

〔文章编号〕 1007-0893(2022)20-0106-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.20.033

保留盆腔自主神经根治性子宫切除术 治疗早期宫颈癌的价值分析

石巧玲 邱中原 戴秋兰

(福建医科大学附属协和医院, 福建 福州 350000)

〔摘要〕 目的: 研究保留盆腔自主神经根治性子宫切除术(NSRH)对早期宫颈癌患者膀胱功能、血清同型半胱氨酸(Hcy)、胰岛素样生长因子II(IGFII)水平的影响。方法: 选取福建医科大学附属协和医院2020年8月至2022年7月期间105例早期宫颈癌患者按照手术方式不同分组, 其中传统根治性子宫切除术(RH)组52例采用RH术式, NSRH组53例采用NSRH术式, 比较两组患者手术指标、膀胱功能、肿瘤相关指标和手术并发症。结果: 两组患者阴道壁切除长度、清扫淋巴结数比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); NSRH组手术时间高于RH组, 术中出血量、肛门排便、排气时间低于RH组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$); NSRH组患者保留导尿管时间短于RH组, 腹压排尿率、尿潴留率、尿失禁率均低于RH组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者手术前后的Hcy、IGFII水平比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 手术后, 两组患者Hcy、IGFII水平与术前比较均显著降低, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者切口感染、尿路感染、便秘的发生率比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论: NSRH治疗早期宫颈癌患者的效果较RH更好, 能够有效抑制疾病进展, 缩短肛门排便、排气时间, 保护膀胱功能。

〔关键词〕 宫颈癌; 保留盆腔自主神经根治性子宫切除术; 根治性子宫切除术

〔中图分类号〕 R 737.33 〔文献标识码〕 B

宫颈癌是指发生在子宫、阴道及宫颈管的恶性肿瘤, 患者临床症状主要为阴道流血、阴道排液增多等, 发病因素尚未完全明确, 多认为与分娩次数多、性生活紊乱、经期及产后卫生不良等因素有关^[1]。目前对于早期宫颈癌患者多推荐手术治疗, 传统根治性子宫切除术(radical hysterectomy, RH)是临床治疗宫颈癌的常用术式, 能够有效清除病灶, 效果明显, 但其手术范围较大, 术中易对患者局部神经造成损伤, 可能影响患者膀胱功能^[2]。而保留盆腔自主神经根治性子宫切除术(nerve sparing radical hysterectomy, NSRH)是对于女性盆腔精细解剖结构深入研究后逐渐完善而成的手术方式, 能够在术中依据患者盆腔解剖结构和神经走行最大程度保护盆腔自主神经, 既往临床对于该术式的研究多集中于手术效果、直肠功能等方面^[3], 而有关NSRH应用于早期宫颈癌患者对其肿瘤相关指标影响的研究较少。基于此, 本研究收集105例早期宫颈癌患者临床资料, 旨在分析不同术式对其手术指标、膀胱功能、肿瘤相关指标和手术并发症的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取福建医科大学附属协和医院2020年8月至2022年7月期间105例早期宫颈癌患者按照手术方式不同分组。RH组52例, 年龄28~57岁, 平均(41.43±5.94)岁; 宫颈癌国际妇产科联盟(International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO)分期: IB1期19例, IB2期21例, IIA期12例; 病理类型: 鳞癌43例, 腺癌9例。NSRH组53例, 年龄29~58岁, 平均(42.13±6.35)岁; 宫颈癌FIGO分期: IB1期17例, IB2期22例, IIA期14例; 病理类型: 鳞癌42例, 腺癌11例。两组患者的一般资料比较, 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) 符合宫颈癌诊断标准^[4], 且经病理学检查确诊为早期宫颈癌; (2) 意识清楚, 认知功能正常, 具备沟通交流能力; (3) 临床资料完整; (4) 知情同意本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 术前伴有严重心、肝、肾等重要脏器功能损害者; (2) 术前存在膀胱功能障碍者;

