

素。本研究结果与文献[10]报道结果相似,由此提示致病因素的持续或反复出现更容易导致血管发生变态反应性炎性反应,使肾小球及肾间质发生一系列炎性反应而最终导致肾脏损伤发生。本研究结果显示,两组患儿消化道出血及腹痛症状构成差异均有统计学意义($P<0.05$),且多因素 Logistic 回归分析显示,二者均为 HSPN 的独立危险因素。

在实验室检查结果中,两组患儿 IgA、清蛋白、PLT、ASO、胆固醇、三酰甘油差异有统计学意义($P<0.05$),在多因素 Logistic 回归分析中,清蛋白和 IgA 进入回归模型,为 HSPN 的独立危险因素。在机体肾脏发生损伤时,肾小球通透性有所增加,导致出现蛋白尿,这与肾小球滤过膜的电荷屏障受损有关^[11]。近年来,大量研究结果显示,IgA 在 HSP 的发病中起到至关重要的作用,IgA 包括 IgA1 及 IgA2,但是只有 IgA1 参与了发病^[12-14]。

综上所述,皮疹反复、清蛋白、消化道出血、三酰甘油及腹痛是 HSPN 的独立危险因素,提示当患儿出现以上表现时,应及时采取积极的治疗及预防措施,防止肾损伤的出现及进一步发展。

参考文献

[1] Li YY, Li CR, Wang GB, et al. Investigation of the change in CD4⁺ T cell subset in children with Henoch-Schönlein purpura[J]. Rheumatol Int, 2012, 32(12): 3785-3792.

[2] Mohey H, Laurent B, Mariat C, et al. Validation of the absolute renal risk of dialysis/death in adults with IgA nephropathy secondary to Henoch-Schönlein purpura: a monocentric cohort study[J]. BMC Nephrol, 2013, 14(1): 169-171.

[3] 杨进孙,汪长生,杨善兵,等. 乙型肝炎肝硬化并发肝肾综合征危险因素 Logistic 回归分析[J]. 中国病原生物学杂志, 2012, 7(2): 115-117.

[4] 郭宏湘,张建江,史佩佩,等. 儿童紫癜性肾炎和 IgA 肾病临床病理对比分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2012, 14(7): 506-509.

[5] 厉红,杨松,岳爱红,等. 血栓调节蛋白在过敏性紫癜合并紫癜肾炎患儿中的表达及其意义[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(12): 1810-1811.

[6] 曾嵘,石明芳,张罡. 过敏性紫癜患儿血清 sE-选择素和 sP-选择素水平的变化及其意义[J]. 海南医学院学报, 2014, 20(2): 241-243.

[7] 陶红,吴祥,肖红,等. 异常糖基化 IgA1 在过敏性紫癜患儿肾损害中的作用[J]. 海南医学院学报, 2014, 20(1): 114-115.

[8] Du Y, Hou L, Zhao C, et al. Treatment of children with Henoch-Schönlein purpura nephritis with mycophenolate mofetil[J]. Pediatr Nephrol, 2012, 27(5): 765-771.

[9] 熊子波,罗琼,熊祖应,等. 成人紫癜性肾炎的临床病例分析与转归[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2010, 11(12): 1077-1080.

[10] Deng F, Lu L, Zhang Q, et al. Improved outcome of Henoch-Schönlein purpura nephritis by early intensive treatment[J]. Indian J Pediatr, 2012, 79(2): 207-212.

[11] Zhou B, Yin S. Association of matrix metalloproteinase-9 level with the risk of renal involvement for Henoch-Schönlein purpura in children[J]. Ren Fail, 2013, 35(3): 425-429.

[12] Jauhola O, Ronkainen J, Koskimies O, et al. Outcome of Henoch-Schönlein purpura 8 years after treatment with a placebo or prednisone at disease onset[J]. Pediatr Nephrol, 2012, 27(6): 933-939.

[13] Calvo-Rio V, Loricera J, Martin L, et al. Henoch-Schönlein purpura nephritis and IgA nephropathy: a comparative clinical study[J]. Clin Exp Rheumatol, 2013, 31(Suppl 75): S45-51.

[14] Mao YN, Liu W, Li G, et al. Urinary angiotensinogen levels in relation to renal involvement of Henoch-Schönlein purpura in children[J]. Nephrology (Carlton), 2012, 17(1): 53-57.

