显露问题，还应全面评价腰椎的生物力学性能，根据具体情况选择术式，在减压的基础上尽量减少结构损伤，保持其脊柱节段的稳定性。

参考文献：

[1] Jackson R P, Glah J J. Foraminal and extraforaminal lumbar disc herniation: diagnosis and treatment[J]. Spine, 1987, 12(6): 577-585.
[2] Kornberg M. Extreme lateral lumbar disc herniations. Clinical syndrome and computed tomography recognition[J]. Spine, 1987, 12(6): 586-589.
[3] Gioia G, Mandelli B, Capaccioni B, *et al*. Surgical treatment of far lateral lumbar disc herniation. Identification of compressed root and discectomy by lateral approach[J]. Spine, 1999, 24(18): 1952-1957.
[4] 余 斌，靳安民，邵 强，等. 单侧多节段后部结构切除对腰椎旋转稳定性影响的生物力学研究[J]. 中国临床解剖学杂志，1997, 15(3): 227-228.
[5] Adams M A, Hutton W C, Stott J R. The resistance to flexion of lumbar intervertebral joint[J]. Spine, 1980, 5(3): 245-253.
[6] El Bohy A A, Yang K H, King A I. Experimental verification of facet load transmission by direct measurement of facet lamina contact pressure[J]. J Biomech, 1989, 22(8-9): 931-941.
[7] Adams M A, Hutton W C. The mechanical function of the lumbar Apophyseal joints[J]. Spine, 1983, 8(3): 327-330.
[8] Ng H W, Teo E C, Lee K K, *et al*. Finite element analysis of cervical spinal instability under physiologic loading[J]. J Spinal Disord Tech, 2003, 16(1): 55-65.
[9] 董 凡，戴尅戎，侯筱魁. 小关节在腰椎结构刚度中的作用[J]. 中华外科杂志，1993, 31(7): 417-420.
[10] Shirazi Adl A. Finite-element evaluation of contact loads on facets of an L2-L3 lumbar segment in complex loads[J]. Spine, 1991, 16(5): 533-541.
[11] Haher T R, O'Brien, Dryer J W, *et al*. The role of the lumbar facet joints in spinal stability. Identification of alternative paths of loading[J]. Spine, 1994, 19(23): 2667-2671.

（编辑 张大春）

文章编号：1000-5404(2005)18-1873-01

个案与短篇

201例老年妇科恶性肿瘤患者围手术期并发症的临床分析

Perioperative management in 201 senile patients with gynecologic malignancies

芦玉兰，江大琼，刘少扬 （武汉大学中南医院妇瘤科，武汉 430071）

充分了解老年妇科恶性肿瘤患者的临床特点，预防和正确处理围手术期并发症，对手术安全性问题具有重要意义。现将我科手术治疗的201例老年妇科恶性肿瘤患者的临床特点分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

1992年1月至2002年1月，我科收治手术治疗60～85岁老年妇科恶性肿瘤患者201例。宫颈癌Ⅰ期、ⅡA期者行广泛性或次广泛性子宫切除术加盆腔淋巴切除术86例；55例子宫内膜癌多行次广泛子宫切除和盆腔淋巴切除术；66例卵巢癌60例接受了最大限度缩瘤术。

1.2 术前内科并存病

201例老年患者中有并存病者110例(54.7%)，主要并存病有高血压41例(37.3%)，冠心病及心电图异常25例(22.7%)，糖尿病8例(7.3%)，入院后检查发现血糖高9例(8.2%)，慢性呼吸系统疾病18例(16.4%)，贫血9例(8.2%)。

1.3 术前并存疾病的处理

高血压患者术前均给予降压药物治疗，主要在术前3 d选用钙通道阻滞剂心痛定口服，使血压控制在140～150/90～100 mmHg以下。对有冠心病史者，了解有无症状，心功能状况，继续服用扩张冠状动脉等相应药物，无既往史，查心电图异常，进一步24 h连续心电图检查，请心内科医师会诊，评价其功能并给予治疗；对糖尿病者给以普通胰岛素治疗，使餐后2 h血糖控制在10 mmol/L以内，再行手术；合并呼吸疾患者，控制肺部感染和哮喘发作；卵巢癌腹水者加强营养支持治疗，纠正低蛋白血症及电解质紊乱等。