〔收稿日期〕 2022-08-26

〔作者简介〕 石巧玲, 女, 住院医师, 主要从事妇产科工作。

(3) 术前曾接受放疗或化疗者；(4) 妊娠期或哺乳期者；(5) 合并其他恶性肿瘤者。

1.2 方法

1.2.1 NSRH 组 采用 NSRH 术式，具体为：患者取仰卧位，行连续硬膜外阻滞麻醉后取截石位置入导尿管，手术部位进行常规消毒，于患者下腹部正中进行纵向切口，长度约 7~10 cm，打开腹壁后检查患者子宫及附件是否存在病变、粘连，行淋巴结清扫后，于子宫动脉下方、骶韧带外侧等位置定位腹下神经组织，对其进行锐性分离，保留腹下神经于盆腔内脏神经交汇处神经丛，定位膀胱中、下静脉并切断，将膀胱静脉与子宫深静脉断端提起，仔细辨别子宫支、盆丛和膀胱支，在进行阴道旁组织、膀胱宫颈韧带切断时最大程度将其保留，宫骶韧带切除后，分离并保留骶骨韧带外侧神经纤维，内侧骶骨韧带切断后保留下腹下丛神经头支和下腹神经终末部，宫骶韧带切断后进行阴道壁组织切除，术后清洗并缝合切口，给予常规护理和抗菌药物预防感染。

1.2.2 RH 组 采用 RH 术式，除不保留盆腔自主神经外，术前麻醉、术中操作、术后处理等措施均与 NSRH 组相同，且两组施术者资质相同。

1.3 评估标准

1.3.1 手术指标 记录两组患者术中出血量、阴道

壁切除长度、手术时间、肛门排便时间、清扫淋巴结数、肛门排气时间。

1.3.2 膀胱功能 记录两组患者腹压排尿率、尿潴留率、尿失禁率及保留导尿管时间。

1.3.3 肿瘤相关指标 于手术前和手术 2 d 后，采集两组患者晨间空腹静脉血 5 mL，经抗凝、离心等操作后，分离血清，采用酶联免疫吸附法检测血清同型半胱氨酸 (homocysteine, Hcy)、胰岛素样生长因子 II (insulin-like growth factors, IGFII) 水平。

1.3.4 并发症 记录两组患者术后 2 周内切口感染、尿路感染、便秘等并发症发生情况。

1.4 统计学工具

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术指标比较

两组患者阴道壁切除长度、清扫淋巴结数比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)；NSRH 组手术时间高于 RH 组，术中出血量、肛门排便、排气时间低于 RH 组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者手术指标比较

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

组别	<i>n</i>	术中出血量 /mL	阴道壁切除长度 /cm	手术时间 /min	肛门排便时间 /d	清扫淋巴结数 / 个	肛门排气时间 /d
RH 组	52	277.23 ± 27.33	3.25 ± 0.34	241.35 ± 26.33	4.13 ± 0.79	15.56 ± 3.43	3.08 ± 0.70
NSRH 组	53	244.56 ± 25.32 ^a	3.28 ± 0.37	294.26 ± 27.54 ^a	3.16 ± 0.83 ^a	14.74 ± 3.26	2.65 ± 0.67 ^a

注：RH 一根治性子宫切除术；NSRH 一保留盆腔自主神经根治性子宫切除术。与 RH 组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者膀胱功能比较

NSRH 组患者保留导尿管时间为 (11.24 ± 3.26) d，RH 组为 (16.56 ± 3.43) d；NSRH 组患者保留导尿管时间短于 RH 组，腹压排尿率、尿潴留率、尿失禁率均低于 RH 组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者膀胱功能比较 (n (%))

组别	<i>n</i>	腹压排尿	尿潴留	尿失禁
RH 组	52	10(19.23)	8(15.38)	8(15.38)
NSRH 组	53	2(3.77) ^b	1(1.89) ^b	1(1.89) ^b

注：RH 一根治性子宫切除术；NSRH 一保留盆腔自主神经根治性子宫切除术。与 RH 组比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者手术前后肿瘤相关指标比较

