

力中断作用^[6]。此作用对牙周组织的恢复和再生有利,从而使患者牙周状况产生改观,使患者牙槽骨高度稳定并有一定的修复作用,牙周状况得到改善,这是传统方法所不具有的。牙齿得到修复后牙槽骨白线产生,骨密度增加,使骨边缘清晰易于测量,也是导致牙槽骨高度增加的原因^[7]。修复后长期的基牙牙槽骨高度平均值上升说明玻璃纤维增强结合树脂方法可使患者牙周状况得到长期改善。

本研究还发现,两组患者各项满意度均逐年上升,玻璃纤维组 1 年内、4 年美观满意度、舒适度满意度、咀嚼功能满意度、发音满意度、便利满意度均明显优于传统组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。这是由于粘接了修复体,增加了牙体厚度,影响术后初期的舒适度和发音。随着牙周组织与义齿磨合时间延长,患者逐渐适应义齿,对义齿的美观、舒适度、便利等满意度逐年上升。修复体与基牙固定在一起,有利于松动基牙的固定,因此可以改善患者的咀嚼功能^[8]。传统法由于选用金属作为材料,其美观、舒适度等方面均要差于玻璃纤维增强结合树脂方法。两组患者各项存活率随着日常使用磨损均逐年下降。玻璃纤维组各项存活率均明显优于传统组,玻璃纤维组经再次修复后不影响使用,而传统组由于磨损严重较难修复。玻璃纤维在光固化前有很好的柔韧性,可以在制作义齿时发挥重要作用,而在光固化后则有超高的绕曲强度和超强的粘结性能^[9],使义齿的力学性能完全能够满足口腔功能的需要^[10]。树脂具有优秀的柔韧性和强度及稳固的化学结合^[11],二者结合使玻璃纤维增强结合树脂粘接义齿能够取得较好的效果。

综上所述,玻璃纤维增强结合树脂粘接义齿对前牙缺失修复的长期效果优于传统方法,可在临床推广使用。

参考文献

[1] 崔永新,唐晓朋,袁奎封,等.前牙缺失后即刻种植的研究·临床探讨·

进展[J].山东医药,2013,53(39):92-94.

[2] 张德辉,孙海涛,周昆,等.软(牙合)垫联合物理疗法治疗颞下颌关节紊乱症的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(7):531-533.

[3] 李健,彭东,冯海兰,等.分段式粘接桥的临床应用初步观察[J].中华口腔医学杂志,2011,46(6):326-331.

[4] 朱丽红,邹韵秋,马丽辉,等.慢性牙周炎伴咬合紊乱的多学科治疗观察[J].临床口腔医学杂志,2012,28(10):632-634.

[5] 李勋芸,魏文佳,孟翔峰,等.长期水储存对玻璃陶瓷与牙本质间树脂粘接界面的影响[J].国际口腔医学杂志,2013,40(4):436-439.

[6] 周秦,石平,李蕴聪,等.Vitalium 应力中断支架式义齿修复游离端缺失的效果评价[J].中国美容医学,2013,22(11):1212-1215.

[7] 马志贵,房兵,毛丽霞,等.牙周病患者正畸前后牙槽骨密度变化的 CBCT 研究[J].中华口腔正畸学杂志,2010,17(4):197-200.

[8] 顾斌,李萍,刘娜,等.联冠固定松动基牙后可摘义齿修复肯氏 I 类牙列缺损的临床疗效观察[J].口腔颌面修复学杂志,2012,13(2):75-78.

[9] 史胜利.光固化复合树脂在前牙修复中的应用[J].临床合理用药杂志,2015,8(22):167-168.

[10] 左伟文,黄华莉,石磊,等.义齿树脂基托表面有机-无机杂化膜的制备与研究[J].材料工程,2013,58(10):71-75.

[11] 徐华,邓风,唐少楠,等.MIEX 树脂特性及其在饮用水处理中的应用[J].工业安全与环保,2011,37(7):1-2.

(收稿日期:2017-07-17 修回日期:2017-09-30)

早期子宫内膜癌患者的微创手术效果研究

冯韵韞¹,姚晰洋²,刘沅林^{3△}

(1.江苏省南通市第四人民医院妇科 226005;2.江苏省南通市急救中心急诊科 226005;
3.南通大学附属医院妇产科,江苏南通 226000)

