

老年妇科行腹腔镜手术的临床探讨

韩 叶¹,毛 英¹,万成福²(重庆市巴南区第二人民医院:1 妇产科;2 麻醉科 400054)

【摘要】 目的 探讨老年妇科患者行腹腔镜手术的安全性及可行性。**方法** 收集重庆市巴南区第二人民医院 2007 年 6 月至 2013 年 12 月期间 60 岁及以上行开腹手术及腹腔镜手术的老年妇科患者 69 例,记录其术前合并症、手术情况及住院时间,对比分析开腹手术与腹腔镜手术的差异。**结果** 腹腔镜手术组 31 例,开腹手术组 38 例。患恶性肿瘤或合并肺部疾病患者多选择开腹手术,差异有统计学意义。行附件切除术者选择腹腔镜手术多于选择开腹手术,两组比较差异有统计学意义。妇科大型手术较多选择开腹途径。腹腔镜组术中出血量及术后住院时间明显低于开腹组,两组手术时间差异无统计学意义。**结论** 治疗术前合并症,加强术中、术后监控,老年患者行腹腔镜手术可行。

【关键词】 老年女性; 开腹手术; 腹腔镜手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.03.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)03-0393-02

随着我国人口老龄化日趋增加,临床上高龄妇科患者逐年增多。与育龄期女性相比,老年女性常合并各种内科疾患,手术耐受能力降低,手术途径的选择及围手术期监测成为临床关注的焦点。腹腔镜手术是妇科手术的主要手段,近年来被广泛运用。为探讨腹腔镜手术对老年妇科疾病的诊治价值,评估手术治疗老年妇科患者的安全性和可行性,本文对本院 60 岁及以上老年患者行腹腔镜治疗与同期经开腹行手术治疗妇科疾病的临床资料进行分析,以供同道借鉴,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2007 年 6 月至 2013 年 12 月收治需行手术治疗的 69 例妇科患者作为研究对象,60~69 岁患者 51 例,69 岁及以上者 18 例,平均年龄(64.3±12.3)岁。患妇科良性疾病者 51 例,依次为卵巢肿瘤(27 例)、子宫肌瘤(12 例)、子宫内膜不典型增生(5 例)、子宫脱垂(7 例)。妇科恶性肿瘤者 18 例,依次为卵巢恶性肿瘤(9 例)、子宫内膜恶性肿瘤(3 例)、宫颈恶性肿瘤(6 例)。部分患者同时合并多种妇科疾病,以术后经病理证实诊断中的首要疾病进行分类。所有手术均为择期手术,患者全部行全身麻醉。根据患者个人意愿选择手术方式,其中 31 例患者自愿行腹腔镜手术,38 例患者自愿行开腹手术。术前确诊合并其他系统疾病者 32 例,依次为高血压、糖尿病、心脏病及肺部疾病等,其中有 2 例患者同时合并两类合并症,1 例为高血压+肺部疾病,1 例为高血压+心脏病。

1.2 方法 患者入院后行常规术前检查,包括心电图、胸部 X 线片、血尿常规、血生化、血糖、糖类抗原 125、宫颈脱落细胞检查排除宫颈恶变、B 超及阴道检查排除恶性肿瘤倾向。术前评估手术风险,其他系统疾病控制在可行手术范围内。手术按常规操作,术中用呼吸机监测生命体征、心电图、血氧饱和度和血

二氧化碳浓度等指标。术后对患者常规行一级护理。详细记录术前、术中及术后相关临床数据,包括内外科合并症及并发症。

1.3 统计学处理 本研究采用 SPSS19.0 进行统计分析,分别计算均值、百分比,并进行相应的 *F* 检验、*t* 检验或 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组疾病类型及术前合并症分布情况 见表 1。所有患者均完成既定手术,无 1 例死亡。妇科恶性肿瘤患者选择腹腔镜手术少于开腹手术,两组相比差异有统计学意义($P<0.01$),而妇科良性肿瘤患者两组差异无统计学意义($P>0.05$)。老年患者伴肺部合并症选择腹腔镜手术少于选择开腹手术,两组相比差异有统计学意义($P<0.05$)。老年妇科疾病患者伴其他系统合并症者两组差异无统计学意义。

2.2 两组不同术式与术中情况比较 见表 2。行腹腔镜手术者无中转开腹情况。行附件切除术者选择腹腔镜手术多于选择开腹手术,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。行全子宫切除+双附件切除、盆腔淋巴清扫术者选择腹腔镜手术少于选择开腹手术,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。行全子宫切除术者在两组中差异无统计学意义。行腹腔镜组在行全子宫切除、双附件切除、全子宫切除+双附件切除及全子宫切除+双附件切除、盆腔淋巴清扫术中,其术中出血量明显低于开腹组,行子宫全切术、附件切除术及全子宫切除+双附件切除术的术后住院时间与开腹组相比明显缩短。全子宫切除+双附件切除、盆腔淋巴清扫术者术后住院时间两组差异无统计学意义。腹腔镜组与开腹组相比,两组在不同术式中手术时间差异无统计学意义。

表 1 两组疾病类型及术前合并症分布情况(*n*)

组别	恶性肿瘤	良性肿瘤	高血压	糖尿病	心脏病	肺部疾病	其他
腹腔镜组	6	25	4	3	3	4	1
开腹组	12	26	5	4	3	5	2
<i>P</i>	<0.01	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05

表 2 两组不同术式与术中情况比较(̄x±s)