两组患者手术前后的 Hcy、IGFII 水平组间比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)；手术后，两组患者 Hcy、IGFII 水平与术前比较均显著降低，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者手术前后肿瘤相关指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	Hcy/μmol · L ⁻¹	IGFII/pg · mL ⁻¹
RH 组	52	手术前	17.26 ± 2.26	61.96 ± 5.32
		手术后	8.96 ± 2.11 ^c	36.46 ± 5.13 ^c
NSRH 组	53	手术前	17.35 ± 2.31	62.15 ± 5.22
		手术后	9.24 ± 2.15 ^c	35.87 ± 4.89 ^c

注：RH 一根治性子宫切除术；NSRH 一保留盆腔自主神经根治性子宫切除术；Hcy 一同型半胱氨酸；IGFII 一胰岛素样生长因子 II。与同组手术前比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者并发症发生情况比较

两组患者切口感染、尿路感染、便秘的发生率比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者并发症发生情况比较 (n (%))

组别	<i>n</i>	切口感染	便秘	尿路感染
RH 组	52	3(5.77)	4(7.69)	2(3.85)
NSRH 组	53	2(3.77)	3(5.66)	1(1.89)

注：RH 一根治性子宫切除术；NSRH 一保留盆腔自主神经根治性子宫切除术。

3 讨论

宫颈癌是妇科最常见的恶性肿瘤之一，高发于40~50岁的女性群体，在所有女性恶性肿瘤中，其发病率仅次于乳腺癌^[5]，据相关数据统计^[6]，宫颈癌发病率呈逐年上升趋势发展，且逐渐年轻化，若未及时接受治疗，将严重威胁患者生命安全。宫颈癌发生较为漫长，早期发现可选择手术治疗，预后较好。目前临床多采用传统RH术式治疗早期宫颈癌，该术式关键在于盆腔淋巴结细致、彻底地清除，并进行广泛性全子宫切除，能够有效消除病灶，抑制疾病进展。但随着医学研究的深入，部分学者认为该术式对于患者盆腔自主神经损伤较大，术后易导致患者膀胱、直肠等功能受损，并发症较多^[7-8]。因此，寻找安全、有效的手术方式对于改善早期宫颈癌患者预后具有重要意义。NSRH是基于术中保护患者盆腔自主神经理念而逐渐应用于临床的手术方式，能够通过对于患者盆腔神经精准定位从而进行保护^[9]，因此，采用NSRH术式治疗早期宫颈癌患者或许能够进一步提高手术效果，降低并发症发生率。

本研究发现，两组患者阴道壁切除长度、清扫淋巴结数比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，提示NSRH术式同样能够有效完成淋巴结清扫，不会过度损伤阴道壁；NSRH组患者手术时间高于RH组，术中出血量、肛门排便、排气时间低于RH组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。提示NSRH术式的手术时间虽有所延长，但能够有效降低术中出血量，缩短患者肛门排便、排气时间。常规RH术式虽能够有效清除病灶，抑制疾病进展，但其手术范围广，术中易对局部组织、神经造成损伤，且未考虑保护盆腔自主神经，导致术中出血量较多，损伤较大，术后患者肛门排便、排气时间延长。而NSRH术式能够更加精细化辨认患者盆腔自主神经，尽可能降低术中损伤程度，虽延长了手术时间，但可减少患者术中出血量，缩短术后肛门排便、排气时间，有利于患者术后恢复。

盆腔自主神经具有调节排便、排尿等生理功能^[10-11]，RH术式中仅考虑切除患者病灶，并未对患者盆腔自主神经进行保护，对其损伤程度较高，导致部分患者术后膀胱功能受损^[12]。本研究发现，NSRH组腹压排尿率、尿潴留率、尿失禁率和保留尿管时间均低于RH组提示，NSRH术式能够有效保护患者膀胱功能。NSRH术式能够在术中通过分离神经血管、精准定位和仔细辨认神经组织，在清除病灶的同时尽可能避免对其造成损伤，保护患者盆腔自主神经，从而有效保护患者膀胱功能^[13-14]。

