

系统性保留盆腔神经广泛子宫切除术治疗老年 子宫内膜癌患者的疗效观察

廖盈

(河南省镇平县人民医院妇产科 镇平 474250)

摘要:目的:探究系统性保留盆腔神经广泛子宫切除术(NSRH)治疗老年子宫内膜癌(EC)患者的疗效。方法:选取 2018 年 9 月~2020 年 3 月收治的 92 例老年 EC 患者,根据治疗方案不同分为对照组和观察组,各 46 例。对照组给予传统根治性子宫切除术(RH)治疗,观察组给予 NSRH 治疗。对比两组手术指标、术后恢复情况、并发症发生情况、膀胱功能、生活质量。结果:两组术中出血量、手术时间、阴道切除长度、宫旁切除长度对比无显著差异($P>0.05$);观察组排气时间、拔管时间、排便时间短于对照组,残余尿量低于对照组($P<0.001$);术后 1 个月,观察组最大尿流率、最大尿流率时逼尿肌压高于对照组($P<0.001$),两组膀胱最大容量对比无显著差异($P>0.05$);与对照组相比,观察组并发症发生率较低($P<0.05$);术后 1 个月观察组生活质量高于对照组($P<0.001$)。结论:NSRH 治疗老年 EC 患者,利于保护盆腔功能,促进患者术后康复,改善生活质量。

关键词:子宫内膜癌;盆腔神经;子宫切除术;盆腔功能

中图分类号:R737.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.16.022

子宫内膜癌(Endometrial Cancer, EC)是子宫内
膜上皮细胞恶性肿瘤,以手术治疗为主^[1]。传统根治
性子宫切除术(RH)可完全切除病灶,在老年 EC 治
疗中占据重要地位,但此术式创伤大,术后易引发盆
腔功能障碍^[2]。研究证实,EC 术后盆腔功能障碍与
术中盆腔自主神经损伤有关^[3]。因此,RH 术中保留
盆腔自主神经功能成为研究热点。本研究选取我院
老年 EC 患者为研究对象,探究 NSRH 的治疗效果。
现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 9 月~2020 年 3 月我
院收治的 92 例老年 EC 患者,根据治疗方案不同分
为对照组和观察组,各 46 例。对照组年龄 60~84
岁,平均年龄(68.29 ± 4.05)岁;体质量指数(BMI)
 $17.5\sim 27.3\text{ kg/m}^2$,平均(22.39 ± 2.04) kg/m^2 ;病理检
查:腺癌 32 例,鳞癌 6 例,腺鳞癌 8 例。观察组年龄
60~86 岁,平均年龄(68.67 ± 4.19)岁;BMI $17.2\sim 27.6$
 kg/m^2 ,平均(22.51 ± 2.13) kg/m^2 ;病理检查:腺癌 34
例,鳞癌 5 例,腺鳞癌 7 例。两组一般资料均衡可比
($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审核批
准。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)均经病理检查确诊;(2)国际
妇产科协会(FIGO)分期为 IIa 期;(3)患者及家属知
情同意。

1.2.2 排除标准 (1)患严重内科疾病;(2)其他疾
病所致直肠或膀胱功能障碍;(3)术前接受放射治疗。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 给予传统 RH 治疗。参照《中国妇科
肿瘤学》^[4],术中不解剖、暴露和保留盆腔自主神经。

1.3.2 观察组 给予 NSRH 治疗。行常规盆腔淋巴
结清扫,从子宫动脉根部解剖、结扎、切断子宫动脉;
切开直肠、阴道内陷凹腹膜,暴露阴道韧带和直肠,
向外侧推盆腔和腹膜下神经丛,选择性切除宫骶韧
带和直肠阴道韧带;寻找子宫深静脉(与子宫主韧带
相应),向对侧宫体牵拉子宫,离断子宫深静脉,分离
切除子宫主韧带血管部位;确认子宫主韧带条索处
对应的盆腔自主神经,解剖膀胱宫颈阴道韧带浅表
层,打开、游离输尿管,提拉子宫,找出盆腔神经丛和
膀胱分支,离断膀胱静脉,切断子宫体内盆腔神经
丛,外侧游离膀胱中盆腔神经丛分支,并深层切除阴
道韧带、宫颈、膀胱韧带,结扎并逐层关闭,术毕。