1.4 麻醉方式及术中监测

妇科癌根治术主要在盆腔内进行，硬膜外麻醉具有肌松好、镇痛好和经济的优点，故主要采用硬膜外麻醉。有明显心血管疾病和手术范围大者，采用全身麻醉是最安全有效的麻醉方式。术中密切监测心电图，血压及血氧饱和度，伴有严重并存病或估计手术难度大者行锁骨下静脉穿刺置管输液，测定中心静脉压，了解术中血容量需求，纠正低血压，稳定生命体征。全部患者均完成了手术。

1.5 术后并发症及处理

与术前并存病有关的并发症：术后发生高血压29例，低血压17例，心力衰竭2例，肺部感染4例等。我们给予心痛定口含片对术后高血压降压效果满意，术后发生低血压者，寻找原因予以输液、输血，发生心衰2例患者给以西地兰强心等治疗后恢复。糖尿病者继续监测血糖和胰岛素治疗。对手术范围广、机体创伤重，术中发生大出血和明显心血管疾病者，术后入住ICU者共11例，给手术安全性提供了最有效的保障。上述

（下转1876页）

作者简介：芦玉兰(1960-)，女，湖北省武汉市人，副主任医师，副教授，主要从事妇科肿瘤方面的研究。电话：(027)67812648

收稿日期：2004-11-28；修回日期：2005-05-23

括17岁以下6例,65岁以上2例。除处理血量达15 000 ml以上用A-35收集夹3次外,其余用SVCC配合1~2次腾空方法,没有1例出现低血容量反应。1例3岁,体质量仅14 kg幼儿,经采用小儿分离夹和小体积收集夹,使体外总血量降为240 ml,用照射异体全血初始化,调低全血流速,全血与ACD的比例降为(11~13):1等措施,亦未出现低血容量反应,3次采集过程顺利,获得足够的PBSC。

发热反应:采集干细胞所用的管路、ACD液、盐水等,若有热原或细菌污染,可能发生发热反应甚至中毒性休克,虽然发生几率很小,但对开放式管路,应在超净工作台内连接抗凝剂和生理盐水袋,注意无菌技术操作。本组发生寒战发热反应(39~41 ℃)1次,不过此例患者术前已有发热(腋下39 ℃),只是采集过程刺激体温升高,排除管路及药液被污染的可能,经静脉滴注地塞米松15 mg后,症状好转,坚持到采集结束。

(西南医院输血科张 红、陈寒梅、陈 敏等参加部分病例采集工作,致谢!)

参考文献:

[1] 达万明. 绪论[A]. 见:达万明,裴雪涛 主编. 外周血干细胞移植[M]. 北京:人民卫生出版社,2000. 1-15.
[2] 宫立众,夏顺中. 外周血干细胞移植研究进展[J]. 重庆医学,2002,31(5):430-432.
[3] McLeod B C, Sniecinski I, Ciavarella D, *et al*. Frequency of immediate adverse effects associated with therapeutic apheresis[J]. Transfusion, 1999, 39(3): 282-288.
[4] 刘 林,陈幸华,张 曦,等. 自体外周血干细胞移植治疗急性淋巴细胞白血病的临床观察[J]. 重庆医学,2003,32(10):1286-1287.

(编辑 陈聪连)

(上接1873页)

多数患者是术前伴有其它器官并存病者。与手术有关的并发症有切口感染6例,切口脂肪液化11例,泌尿系感染15例,切口全层裂开1例,大部分裂开2例。切口全层裂开经再减张缝合延迟拆线愈合,切口感染和脂肪液化经局部换药愈合,较大创面换药后二期缝合可加快愈合,轻度脂肪液化经抽液保守治疗切口愈合。膀胱感染多见于宫颈癌术后,主要加强抗炎,膀胱冲洗等治疗[1]。经过积极预防和有效处理,201例老年患者均安全渡过围手术期。