摘要:目的 探讨早期子宫内膜癌患者采用微创手术治疗的效果。方法 在 2013 年 5 月至 2016 年 11 月南通市第四人民医院和南通大学附属医院收治的早期子宫内膜癌患者中选取 86 例作为研究对象,将所有患者按照随机数表法分为两组,其中观察组 43 例,对照组 43 例,观察组行腹腔镜手术,对照组行传统开腹手术。对两组患者术中出血量、淋巴结切除数量、手术时间等指标进行统计分析;对两组患者术后体温恢复时间、术后肛门排气时间、尿管留置时间、住院时间进行比较;测量手术开始时、手术 1 h、手术结束时血液白细胞介素-1 β (IL-1 β)水平;统计两组患者术后并发症发生情况。结果 观察组患者术中出血量较对照组少、手术时间较对照组短,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组和对照组患者淋巴结切除数量差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组患者术后肛门排气时间、体温恢复时间、住院时间及尿管留置时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。手术开始时两组患者血液 IL-1 β 水平差异无统计学意义($P > 0.05$);手术 1 h 和手术结束时观察组患者 IL-1 β 水平低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者术后并发症发生率为 11.63%,小于对照组的 27.61%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

结论 早期子宫内膜癌患者微创手术有疗效好、恢复快、对腹壁创伤小等特点,而且术后并发症发生率较低,值得临床应用。

关键词:早期子宫内膜癌;腹腔镜手术;开腹手术;临床效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)24-3677-03

子宫内膜癌并发于子宫内膜上皮,绝大多数为腺癌,是女性生殖系统常见的癌症,多见于围绝经期和绝经后女性,其发

△ 通信作者,E-mail:xudd518@163.com.

病率是女性生殖系统各类恶性肿瘤的 20%~30%。据统计, 子宫内 膜癌近几年的发病率在全球范围内逐渐走高, 给女性健康带来很大的影响^[1]。子宫内 膜癌早期可有不规则阴道流血、流液等症 状, 大部分子宫内 膜癌能够在早期被发现, 且大多数都能靠手术达到治愈的目的, 病死率较低^[2-3]。目前, 早期子宫内 膜癌的临床治疗以手术为主, 开腹手术作为传统手术方法, 旨在根据影响预后的相关因素确定手术病理分期, 最终将癌变子宫及转移的潜在病灶一并切除, 这种手术方式容易在术后产生创伤, 且恢复期长, 存在一定的局限性^[4]。随着微创操作技术的提高和妇科内 镜设备的不断改进, 腹腔镜逐渐被应用于子宫内 膜癌的早期治疗中。将腹腔镜应用于子宫内 膜癌的手术治疗是安全可行的, 多用于该病的早期患者。近年来, 腹腔镜手术方式凭借其恢复快、创伤小等优势, 已在临床广泛应用。为探讨早期子宫内 膜癌的微创手术治疗效果, 本研究选取 86 例患者分别行腹腔镜手术和开腹手术进行比较, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在 2013 年 5 月至 2016 年 11 月南通市第四人民医院和南通大学附属医院进行治疗的早期子宫内 膜癌患者中选取 86 例作为研究对象, 患者平均年龄(56.3±2.6)岁。观察组患者 43 例, 平均年龄(57.4±1.8)岁, 按照国际妇产科联盟对子宫内 膜癌手术的病理分期标准分期: I a 期 11 例, I b 期 7 例, I c 期 4 例, G1 期 9 例, G2 期 10 例, G3 期 2 例。对照组患者 43 例, 平均年龄(55.9±4.2)岁, I a 期 10 例, I b 期 8 例, I c 期 4 例, G1 期 10 例, G2 期 9 例, G3 期 2 例。两组患者基线资料比较差异均无统计学意义($P < 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)无任何手术禁忌证者;(2)患者及其家属签署知情同意书;(3)确诊为子宫内 膜癌的患者。

1.2.2 排除标准 (1)合并心功能不全者;(2)合并肝肾功能障碍者;(3)孕产妇及哺乳期妇女;(4)伴随有其他可能影响本研究结果的疾病。

1.3 方法

1.3.1 腹腔镜手术 观察组患者均行腹腔镜手术, 术前对阴道进行冲洗及肠道准备 1~3 d, 术前禁食并灌肠, 清洁脐部; 手术患者取膀胱截石位后给予全身麻醉, 并留置导尿管。在脐孔上缘切口 10 mm, 用常规方法建立 CO₂ 气腹, 插入腹腔镜进行探查。维持腹压 15 mm Hg, 置入镜头, 在耻骨联合上方进行穿刺, 植入第 1 枚 Trocar, 然后在下腹的左右两侧分别进行穿刺, 植入第 2、3 枚 Trocar, 常规探查腹腔, 用细胞学检查方法检查腹水。术中切除术前影像学显示增大及可疑的淋巴结。对于肿瘤直径小于 2 cm、肿瘤侵犯肌层小于 1/2、中分化或高分化患者, 可以考虑行筋膜外全子宫切除+双附件切除术而不做淋巴结切除术。有透明细胞腺癌或肉瘤、高级别病变、深肌层浸润及浆液性腺癌等, 还需进行腹主动脉旁及盆腔淋巴结切除。在肿瘤侵及宫颈的情况下, 则需实施子宫根治性切除术。对腹主动脉旁淋巴结进行彻底清扫, 保持肾血流水平, 盆腔淋巴结则需对双侧腹股沟、闭孔、髂内、髂外及髂总等处淋巴结进行大规模清扫。