术式		n	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后住院时间(d)
全子宫切除术	腹腔镜组	6	51.3±32.9	52.9±34.7	3.92±2.18
	开腹组	9	49.4±27.5	98.2±41.3	7.78±3.22
附件切除术	腹腔镜组	11	46.3±31.9	31.3±25.7	3.25±2.15
	开腹组	6	51.2±33.6	59.4±41.3	6.29±2.51
全子宫切除术+双附件切除术	腹腔镜组	12	77.6±31.5	105.5±101.7	3.97±2.16
	开腹组	19	66.3±34.1	201.6±105.4	7.84±3.24
全子宫切除术+双附件切除、盆腔淋巴清扫术	腹腔镜组	2	135.0±39.1	150.0±102.3	5.00±2.17
	开腹组	4	121.3±41.2	258.3±101.5	15.30±2.70

2.3 年龄梯度与术中情况比较 见表 3。不同年龄组术前合并症、手术时间、手术出血量及术后住院时间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 3 年龄梯度与术中情况比较(̄x±s)

年龄(岁)	n	手术时间 (min)	出血量 (mL)	术后住院 时间(d)
60~65	26	101.2±53.8	69.4±41.6	5.32±2.68
>65~69	25	103.3±46.7	71.2±42.8	4.98±2.18
>69	18	98.8±47.9	73.5±41.5	5.23±2.76

3 讨 论

老年人身体机能减退,对手术的耐受力降低,老年患者的手术问题成为临床医生面临的首要问题。本研究发现,老年恶性肿瘤,如卵巢癌和宫颈浸润癌在基层医院倾向于开腹手术,较大型妇科手术(全子宫切除术+双附件切除术和广泛子宫全切除术)亦倾向于选择开腹手术,以免术中发生意外情况。一般认为开腹手术野暴露清晰,直视下淋巴清扫较彻底,出血后可快速止血。部分学者认为恶性肿瘤患者行腹腔镜手术有恶性肿瘤转移风险,即使在早期恶性肿瘤也有可能发生^[1]。本次研究中发现合并肺部疾病的老年妇科疾病患者倾向于选择开腹手术。有多次手术史,腹腔粘连较严重,以及过度肥胖又合并肺功能障碍的患者不宜行腹腔镜手术^[2]。随着微创手术的日益发展,腹腔镜手术诊治老年妇科疾病的优点得到临床共识^[3]。腹腔镜操作避免盆腹腔内异物刺激,且暴露少,创伤小,出血少;平均住院时间明显低于开腹组,术后痛感低于开腹组,生理功能干扰小,恢复快,降低肠梗阻发生率;避免深部静脉血栓形成坠积性肺炎,甚至肺不张、呼吸衰竭等并发症^[2]。微创手术利于糖尿病患者切口恢复。有研究表明,腹腔镜手术对机体多系统影响及患者的应激反应小,对机体免疫系统、血液凝固及抗凝固系统、术后抑制胰岛素分泌等影响均小于开腹手术^[4-5]。本研究中发现不同年龄层次与术中情况无明显相关性,且多项研究表明腹腔镜术后并发症或术后恢复情况与年龄没有相关性,与术前合并症息息相关^[6-7]。腹腔镜手术对老年妇科患者是安全有效的,具有开腹手术所不具备的特点和优势。

临床上需要医务工作者正确选择适应证、重视术前合并症并积极治疗,加强术中、术后监护^[8-9]。从对患者的手术创伤、

手术效果、手术质量和术后生活质量的恢复考虑,腹腔镜手术对老年女性患者更有利,特别适合于合并糖尿病患者。年龄不应作为妇科疾病腹腔镜手术的禁忌证,应用腹腔镜手术能为老年妇科患者带来更为良好的治疗效果,更好地服务于广大老年患者。

参考文献

[1] Gupta A, Watson DI, Ellis T, et al. Tumour implantation following laparoscopy using different insufflation gases [J]. ANZ J Surg, 2002, 72(4): 254-257.

[2] Weber DM. Laparoscopic surgery-an excellent approach in elderly patients [J]. Arch Surg, 2003, 138(10): 1083-1088.

[3] Kawasaki H, Oride A, Miyazaki K. Laparoscopic surgery in elderly patients aged 65 years and older with gynecologic disease[J]. ISRN Obstet Gynecol, 2012, 21: 678201.

[4] Novitsky YW, Litwin DE, Callery MP. The net immunologic advantage of laparoscopic surgery[J]. Surg Endosc, 2004, 18(10): 1411-1419.

[5] Berendes E, Schmidt C, Van Aken H, et al. A-type and B-type natriuretic peptides in cardiac surgical procedures [J]. Anesth Analg, 2004, 98(1): 11-19.

[6] Vaknin Z, Ben-Ami I, Schneider D, et al. A comparison of perioperative morbidity, perioperative mortality, and disease-specific survival in elderly women (>OR=70 years) versus younger women (<70 years) with endometrioid endometrial cancer[J]. Int J Gynecol Cancer, 2009, 19(5): 879-883.

[7] Kirshtein B, Perry ZH, Mizrahi S, et al. Value of laparoscopic appendectomy in the elderly patient[J]. World J Surg, 2009, 33(5): 918-922.

[8] 张顺桂. 妇科腹腔镜手术前后的护理[J]. 临床和实验医学杂志, 2007, 6(2): 190.

[9] 谢微波. 腹腔镜在妇科的应用及其护理的进展[J]. 护理研究, 2004, 18(12): 2167-2168.