相关研究指出^[15]，Hcy在恶性肿瘤患者机体中表达水平较高，其水平与疾病严重程度有关；IGFII具有促进细胞增殖、分化的作用，能够参与肿瘤细胞的生长。本研究

发现，术后两组患者Hcy、IGFII水平与术前比较均显著降低，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。提示两种术式均能够有效抑制疾病进展，降低疾病严重程度；术后两组患者Hcy、IGFII水平组间比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，提示两种术式在手术效果上并无明显区别。分析原因可能在于，NSRH术式与RH术式根本区别在于是否保留盆腔自主神经，而保留盆腔自主神经这一操作对疾病进展并无影响。两组患者切口感染、尿路感染、便秘的发生率比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，考虑与研究样本量选取较少有关。

综上所述，对于早期宫颈癌患者，NSRH能够有效抑制疾病进展，有利于膀胱功能恢复，缩短术后肛门排便、排气时间。目前NSRH术式的应用价值主要体现在保护患者膀胱功能、促进术后恢复等方面，NSRH具有较多好处，但仍存在诸多问题需要研究和思考，如术中定位和辨认盆腔自主神经所需时间较多、术后对保留的神经数量和功能的判断等。因此，对于NSRH术式治疗早期宫颈癌患者有效、可行仍需进行大样本、多中心、长期随访的研究继续验证。

〔参考文献〕

- (1) 吴青京, 陈昌钊, 李波, 等. 经阴道超声和三维彩色血管能量成像单用及联用对宫颈癌分期的诊断效能研究(J). 中国超声医学杂志, 2022, 38(1): 87-91.
- (2) 孙蓓, 刘亚红, 汪宁. 腹腔镜根治性子宫切除术与开腹根治性子宫切除术治疗早期宫颈癌的疗效与安全性观察(J). 贵州医药, 2022, 46(3): 396-397.
- (3) 王胜年, 李青, 钱自强, 等. 腹腔镜下保留盆腔自主神经广泛性子宫切除术对早期宫颈癌病人术后生活质量的影响(J). 安徽医药, 2019, 23(5): 894-897.
- (4) 中华医学会病理学分会女性生殖系统疾病学组. 宫颈癌及癌前病变病理诊断规范(J). 中华病理学杂志, 2019, 48(4): 265-269.
- (5) 王宇, 宋淑芳, 刘凤. 我国宫颈癌流行病学特征和发病高危因素的研究进展(J). 中国妇幼保健, 2019, 34(5): 1206-1208.
- (6) 赵雪莲, 王岩, 刘植华, 等. 19201名女性对宫颈癌筛查及HPV疫苗的认知情况及影响因素分析(J). 中华肿瘤防治杂志, 2022, 29(9): 623-629, 649.
- (7) 范阿童. 局部晚期宫颈癌患者根治性子宫切除联合术前卡铂与紫杉醇密集化疗的安全性及有效性(J). 实用药物与临床, 2022, 25(5): 404-407.
- (8) 蔡玲, 朱凯敏, 唐慧. 丙泊酚麻醉对宫颈癌根治性子宫切除术患者血细胞和术后恢复的影响(J). 中国肿瘤临床与康复, 2022, 29(8): 906-909.
- (9) 中国医师协会妇产科医师分会妇科肿瘤学组. 保留盆腔自主神经的宫颈癌根治性手术中国专家共识(J). 中华肿瘤杂志, 2021, 43(7): 736-742.
- (10) 吴胜伟, 吴晓翔, 王志伟. 保留盆腔自主神经的腹腔镜