1.4 观察指标 (1)手术指标(术中出血量、手术时
间、阴道切除长度、宫旁切除长度)。(2)术后恢复情
况(排气时间、拔管时间、排便时间、残余尿量)。(3)
术前、术后 1 个月膀胱功能(膀胱最大容量、最大尿
流率、最大尿流率时逼尿肌压)。(4)并发症(腹泻、便
秘、尿急、尿频、尿失禁)。(5)术前、术后 1 个月生
活质量,采用肿瘤患者生命质量测定量表
(EORTCQLQ-C30)进行测评,共 30 个条目,条目
29、30 计 1~7 分,其他条目计 1~4 分,总分 126 分,
生活质量得分正相关。

1.5 统计学方法 运用 SPSS21.0 统计学软件分
析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料
以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学
意义。

2 结果

2.1 两组手术指标对比 两组术中出血量、手术时
间、阴道切除长度、宫旁切除长度对比无显著差异
($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	阴道切除 长度 (cm)	宫旁切除 长度 (cm)
观察组	46	481.36± 85.72	229.74± 34.68	3.49± 0.51	3.38± 0.30
对照组	46	475.39± 79.65	226.35± 32.41	3.61± 0.58	3.42± 0.32
t		0.346	0.484	1.054	0.619
P		0.730	0.629	0.295	0.538

2.2 两组术后恢复情况对比 观察组排气时间、拔管时间、排便时间短于对照组,残余尿量低于对照组 ($P<0.001$)。见表 2。

表 2 两组术后恢复情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	排气时间 (h)	拔管时间 (d)	排便时间 (h)	残余尿量 (ml)
观察组	46	34.59± 4.68	9.42± 1.57	68.35± 7.54	21.42± 4.87
对照组	46	44.83± 4.92	13.75± 2.08	83.49± 9.16	52.38± 6.14
t		10.228	11.269	8.655	26.794
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组膀胱功能对比 术后 1 个月,观察组最大尿流率、最大尿流率时逼尿肌压高于对照组 ($P<0.001$), 两组膀胱最大容量对比无显著差异 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组膀胱功能对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	膀胱最大容量 (ml)		最大尿流率 (ml/s)		最大尿流率时逼尿肌压 (cm H ₂ O)	
		术前	术后 1 个月	术前	术后 1 个月	术前	术后 1 个月
观察组	46	408.59± 32.76	312.15± 28.47*	19.85± 2.17	14.26± 2.63*	38.25± 5.41	30.52± 4.51*
对照组	46	411.62± 34.08	309.43± 26.49*	20.06± 2.31	10.35± 2.08*	39.03± 6.25	26.84± 4.86*
t		0.435	0.474	0.449	7.909	0.640	3.764
P		0.665	0.636	0.654	<0.001	0.524	<0.001

注:与本组术前相比,* $P<0.05$ 。

2.4 两组并发症对比 与对照组相比,观察组并发症发生率较低 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组并发症对比[例(%)]

组别	n	腹泻	便秘	尿急	尿频	尿失禁	总发生
观察组	46	1 (2.17)	1 (2.17)	0 (0.00)	1 (2.17)	1 (2.17)	4 (8.70)
对照组	46	3 (6.52)	4 (8.70)	2 (4.35)	3 (6.52)	3 (6.52)	15 (32.61)
χ^2							8.026
P							0.005

2.5 两组生活质量对比 术后 1 个月观察组生活质量高于对照组 ($P<0.001$)。见表 5。

表 5 两组生活质量对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后 1 个月	t	P
观察组	46	69.15± 7.59	83.25± 8.69	8.288	<0.001
对照组	46	70.28± 8.16	74.98± 9.03	2.619	0.010
t		0.688	4.476		
P		0.493	<0.001		

3 讨论

EC 是中老年女性常见恶性肿瘤,发生率仅次于卵巢癌与宫颈癌。现阶段,临床治疗老年 EC 以放疗、手术为主,但考虑到 EC 的复发率及高转移率,多建议可耐受者行手术治疗,以有效控制病变。

对于 II 期 EC 患者,考虑到病灶体积较大及转移风险较高,临床普遍建议行 RH 结合腹主动脉、盆腔淋巴结清扫,术后根据患者情况选择辅助治疗。传统 RH 切除范围包括宫体、宫颈、部分阴道及周围组织,创伤较大,易引发膀胱、直肠功能障碍,影响患者远期生存质量^[9]。研究证实,EC 患者术后直肠、膀胱功能障碍主要由术中盆腔自主神经损伤所致^[6]。因此,可在传统 RH 的基础上,控制手术范围,保留盆腔自主神经功能,以降低手术创伤、减少术后并发症。

