;⑧妊娠期及哺乳期女性;⑨接受本研究采用的治疗方式(开腹子宫全切除术、腹腔镜子宫全切除术)者;⑩已经接受口服药物或者激素替代治疗者。

1.3 方法

两组患者入院后,均予以术前相关检查(尿常规、血常规、心电图、凝血等)、术前 3 d 常规阴道冲洗、术前 1 d 常规灌肠、禁食、术前抗生素预防感染、排空膀胱、留置导尿管等术前准备。同时均予以气管插管全身麻醉,术中持续监护生命体征(心率、血压、血氧饱和度等)。

对照组患者予以开腹子宫全切除术治疗。麻醉后,患者取仰卧位,皮肤予以常规消毒,于下腹正中处切开,探查盆腔、子宫情况,并暴露手术视野。切断子宫骶骨韧带,将子宫后腹膜打开后,对直肠子宫凹前侧腹膜进行钝性分离下推,至子宫外口水平,而后分离膀胱。将子宫血管切断、近端结扎。切开阴道前穹窿,将子宫切除,冲洗后,止血、消毒,最后逐层缝合,术后给予抗感染治疗。

试验组患者予以腹腔镜子宫全切除术治疗。麻醉后,患者取截石位,常规消毒皮肤,建立人工气腹,压力为 12 mm Hg (1 mm Hg ≈ 0.133 kPa),于左右下腹两侧,各做一个穿刺孔 (5 ~ 10 mm) 后,将腹腔镜及操作器械置入。切断双侧子宫圆韧带,将阔韧带的前叶至膀胱反折,剪开并分离腹膜,对卵巢固有韧带及输卵管峡部进行电凝,对膀胱子宫进行分离下推,以至子宫外口水平,切开阴道穹窿,以暴露宫颈及宫颈阴道部,而后对子宫电凝切开游离,经阴道取出子宫,冲洗后,止血、消毒,最后逐层缝合,常规留置引流管,术后给予抗感染治疗。两组患者均于术后观察至出院。

1.4 观察指标

①手术相关指标。统计两组患者术中出血量、手术时间、术后最高体温、术后排气时间、术后住院天数情况。②视觉模拟量表 (VAS) 评分^[5]。术前及术后 3 d,使用 VAS 评分评估疼痛情况,总分 10 分,得分越高表明患者的疼痛程度越明显。③免疫功能。术前及术后 1 d、3 d,分别抽取两组患者静脉血约 5 mL,以 3 000 r/min 的转速离心 15 min 后,分离血清,应用全自动生化分析仪检测血清免疫球蛋白 G (IgG)、补体 C3 水平。④凝血功能。术前及术后 1 d,分别抽取两组患

表 3 两组患者免疫功能比较

($\bar{x} \pm s$, g/L)

组别	例数	IgG			补体 C3		
		术前	术后 1 d	术后 3 d	术前	术后 1 d	术后 3 d
对照组	30	14.44 ± 2.35	8.34 ± 2.34*	6.75 ± 2.44**	0.96 ± 0.07	0.75 ± 0.08*	0.65 ± 0.05**
试验组	30	14.35 ± 2.34	12.36 ± 2.12*	10.14 ± 2.35**	0.98 ± 0.09	0.90 ± 0.06*	0.84 ± 0.07**
<i>t</i>		0.149	6.973	5.481	0.961	8.216	12.096
<i>P</i>		0.882	<0.001	<0.001	0.341	<0.001	<0.001

注: 与同组术前对比, * $P < 0.05$; 与术后 1 d 对比, ** $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者凝血功能比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PT(s)		APTT(s)		FIB(g/L)	
		术前	术后 1 d	术前	术后 1 d	术前	术后 1 d
对照组	30	13.44 ± 1.39	9.01 ± 1.35*	31.27 ± 4.26	22.64 ± 3.42*	2.45 ± 0.38	3.93 ± 0.37*
试验组	30	13.54 ± 1.34	10.79 ± 1.48*	31.24 ± 4.22	26.87 ± 3.55*	2.49 ± 0.35	3.52 ± 0.32*
<i>t</i>		0.284	4.867	0.027	4.700	0.424	4.590
<i>P</i>		0.778	<0.001	0.978	<0.001	0.673	<0.001

注: 与同组术前比较, * $P < 0.05$ 。

者静脉血约 5 mL, 进行抗凝处理, 以 3 000 r/min 的转速离心 15 min 后, 分离血浆, 使用全自动凝血仪检测血浆凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT)、纤维蛋白原 (FIB) 水平。⑤不良事件发生率。不良反应包括泌尿道损伤、血管损伤、肠道损伤、泌尿系感染等。不良事件发生率 = (泌尿道损伤 + 血管损伤 + 肠道损伤 + 泌尿系感染) 例数 / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