(收稿日期:2017-03-19 修回日期:2017-05-27)

• 临床探讨 •

开腹手术与腹腔镜手术治疗早期卵巢癌临床效果对比研究

金娜,于岩岩,山广慧[△]

(山东省青岛市市立医院东院区重症医学科 266071)

摘要:目的 对比开腹手术与腹腔镜手术治疗早期卵巢癌的临床效果。方法 以该院 2011 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 50 例早期卵巢癌患者作为研究对象,其中行开腹手术(开腹组)和腹腔镜手术(腹腔镜组)患者各 25 例,比较两组术后胃肠功能恢复、下地活动时间、术中出血量、并发症发生率和住院时间。结果 开腹组与腹腔镜组手术时间比较,差异无统计学意义($t=-0.877, P=0.385$)。开腹组与腹腔镜组术后胃肠功能恢复、下地活动时间、术中出血量和住院时间比较,差异均有统计学意义($t=-6.487, -4.042, -8.606, -2.165, P<0.05$)。开腹组与腹腔镜组术后并发症发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.020, P=0.312$)。结论 腹腔镜手术在治疗早期卵巢癌中疗效显著,具有明显的优势,是一项安全的新技术,同时为腹腔镜治疗卵巢癌的护理提供了理论依据。

关键词:开腹; 腹腔镜; 卵巢癌; 临床效果
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.057 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)16-2475-03

卵巢癌是一种常见的女性生殖器恶性肿瘤^[1]。在卵巢癌的诊断和治疗中,是否采用腹腔镜手术一直是个具有争议性的话题。既往早期的卵巢癌手术主要以开腹手术为主,这是因为担心腹腔镜手术造成肿瘤穿刺口转移、肿瘤播散和破裂。有研

[△] 通信作者, E-mail: 937965101@qq.com。

究对腹腔镜手术治疗卵巢癌的安全性和可行性进行了探讨^[2]。本研究以本院 2011 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 50 例早期卵巢癌患者作为研究对象,其中 25 例患者行腹腔镜手术治疗,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以本院 2011 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 50 例早期卵巢癌患者作为研究对象,均为Ⅰ期或Ⅱ卵巢癌患者,其中行开腹手术(开腹组)和腹腔镜手术(腹腔镜组)患者各 25 例。开腹组患者年龄 25~65 岁,均无生育要求。腹腔镜组患者年龄 24~66 岁,2 例患者有生育要求,对其保留生育功能。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具

有可比性,见表 1。

1.2 方法 腹腔镜组患者行腹腔镜下全面分期手术,手术顺序如下:(1)使用生理盐水对患者盆腔进行冲洗;(2)对腹腔冲洗液进行检测;(3)对具有极大可能是卵巢恶性肿瘤的患者,术中对肿物进行完整切除;(4)将肿物用取物袋取出;(5)对全部腹膜表面进行视视;(6)选择性切除粘连处或怀疑有肿瘤转移灶的腹膜表面,或者进行病理学检查;(7)如不存在可疑区域,需随机对膈下腹膜面、结肠旁沟和盆腔进行腹膜病理学检查;(8)术中应切除双侧输卵管、子宫和双侧卵巢,并保证肿瘤包膜的完整性,再行盆腔淋巴结切除术、腹主动脉旁淋巴结切除和大网膜切除术。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	体质量指数 ($\bar{x}\pm s$,kg/m ²)	病理学分期[n(%)]			
				Ⅰ A	Ⅰ B	Ⅰ C	Ⅱ A
腹腔镜组	25	39.3±16.0	24.7±5.8	8(32.0)	2(8.0)	10(40.0)	5(20.0)
开腹组	25	41.5±8.7	26.9±8.1	10(40.0)	3(12.0)	8(32.0)	4(16.0)
χ^2/t		-0.604	-1.104			0.756	
P		0.549	0.275			0.860	

1.3 术中配合与护理

1.3.1 术中配合 器械护士在术前应熟练掌握手术步骤和方法,术中根据实际情况积极配合医生,准确快速地传递器械。早期卵巢癌患者行腹腔镜分期手术的难点在于避免出现腹腔内穿刺口种植转移和肿瘤播散,解决该难点的有效方法是,采用较好的能量器械阻断肿瘤的血流并进行凝切,将肿瘤进行完整切除,严格防止肿瘤破裂情况的出现。手术结束后,应使用大量蒸馏水对穿刺孔和腹腔进行清洗。为防止气体漏出,穿刺套管应采用防滑脱的螺纹套管。使用专用的带开口塑料圈取出标本并进行切口保护。缝合腹膜,降低种植转移的概率。