盆腔神经丛对维持膀胱、直肠功能至关重要^[7-8]。郭涛等^[9]通过 Meta 分析比较传统 RH 与 NSRH 对宫颈癌的治疗效果,发现 NSRH 可显著改善术后膀胱及肠道功能,且不影响疾病预后。本研究结果显示,两组阴道切除长度、宫旁切除长度对比无显著差异 ($P>0.05$),提示 NSRH 可达到根治效果。本研究中,观察组排气时间、拔管时间、排便时间短于对照组,残余尿量、盆腔系统功能相关并发症发生率低于对照组,术后 1 个月观察组最大尿流率、最大尿流率时逼尿肌压高于对照组 ($P<0.05$),表明采用 NSRH 治疗老年 EC 患者,可有效减轻手术创伤,保护盆腔功能,促进患者术后康复。此外,尽管 NSRH 可有效促进患者术后康复,但其操作复杂性也是需考虑的重要因素。本研究中,两组术中出血量、手术时间、阴道切除长度、宫旁切除长度对比无显著差异 ($P>0.05$),提示对老年 EC 实施 NSRH 并不会增加手术负担,是可行手术方案。本研究还发现,术后 1 个月观察组生活质量高于对照组 ($P<0.001$),提示 NSRH 利于改善老年 EC 患者生活质量。

综上所述,NSRH 治疗老年 EC 患者,利于保护盆腔功能,促进患者术后康复,改善生活质量。

参考文献

[1]林婉,江少如,许少榆,等.盆腔腹主动脉旁淋巴结清扫术对 I 期子宫颈内膜癌患者预后的影响[J].广东医科大学学报,2019,37(4):407-409.
[2]付婷,高香转.保留盆腔自主神经的腹腔镜下子宫切除联合盆腔淋巴结清扫术治疗子宫颈内膜癌的临床疗效[J].实用癌症杂志,2019,34(10):1718-1720.
[3]王建文,党蓉芳.腹腔镜下保留盆腔神经的宫颈癌根治术的疗效及对患者生活质量的影响[J].实用癌症杂志,2017,32(6):927-929,932.
[4]曹泽毅.中国妇科肿瘤学[M].北京:人民军医出版社,2011.1034-1077.
[5]原昕.腹腔镜联合盆腔及腹主动脉旁淋巴结(下转第 65 页)

表 2 两组肠鸣音恢复情况比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	首次出现时间	恢复时间	出现 - 恢复时间
对照组	100	0.92± 0.25	2.14± 0.63	1.22± 0.31
观察组	100	0.96± 0.29	2.08± 0.70	1.12± 0.27
t		0.639	0.852	4.285
P		>0.05	>0.05	<0.05

表 3 两组治疗前后血清 IL-1 β 、IL-2、IL-6 水平比较 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-1 β		IL-2		IL-6	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	100	46.9± 8.4	40.3± 10.3	39.6± 12.1	33.6± 8.1	33.8± 7.8	29.8± 8.1
观察组	100	46.3± 10.8	37.1± 8.8	40.1± 10.2	28.8± 8.3	33.1± 8.0	25.8± 6.3
t		0.458	2.362	0.884	3.614	0.913	3.845
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

腹部手术是目前疾病治疗的重要手段,但其作为创伤性治疗会给机体带来一定的影响。腹膜刺激、麻醉、胃肠牵拉、手术创伤以及水电解质失衡会明显影响患者胃肠功能,出现一系列不良反应^[7]。老年患者胃肠道功能的减退使得上述异常发生率增加,且治疗不及时会明显影响手术效果。本研究在分析针灸联合中药热熨神阙穴改善老年腹部术后胃肠功能效果及对白细胞介素水平的影响时发现,与对照组相比,观察组观察组首次排气时间、首次排便时间、术后恢复流质饮食时间、肠鸣音出现 - 恢复时间均明显缩短。这是因为针灸对胃肠功能具有改善作用,且能有效缓解患者术后恶心、呕吐和疼痛,促进患者术后早期排气排便,降低腹胀发生率,中药热敷神阙穴则可在针灸的基础上进一步促进胃肠功能的恢复。热敷药物中吴茱萸具有降逆止呕之作用,五灵脂可行活血止痛,乌药具有行气止痛的作用^[8]。因此通过药物热敷能消滞除胀、散瘀止痛。苏玉杰等^[9]也发现如意散贴敷神阙穴能促进肠鸣音的恢复,有效促进胃肠功能恢复,在一定程度上改善脓毒症患者的预后。