应用 SPSS 21.0 软件对数据进行计算与分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 *t* 检验; 计数资料以 [n(%)] 表示, 行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术相关指标比较

试验组术中出血量低于对照组、术后排气时间短于对照组、术后住院天数少于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者手术时间、术后最高体温比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者 VAS 评分比较

术后 3 d, 试验组 VAS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	VAS 评分	
		术前	术后 3 d
对照组	30	1.47 ± 0.31	4.79 ± 0.49
试验组	30	1.42 ± 0.39	2.01 ± 0.31
<i>t</i>		0.560	26.261
<i>P</i>		0.585	<0.001

2.3 两组患者免疫功能比较

术后 1 d、3 d, 两组患者血清 IgG、补体 C3 水平均较术前降低, 但试验组血清 IgG、补体 C3 水平较对照组高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者凝血功能比较

术后 1 d, 两组患者血浆 PT、APTT 较术前缩短, 但试验组血浆 PT、APTT 较对照组长; 术后 1 d 两组患者血浆 FIB 水平较术前升高, 但试验组血浆 FIB 水平较对照组低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.5 两组患者不良事件发生率比较

术中及术后, 试验组患者不良事件总发生率与对照组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者不良事件发生率比较 [n(%)]

组别	例数	泌尿道损伤	血管损伤	肠道损伤	泌尿系感染	总发生
对照组	30	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	4(13.33)
试验组	30	1(3.33)	0(0.00)	1(3.33)	1(3.33)	3(10.00)
χ^2						<0.001
<i>P</i>						1.000

3 讨论

妇科肿瘤主要是指由感染、不良生活习惯、遗传等因素导致女性生殖细胞发生异常增殖的一系列疾病, 且根据肿瘤性质可分为良性肿瘤、恶性肿瘤, 其中妇科良性肿瘤生长速度较为缓慢, 且不侵袭邻近正常组织, 故临床多通过手术切除的方式以改善患者病情。近几年, 妇科良性肿瘤的发病率呈逐年升高趋势, 已成为影响患者生存质量的一大问题^[6]。开腹子宫全切术是临床治疗妇科良性肿瘤常用的一种术式, 主要是通过开腹的方式, 将患者的子宫进行全切, 以达到控制

病情进展的目的,但在临床应用中因手术切口较大,对患者全身各系统、组织、细胞造成的影响也较大,进而导致患者发生全身应激反应及机体免疫功能的变化,使得术后恢复较慢,不利于生活质量的提高^[7]。

随着微创技术的迅速发展,腹腔镜手术已逐渐应用于妇科肿瘤的治疗中。腹腔镜子宫全切术主要是通过建立气腹,获得广泛的术野,便于仔细检查子宫良性病变的实际情况。选择合理有效的手术措施,尽可能地避免机体组织受损,降低机体出血量,减轻手术造成的疼痛,缓解患者的临床症状,还有利于促进术后早期恢复^[8-9]。同时在患者治疗期间,手术器械、医师操作熟练程度均可能影响患者预后,如医师操作熟练有利于探查及治疗较深、较小的病灶,进而改善预后;合理选择手术器械可减少组织热损伤,进而有利于子宫肌层愈合,保护患者卵巢功能,减少术后并发症的发生^[10-11]。在正常情况下,机体的凝血、抗凝及纤溶功能保持着一种动态平衡,不会造成血栓的发生,但当凝血功能亢进或抗凝、纤溶功能减退时,容易导致血栓的形成,腹腔镜子宫全切术虽可造成手术创伤,导致机体凝血功能异常,但属于微创治疗方式,能减轻术后血液高凝状态。凝血过程是一个复杂的激活过程,而血浆 PT、APTT、FIB 可反映凝血功能状态,其中 PT、APTT 缩短, FIB 升高,表明患者处于高凝血状态,增加下肢深静脉血栓形成的风险。本研究结果显示,试验组术中出血量低于对照组、术后排气时间短于对照组、术后住院天数少于对照组,术后 3 d VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者手术时间、术后最高体温比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。术中及术后两组患者不良事件总发生率比较,差异无统计学意义($P < 0.05$);术后 1 d 试验组血浆 PT、APTT 较对照组长,血浆 FIB 水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明腹腔镜子宫全切术在妇科良性肿瘤中,可有效优化患者手术相关指标,减轻疼痛程度,减轻手术对机体凝血功能的影响,且安全性高,与张晓萍等^[12]研究结果基本一致。手术属于一种创伤性操作,可对机体产生应激刺激,改变机体的免疫功能,进而使机体免疫功能相关指标也随之发生相应的改变^[13]。血清 IgG、补体 C3 均可作为反映机体免疫功能的敏感指标,在机体损伤抗感染的过程中,血清 IgG 是重要物质基础之一,参与机体的体液免疫过程,保护机体免受感染损伤,故其水平降低可提示患者的免疫功能下降,不利于患者预后;血清补体 C3 主要源于巨噬细胞,在人体的免疫系统中具有非常重要的作用,当机体受到损伤刺激时,可激发免疫反应,补体 C3 可发挥杀灭细菌和病毒的作用,进而保护机体,故其水平降低可提示患者的免疫系统紊乱,不利于其术后恢复。腹腔镜子宫全切术创伤小,可减小手术对机体组织造成的刺激及损伤,减轻其对机体免疫功能的影响,