- 全直肠系膜切除术对女性直肠癌患者术后复发及排尿和性生活质量的影响 (J). 新乡医学院学报, 2022, 39(6): 519-522.
- (11) 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内膜癌的临床疗效 (J). 实用癌症杂志, 2019, 34(10): 1718-1720.
- (12) 桂晓凤, 吕燕, 张亚男. 保留盆腔自主神经的广泛子宫切除术对早期宫颈癌患者 T 淋巴细胞亚群、膀胱功能及直肠功能的影响 (J). 癌症进展, 2022, 20(12): 1282-1284, 1288.
- (13) 代黎, 王晓玲, 谢素娟, 等. 保留盆腔自主神经宫颈癌根治术和广泛性子宫切除术对宫颈癌患者术后膀胱、直肠和性功能的影响 (J). 临床误诊误治, 2021, 34(7): 50-54.
- (14) 杨丹, 李丽, 邵丽. 腹腔镜下系统保留盆腔自主神经的直肠癌根治术的近期疗效及对患者术后排尿、胃肠功能影响 (J). 实用癌症杂志, 2020, 35(5): 819-824.
- (15) 苏明慧, 袁德利, 张冬梅, 等. 保留盆腔自主神经根治性宫颈癌切除术对患者直肠和膀胱功能及血清 Hcy 和 IGFII 水平的影响 (J). 临床和实验医学杂志, 2020, 19(17): 1841-1844.

[文章编号] 1007-0893(2022)20-0109-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.20.034

右美托咪定复合超声引导神经阻滞麻醉 在髌部骨折手术中的应用

夏金南 曾秋萌 林道基

(福鼎市医院, 福建 福鼎 355200)

[摘要] **目的:** 分析右美托咪定复合超声引导下腰骶丛神经阻滞在髌部骨折手术中的安全性及有效性。**方法:** 选取 2020 年 4 月至 2021 年 4 月在福鼎市医院骨科接受髌部骨折手术的 89 例患者, 采用随机数字表将其分为两组, 其中对照组 44 例均实施超声引导下腰骶丛神经阻滞, 观察组 45 例均在对照组的基础上静脉泵注右美托咪定。比较两组患者不同时间点的视觉模拟评分法 (VAS) 评分、麻醉结局指标及其术后不良反应发生率。**结果:** 观察组患者髌关节 Harris 功能评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后不同时段 VAS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后 2 h 的平均动脉压 (MAP)、心率 (HR) 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对于髌部骨折手术患者, 在手术过程中采取右美托咪定复合超声引导下腰骶丛神经阻滞, 麻醉、镇静效果良好, 患者手术后无严重的并发症以及不良反应。

[关键词] 髌部骨折; 右美托咪定; 腰骶丛神经阻滞

[中图分类号] R 683.42 **[文献标识码]** B

髌部骨折作为骨科常见的骨折, 其群体以老年患者居多。随着近些年老年人口比例的提高, 髌部骨折发生率也逐渐提高, 该类型骨折可严重影响患者髌关节功能, 进而导致患者出现肢体运动功能障碍, 加之老年人身体机能逐渐降低, 手术难度大, 术后恢复时间较长, 且老年人作为特殊群体, 绝大多数的老年人患有不同程度的慢性疾病, 如冠心病、高血压、呼吸系统疾病、糖尿病等等, 这对手术麻醉工作者提出更大挑战。髌部骨折手术在实际的临床工作中需要考虑的方面不仅包含麻醉效果、术后的镇痛效果和手术麻醉对生理功能的影响也需要考虑^[1-2]。腰骶丛神经阻滞因其创伤性小、副作用不明显,

在髌部骨折手术中具有缓解疼痛和术后镇痛的独特优势, 腰骶神经丛阻滞患者的排尿功能以及行动能力会受到一定程度影响^[3]。对于绝大多数的髌部骨折手术患者来说, 在手术过程中局部麻醉致使患者在手术过程中始终保持较为清醒的状态, 由于对手术的恐惧心理会导致血流波动, 为了保持患者在手术中能保持镇静, 往往在手术中会给予患者相应的镇静剂^[4]。右美托咪定, 是一种镇静、镇痛、抗焦虑的高选择性 α_2 肾上腺素受体激动药物, 能有效维持血流动力学稳定, 适用于髌部骨折手术^[5]。本研究针对髌部骨折手术患者, 在手术中采取右美托咪定复合超声引导下腰骶丛神经阻滞, 对手术的有效性

[收稿日期] 2022 - 08 - 15

[作者简介] 夏金南, 女, 主治医师, 主要研究方向是麻醉方面。