老年腹部术后会引起不同程度的应激反应,过度应激反应甚至可能导致消极情绪产生,而 IL-1 β 、IL-2 及 IL-6 是评估应激炎症反应的重要指标,还具有调节多种细胞功能的作用。在以往的研究中也证实炎症介质与胃肠功能密切相关,且可能与胃肠功能异常的恢复有关^[10]。因此,本研究比较了两组血清

2.3 两组治疗前后血清 IL-1 β 、IL-2、IL-6 水平比较 治疗前,两组血清 IL-1 β 、IL-2、IL-6 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组血清 IL-1 β 、IL-2、IL-6 水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

IL-1 β 、IL-2、IL-6 水平的变化,观察组患者降低更明显。这可能是因为中药热熨神阙穴有助于改善患者的炎症反应,但具体的临床机制尚有待进一步研究,如进一步分析其他炎症介质的变化及其与治疗效果的关系与机制,为临床更合理的治疗提供参考。因此,针灸联合中药热熨神阙穴能有效改善老年腹部术后胃肠功能,且可降低血清白细胞介素水平。

参考文献

[1]张红芬,瞿紫微,曾红玲,等.芒硝外敷联合通腑合剂灌肠对腹部手术后胃肠动力的影响[J].中国医学装备,2018,15(4):64-67.
[2]孟培.解析腹部手术后胃肠功能恢复影响因素的临床效果[J].结直肠肛门外科,2017,23(S1):21,23.
[3]高玉玲.小剂量右美托咪定对肝功能异常胃肠腹部手术患者血流动力学的影响[J].现代诊断与治疗,2017,28(23):4376-4378.
[4]戴转云,李有武,涂学云,等.黄芪注射液静脉滴注对老年上腹部手术患者术后镇痛效应和胃肠功能恢复的影响[J].广东医学,2017,38(19):3030-3033.
[5]敖雪仁,马凯敏,廖聪,等.电针疗法对腹部手术患者胃肠功能及血清胃泌素水平的影响[J].陕西中医,2017,38(8):1130-1131.
[6]张希华,董志伟,吴兰云,等.中药热敷脐部及中药保留灌肠联合西医对症治疗对腹部手术后早期炎性肠梗阻胃肠功能恢复影响[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(7):197-199.
[7]向进见,胡小苗,肖宝来,等.胃肠外科腹腔镜手术相关并发症对非计划再次手术发生的影响[J].腹部外科,2018,31(6):394-396,400.
[8]孔少烽,陈洁雅,李秀花,等.中药脐部热敷对肺移植术后胃肠功能的作用研究[J].国际医药卫生导报,2020,26(15):2237-2240.
[9]苏玉杰,叶勇,李云华,等.如意散贴敷神阙穴治疗脓毒症胃肠功能障碍疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2013,22(16):1736-1737,1762.
[10]张君,高洁,高东.腹腔镜胆囊切除术对患者胃肠功能与炎症指标的影响研究[J].贵州医药,2019,43(5):722-723.

(收稿日期: 2021-04-18)

(上接第 47 页) 清扫术对子宫颈内膜癌患者生存质量的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(8):1761-1764.

[6]胡郅琨,李培全,刘开江,等.腹腔镜下保留盆腔神经宫颈根治术对膀胱功能影响的研究[J].中国实用妇科与产科杂志,2017,33(8):827-831.
[7]贺传勇,吴小莉,解为全,等.腹腔镜保留盆腔神经的广泛子宫切除术联合盆腔淋巴结清扫术治疗宫颈癌的疗效及对患者膀胱直肠

功能的影响[J].河北医学,2018,24(6):951-955.
[8]张广民,陈鸿友,宋丽华,等.腹腔镜保留盆腔自主神经的Ⅲ型子宫切除术对减少膀胱功能障碍的研究[J].内蒙古医学杂志,2020,52(5):541-544.
[9]郭涛,董雪,石钢.保留神经的广泛子宫切除术与传统的广泛子宫切除术对宫颈癌的系统评价[J].现代预防医学,2018,45(15):2867-2873.

(收稿日期: 2021-04-18)