1.3.2 护理措施 (1)术前常规护理。对各项常规检查进行完善,术前清洁患者脐孔,采用新洁尔灭溶液(0.1%)进行消毒,并按照手术区域对患者进行备皮。保持患者外阴部清洁,于术前 3 d 使用碘伏溶液(0.5%)冲洗阴道,1 次/天,保持阴道清洁,避免感染。术前留置导尿管将膀胱中的尿液排尽,防止手术过程中损伤膀胱。(2)心理护理。卵巢癌患者通常都存在不同程度的抑郁、焦虑和紧张等情绪,恶性肿瘤患者不良情绪更严重。患者在进行各项检查时护士应陪同。术前,护士用通俗易懂的语言向患者演示或讲述术后康复训练和正确卧床的方法。为了减轻患者的恐惧和紧张情绪,护士护理时动作应轻柔。护士不仅要弥补患者对肿瘤知识的不足和减轻其无助感,为患者和患者家属提供癌症的防治知识,还要向患者和患者家属介绍腹腔镜的方法、治疗效果、成功案例和麻醉方式等,鼓励患者积极面对生活和配合医生治疗,消除其抑郁紧张情绪。(3)肠道准备。肠道准备是腹腔镜手术治疗早期卵巢癌的一项重要内容。护士在为患者进行肠道准备时,要让患者对手术与肠道准备质量之间的关系有一个清晰的了解,向患者讲解术前肠道准备的方法和目的,以获得患者的配合。术前准备期间,患者应按照医生的吩咐给予静脉营养支持。于术前 3 d,每晚口服 6 袋聚乙醇电解质散剂或 3 片果导片,食用无渣流质饮食,并口服 0.4 mg 甲硝唑,3 次/天,并口服 80 000 U 庆大霉

素,2 次/天。于术前 8 h 禁止饮水,手术当天早晨进行清洁灌肠。术前 2 h 留置胃管并将其与胃肠减压器进行连接。持续胃肠减压对术中大网膜和肠管的操作具有很大作用,方便操作进行。(4)做好病情观察。护士要增加巡视病房的频率,发现心率增快、血压下降或升高等情况,要及时通知医生,并协助医生进行积极处理。卵巢癌患者的手术范围比较广泛,护士应对患者的病情变化进行密切观察。(5)预防并发症。正确指导患者进行有效咳嗽,采用翻身叩背的方式协助患者排痰,进行雾化吸入,3 次/天,防止肺部感染,必要时静脉滴注化痰剂。对患者进行皮肤护理,保持患者皮肤干净,防止压疮发生,增加患者翻身的次数。对患者的会阴进行护理,3 次/天。对患者腹腔引流液的量、性质和颜色进行详细观察并做好记录,对引流管做好护理,防止受压、脱管和扭曲等。于术后 2 d 给予患者皮下注射 5 000 U 低分子肝素钠,1 次/天,防止下肢静脉血栓发生。术后持续胃肠减压,待患者自行排气后拔除患者胃管。术后要尽早让患者采取半卧位,密切观察患者肠道恢复情况,叮嘱患者在麻醉清醒后开始进行适当的床上活动,防止肠梗阻和肠粘连,以促进肠道功能恢复。帮助患者循序渐进地恢复锻炼,防止肠粘连和便秘,并为患者制订详细的饮食计划。待患者回病房后,护士要叮嘱患者家属为患者提供温水泡脚和持续按摩患者双下肢,3 次/天。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 对数据进行统计学处理。计数资料以百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

开腹组与腹腔镜组手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。开腹组与腹腔镜组术后胃肠功能恢复、下地活动时间、术中出血量和住院时间相比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。开腹组与腹腔镜组术后并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者术中和术后情况比较

组别	<i>n</i>	手术时间 ($\bar{x}\pm s$,分)	术中出血量 ($\bar{x}\pm s$,mL)	术后胃肠功能恢复 时间($\bar{x}\pm s$,min)	下地活动时间 ($\bar{x}\pm s$,min)	并发症 [<i>n</i> (%)]	住院时间 ($\bar{x}\pm s$,d)
腹腔镜组	25	231.6±18.0	50.9±33.3	14.7±3.3	16.5±4.8	0(0.0)	7.5±4.1
开腹组	25	242.1±57.1	224.5±95.2	22.8±5.3	21.5±3.9	1(4.0)	10.2±4.7
χ^2/t		-0.877	-8.606	-6.487	-4.042	1.020	-2.165
<i>P</i>		0.385	0.001	0.001	0.001	0.312	0.035

3 讨 论

腹腔镜手术具有较高的技术要求,手术范围较大,而且腹腔镜操作可能会导致穿刺孔转移和肿瘤细胞在腹腔内种植播散等问题^[3-4]。因此,国内外针对卵巢恶性肿瘤诊治中腹腔镜手术的应用一直存在争议,这在一定程度上限制了腹腔镜手术在治疗早期卵巢癌中的应用。随着近年来腹腔镜技术的进步和腹腔镜器械的更新,腹腔镜手术在早期卵巢癌中的应用效果被重新进行评估^[5-6]。