2 讨论

2.1 老年妇科恶性肿瘤的临床特点

宫颈癌、卵巢癌及子宫内膜癌是妇科主要3大恶性肿瘤[2],均好发于老年妇女。早期患者治疗以手术为主,属根治性大型手术类,而老年人生理器官衰退,对手术的耐受性差,易发生与机体其它器官疾病或与手术有关的并发症,增加了手术风险性。本组201例60岁以上老年患者伴并存疾病者110例(54.7%),因此做好围手术期处理甚为重要。

2.2 关于手术适应证和手术中问题

Hightower等[3]对老年患者手术适应证分析中提到,手术对患者身体健康是否真正有利;需明确最终效果、合并症及危险性;老年患者所能承受的压力等。特别是卵巢癌手术难度大,其死亡率居妇科恶性肿瘤之首[4],评价复发性卵巢癌再手术应与其今后生活质量及生存时间有着同等重要的作用。我们认为应在手术治疗总原则下个体化处理,手术医生应做到术前未雨绸缪,术中如履薄冰,术后毫不松懈。①对伴并存病患者术前进行针对性检查和积极治疗,尽可能将血压、血糖等指标控制在能耐受手术范围内。对复发癌再手术者,依据全身状况和复发病情适时确定手术范围。合并一种以上严重并存病者需内科、麻醉科等相关科室共同会诊,提出治疗计划。②术中注意提高操作技能,缩短手术时间,在减少出血量方面可采电凝刀、超声刀等。③全身麻醉是一种安全的麻醉方式,随着ICU的发展,使更多老年患者能接受手术并顺利渡过围手术期。

2.3 主要并存病及术后并发症处理

高血压和心脏病是老年人常见疾病,本组并存高血压占37.3%,心脏病变占22.7%。高血压者术前予以降压处理,对预防术中血压剧烈波动及心脏血管意外十分重要。一般降压以140/90 mmHg左右为合适,在实际掌握上根据具体病情可略有差异,老年则宜稍高[5]。术后高血压者,给予镇痛,舌下含服心痛定,伴有冠心病高血压者,予硝酸甘油和激化液静滴或请内科会诊指导治疗。

糖尿病也是老年常见病之一,易发生代谢紊乱,影响心血管功能及切口愈合。对老年人血糖控制不能太严格,术前血糖控制水平为6.7~12.2 mmol/L[6]。术后继续予以胰岛素控制血糖并监测及时调整用量。

卵巢癌腹水者常伴营养不良,将影响切口愈合和病人免疫功能,加强营养支持治疗,纠正贫血和低蛋白血症,有利于病人的康复。

术后高年患者切口疼痛,卧床,无力咳嗽,易发生呼吸道感染,除加强抗炎治疗,术后定期拍背,鼓励咳嗽,咳痰,需要时雾化吸入,以预防肺部感染为主。

术后泌尿系感染主要是子宫颈癌行根治性子宫切除术后患者膀胱功能恢复缓慢,长期留置导尿管所致,给以抗炎、膀胱冲洗及相应药物等方法,促进膀胱功能早日恢复。

关键词:妇科肿瘤;围手术期;老年人
中图法分类号:R737.3 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 张梦真,乔玉环,史惠蓉. 宫颈癌研究进展[J]. 河南医科大学学报,2001,36(2):117-120.
[2] 曹泽毅. 中华妇产科学(下)[M]. 北京:人民卫生出版社,2002. 1418.
[3] Hightower R D, Nguyen H N, Averette H E, *et al*. National survey of ovarian carcinoma IV: Patterns of care and related survival for older patients[J]. Cancer, 1994, 73(2): 377-383.
[4] 沈 锷,郎景和. 卵巢上皮性癌诊断和治疗中应注意的问题[J]. 中华妇产科杂志,2003,38(2):65-68.
[5] 张秉均. 高血压病人外科手术时的几个问题[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(4):196-197.
[6] 蒋国彦. 老年人糖尿病[A]. 见:蒋国彦 主编. 实用糖尿病学[M]. 北京:人民卫生出版社,1992. 338.

(编辑 陈聪连)