抑制免疫功能相关指标发生显著变化,有利于促进患者术后恢复,提高预后效果^[14]。本研究结果显示,术后 1 d、3 d 试验组患者血清 IgG、补体 C3 水平较对照组高,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明腹腔镜子宫全切术在妇科良性肿瘤中,可有效抑制手术对机体免疫功能的影响,与李莉等^[15]研究结果基本一致。

综上,腹腔镜子宫全切术在妇科良性肿瘤中,可有效优化患者手术相关指标,减轻疼痛程度,抑制手术对机体免疫功能、凝血功能的影响,提高预后效果,且安全性高,值得临床应用。

参考文献

- [1] 史润玮,石宇,张国楠,等.单孔腹腔镜在妇科良性肿瘤手术中的应用优势——附163例临床分析[J].肿瘤预防与治疗,2021,34(4):348-352.
- [2] Mehandru N, Sprague M L, Padilla P, et al. Reduction of Postoperative Gastrointestinal Dysmotility Following Total Laparoscopic Hysterectomy: A Randomized Controlled Trial[J]. Journal of Minimally Invasive Gynecology,2020,27(7):67-68.
- [3] 戚田进,孙彦玲.腹腔镜辅助下阴式子宫全切术治疗子宫良性病变的临床效果评价[J].中国计划生育和妇产科,2019,11(2):81-84.
- [4] 刘继红.妇科肿瘤诊疗指南[M].北京:人民军医出版社,2010:66-67.
- [5] 刘婷,陈仁杰,庄晓玲,等.RFTVR术,新型光纤CO₂激光术对早期喉癌患者症状改善情况和QOL评分,VAS评分的影响[J].海南医学院学报,2020,26(5):359-362.
- [6] 董云,朱春丽,袁焕章,等.盆腔解剖三维数字化重建在妇科良性肿瘤内镜手术中的应用[J].河北医科大学学报,2021,42(6):686-689.
- [7] 王霞,杨梅,盛楠,等.妇科良性疾病患者腹腔镜与开腹手术术后静脉血栓发生率的Meta分析[J].现代妇产科进展,2018,27(2):81-85.
- [8] 高福锋,陈金龙,刘乃富.单孔悬吊腹腔镜手术在妇科良性疾病中的临床应用[J].腹腔镜外科杂志,2019,24(5):377-380.
- [9] 邓黎,梁志清.单孔腹腔镜技术在妇科恶性肿瘤中的应用[J].实用妇产科杂志,2019,35(3):164-166.
- [10] 赵立武,董嘉良,赵耀,等.腹腔镜手术治疗卵巢良性肿瘤患者的临床疗效及对内分泌的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(15):2907-2909.
- [11] 武爱芳,杨树君,尹格平,等.机器人辅助腹腔镜手术在妇科肿瘤中的应用体会[J].腹腔镜外科杂志,2020,25(11):866-869,873.
- [12] 张晓萍,杜金娥.腹腔镜辅助阴式子宫切除术与腹腔镜全子宫切除术临床效果观察[J].贵州医药,2021,45(6):920-921.
- [13] 霍翠兰,陈武玲.腹腔镜手术治疗对卵巢良性肿瘤患者卵巢功能、免疫功能及内分泌激素水平的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(12):39-40.
- [14] 黄键宁,梁嘉欣,郭彩霞.单孔腹腔镜手术对卵巢良性肿瘤患者免疫功能的改善[J].中国计划生育学杂志,2020,28(6):819-822.
- [15] 李莉,严玲玲.妇科良性肿瘤腹腔镜子宫全切术与开腹子宫全切术的疗效对比及对机体免疫功能的影响[J].中国医药导报,2016,13(32):86-89.