根据本研究结果可知,25 例患者行腹腔镜下早期卵巢癌手术治疗,手术全部顺利完成,无大出血、感染等并发症发生,无中转开腹,患者平均住院时间为(7.5±4.1)d。术后对患者进行随访发现患者恢复情况良好。超声刀和工作站应用于腹腔镜手术中,具有优越的切割作用和止血功能,同时还能更彻底地对淋巴结进行清扫,使手术过程更顺利,切除效果更好^[7-8]。腹腔镜手术具有很大的优势,如镜头具有放大作用,手术视野好,对腹腔的干扰小,能发现微小病灶和减少腹腔粘连等^[9]。高红静等^[10]的研究结果与本研究结果一致。术前 2 h 留置胃管和术前 3 d 严格的肠道准备对预防术中肠胀气具有良好的效果,从而使手术视野得到充分暴露,大网膜切除和淋巴清扫更顺利,能有效缩短手术时间^[11-12]。因此,本研究认为,在治疗早期卵巢癌时,采用腹腔镜手术具有出血少、切口小和术后恢复快等优势。本研究结果显示,手术后的专业护理和手术中的配合,能有效保证腹腔镜手术顺利完成^[13]。术中配备工作站和超声刀能降低术后淋巴囊肿的发生和减少术中出血量。腹腔镜手术过程中要强调无瘤操作原则,加强配合,即在将肿瘤装袋取出之前要先阻断肿瘤的血流运行,这样能有效防止人为腹腔播散和切口部位转移^[14]。此外,腹腔镜的术后管理和术中配合具有特殊性和技巧性,医护人员要准确区分开腹手术和腹腔镜手术的特殊性,只有这样才能使腹腔镜的治疗效果达到最佳^[15]。手术后防止下肢静脉血栓、肠梗阻和肠粘连是术后恢复的关键内容,术后应指导患者及早下地活动和尽早进行床上活动。

综上所述,加强围术期护理和医护人员的熟练操作及促进手术团队的协调合作是手术顺利完成的保障。腹腔镜手术在治疗早期卵巢癌中疗效显著,具有明显的优势,是一项安全的新技术,同时为腹腔镜治疗卵巢癌的护理提供了理论依据。

参考文献

[1] 韦勇英.腹腔镜手术治疗早期卵巢癌的临床分析[J].中国医学创新,2013,22(8):35-36.
[2] 黄玲,刘明娟,宋芳.腹腔镜手术和开腹手术治疗早期卵巢癌的临床对比研究[J].中国实用医药,2012,7(14):136-137.

[3] Zhang ZM,Liu Y,Jia LI,et al. The feasibility of comprehensive staging surgery via laparoscopic operation in patients with ovarian cancer and its clinical significance[J]. Tumor,2014,34(21):55-59.
[4] Lu Y,Yao S,Xu H. Systematic review of laparoscopic comprehensive staging surgery in early stage ovarian cancer: a meta-analysis [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2015,54(1):29-38.
[5] 李宏.腹腔镜与开腹手术治疗早期卵巢癌的对比分析[J].吉林医学,2012,33(13):2735-2737.
[6] 赵倩,边爱平,刘荣欣.腹腔镜与开腹治疗早期卵巢癌的对比分析[J].医药论坛杂志,2014,78(31):36-38.
[7] Meng LI,Xiong GW,Zhang LF. Laparoscopic Comprehensive surgical staging of apparent early-stage ovarian malignant tumor:a nine-case report[J]. J Cancer Control Treat,2013,90(10):112-113.
[8] Qin J,Song G,Wang J,et al. Primarily outcome of laparoscopic hysterectomy for early-stage malignant gynecological cancer of unselected cases in five years[J]. Inter J Clin Med,2014,12(10):12-13.
[9] 刘永珠,胡庆兰,陈日利,等.腹腔镜与开腹手术治疗早期卵巢癌的比较[J].中国微创外科杂志,2014,12(7):597-599.
[10] 高红静,程文俊.腹腔镜下治疗早期卵巢癌的临床效果分析[J].中国医药导报,2013,10(25):34-35.
[11] Brocklank C,Harry V,Kolomainen D,et al. Laparoscopic staging for apparent early stage ovarian or fallopian tube cancer. First case series from a UK cancer centre and systematic literature review[J]. Eur J Surg Oncol,2013,39(8):912-917.
[12] Nail R,Ledermann J,Cross A. A call for prospective studies in early-stage ovarian cancer[J]. BJOG,2010,117(12):1441-1443.
[13] Farzadi L,Nouri M,Ghojazadeh M,et al. Evaluation of ovarian reserve after laparoscopic surgery in patients with polycystic ovary syndrome[J]. Bioimpacts,2012,2(3):167-170.
[14] 江宁.腹腔镜手术在早期卵巢癌治疗中的应用体会[J].现代诊断与治疗,2014,25(12):2808-2809.
[15] 王敏.腹腔镜手术在早期卵巢癌治疗中的应用分析[J].国际医药卫生导报,2013,19(24):3739-3741.