1.3.2 开腹手术 对照组患者实施开腹手术, 患者术前均取膀胱截石位, 进行全身麻醉, 留置导尿管。在指定位置切开腹部, 依次检查盆、腹腔, 抽取腹腔液或腹腔冲洗液, 先小心切断

骨盆漏斗韧带, 然后对卵巢静脉进行结扎, 而后再对双侧圆韧带进行切断, 小心切除骶韧带、子宫主韧带及子宫动静脉, 然后完全切除子宫颈, 缝合阴道残端。行盆腔淋巴结切除术: 将盆腔侧腹膜打开后, 清扫闭孔、髂内、髂外、髂总及腹股沟深淋巴结。确认各处无异常出血后, 对腹腔进行冲洗, 最后缝合腹壁切口。

1.4 评价指标 记录两组患者住院时间、手术时间、术中出血量及淋巴结切除的数量; 统计并比较两组患者尿管留置时间、患者体温恢复时间及术后肛门排气时间; 比较两组患者手术开始时、手术 1 h 及手术结束时血液白细胞介素-1 β (IL-1 β)水平; 统计两组患者术后并发症发生情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对研究数据进行统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 比较采用 t 检验。计数资料以百分率表示, 比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术中情况比较 见表 1。通过对两组患者手术时间、术中出血量、淋巴结切除数量进行比较发现, 观察组患者手术时间较对照组缩短、术中出血量较对照组少, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者淋巴结切除数量差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 两组患者术中情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	淋巴结切除数量 (<i>n</i>)
观察组	43	131.6±21.7	315.1±26.3	18.6±2.5
对照组	43	159.3±19.6	410.2±12.9	17.1±3.2
<i>t</i>		3.925	4.012	1.920
<i>P</i>		0.000	0.000	0.060

2.2 两组患者术后恢复情况比较 见表 2。观察组患者术后肛门排气时间、尿管留置时间、体温恢复时间及住院时间均短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 两组患者术后恢复情况比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	<i>n</i>	肛门排气 时间	尿管留置 时间	体温恢复 时间	住院时间
观察组	43	2.36±0.32	2.23±0.21	4.17±2.5	11.9±2.3
对照组	43	3.72±0.76	3.13±0.36	5.63±2.9	15.2±1.6
<i>t</i>		3.856	3.921	2.414	2.657
<i>P</i>		0.000	0.000	0.018	0.006

表 3 两组患者不同时间段血液 IL-1 β 水平比较($\bar{x} \pm s, ng/mL$)

组别	<i>n</i>	手术开始	手术 1 h	手术结束
观察组	43	0.21±0.03	0.26±0.05	0.38±0.12
对照组	43	0.21±0.04	0.36±0.05	0.59±0.21
<i>t</i>		0.000	4.051	3.895
<i>P</i>		1.000	0.000	0.000

2.3 两组患者不同时间段血液 IL-1 β 水平比较 见表 3。手

术开始时两组患者 IL-1 β 水平基本一致,差异无统计学意义 ($P>0.05$);观察组患者在手术 1 h、手术结束时 IL-1 β 水平均低于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.4 两组患者术后并发症情况比较 见表 4。观察组患者术后并发症发生率小于对照组,差异有统计学意义 ($\chi^2=4.352, P<0.05$)。

表 4 两组患者术后并发症情况比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	下肢静脉血栓	切口愈合不良	淋巴囊肿	肠梗阻	尿潴留	合计
观察组	43	0(0.00)	3(6.98)	0(0.00)	1(2.33)	1(2.33)	5(11.64)
对照组	43	1(2.33)	4(9.30)	2(4.65)	2(4.65)	3(6.98)	12(27.91)

3 讨论

子宫内腺癌的发病率呈逐年走高趋势,是女性生殖系统主要的恶性肿瘤之一,该病早期无明显临床症状,晚期由于肿瘤在盆腔内侵犯和压迫神经会引起明显腹痛,出现阴道淡红色分泌物增多、不规则流血等症状,在继发感染时患者阴道会有脓性伴有腥臭味的分泌物流出^[5]。有关专家研究表明,子宫内腺癌的传统治疗方式以开腹手术和阴式手术为主,具有操作简单的优点,缺点是手术创伤大,术后恢复时间长^[6-7]。随着微创操作技术的日益普及,有研究发现,将腹腔镜手术应用于子宫内腺癌的治疗中,具有操作简便、精确,手术过程中创伤小、出血少、术后并发症相对较少等优点,腹腔镜手术正在临床逐步普及。近年来国内外学者也对此做了大量研究,对开腹手术与腹腔镜手术治疗早期子宫内腺癌的疗效进行 Meta 分析发现,采用腹腔镜手术相对于传统开腹手术而言具有很多优点,如住院时间短、术后并发症少、术中出血量少等。有学者对于子宫内腺癌腹腔镜手术的指征做了大量研究,结果表明,腹腔镜手术适合发病早期的患者,而不适合症状较严重的中晚期患者。为了进一步探讨早期子宫内腺癌患者的微创手术效果,本研究特进行腹腔镜手术治疗早期子宫内腺癌的临床疗效研究。

本研究结果表明,观察组患者手术时间较对照组缩短,术中出血量均较对照组少,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。手术者利用腹腔镜能够获得更加良好的术野,更容易看清藏于各个组织内的神经走向、淋巴结和血管,CO₂ 气腹的膨胀作用,可以更方便、安全地分离组织间隙,因此,腹腔镜手术治疗操作效率更高,操作时间缩短。由于组织在腹腔镜下可被放大 5 倍左右,可将患者内部血管组织清晰地暴露在视野下,同时气腹的形成增大了腹腔的压力,可减少小血管出血的概率,在进行手术时,可将患者血管的损伤程度降到最低,从而使手术过程中出血量减少^[8]。本研究观察组和对照组淋巴结切除数量比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),由此表明腹腔镜手术具有和开腹手术一样好的手术效果。比较观察组和对照组患者术后恢复情况结果显示,观察组患者各项检测指标均优于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。行开腹手术的患者留置导尿管时间长的主要原因是开腹切口较大,对患者造成创伤大,术后恢复慢,术后下床延迟,从而使导尿管拔除时间延迟。从患者肛门排气时间、体温恢复时间及住院时间来看,观察组患者较对照组患者术后恢复明显较快。

有报道指出,IL-1 β 、肿瘤坏死因子等炎症因子会影响肿瘤细胞的存活、侵袭和运动情况,术中生成的炎症因子也会对患者的预后造成影响^[9]。本研究结果显示,术前两组患者血液 IL-1 β 水平相同,而观察组手术 1 h、手术结束时血液 IL-1 β 水

平均低于对照组,表明行腹腔镜手术的患者不会对机体炎性反应系统造成太大损害,从而加快了患者术后恢复。评估手术方式是否安全的主要指标之一是术后并发症的发生率^[10]。对两组患者术后并发症情况进行比较,观察组患者术后并发症发生率为 11.63%,明显低于对照组的 27.61%,表明腹腔镜手术治疗早期子宫内腺癌比传统开腹手术治疗更加安全有效。

综上所述,腹腔镜手术治疗早期子宫内腺癌具有疗效好、恢复快、对腹壁创伤小等特点,而且术后并发症发生率较低,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 李凤艳. 早期子宫内腺癌微创术的疗效分析[J]. 中国医药指南, 2014, 12(33): 172.
- [2] 胡婷, 王宇翻, 任彦洁, 等. 腹腔镜与开腹手术治疗早期子宫内腺癌的临床对比分析[J]. 实用医院临床杂志, 2014, 40(3): 80-82.
- [3] 陆欣怡. 早期子宫内腺癌的外科治疗[J]. 国际妇产科学杂志, 2015, 42(6): 612-615.
- [4] 段华, 孙毓箐. 宫腔镜在早期子宫内腺癌诊断中的应用[J]. 中国医师杂志, 2015, 17(8): 1135-1139.
- [5] 中华医学会妇产科学分会妇科内镜学组. 妇科腹腔镜诊治规范[J]. 中华妇产科杂志, 2012, 47(9): 716-718.
- [6] Wang J, Liu X, Zhang X, et al. Induction of apoptosis by c9, t11-CLA in human endometrial cancer RL 95-2 cells via ER α -mediated pathway[J]. Chem Phys Lipids, 2013, 4(14): 27-32.
- [7] 王海波, 高丽彩, 李秀娟, 等. 腹腔镜与开腹手术治疗肥胖妇女早期子宫内腺癌的对比研究[J]. 中国微创外科杂志, 2015, 21(6): 515-517.
- [8] 孙毓箐, 段华. 子宫内腺癌保留生育功能治疗的现状与存在的问题[J]. 中国微创外科杂志, 2015, 21(1): 73-76.
- [9] 岳晓静, 牛子儒, 刘忠宇, 等. 腹腔镜早期子宫内腺癌手术临床疗效分析[J]. 现代生物医学进展, 2013, 13(13): 2489-2492.
- [10] Wang G, Ma M, Zhang Z, et al. A novel DPSO-SVM system for variable interval selection of endometrial tissue sections by near infrared spectroscopy[J]. Talanta, 2013, 112(15): 136-142.