

〔文章编号〕 1007-0893(2021)03-0126-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.061

腹腔镜手术治疗结直肠癌临床效果分析

苏耀荣 李超 何东添

(江门市中心医院, 广东 江门 529030)

〔摘要〕 **目的:** 观察腹腔镜手术在结直肠癌治疗中的临床效果。**方法:** 以2019年5月至2020年5月在江门市中心医院接受治疗的86例结直肠癌患者作为研究对象, 随机分组为对照组与观察组, 每组43例, 对照组行开腹手术治疗, 观察组行腹腔镜手术治疗, 比较两组患者的手术时间、术中出血量、淋巴结清扫数目、肛门排气时间、排便时间、下床活动时间及住院时间、术后并发症的发生状况。**结果:** 观察组患者的手术时间明显长于对照组患者, 术中出血量明显低于对照组, 肛门排气时间、排便时间、下床活动时间及住院时间明显短于对照组患者, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者的淋巴结清扫数目比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组患者的术后并发症发生率(13.95%)显著低于对照组(37.21%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 在严格掌握手术适应证的情况下, 腹腔镜手术用于结直肠癌治疗中可取得较优的临床效果, 且创伤小, 患者胃肠功能恢复较快, 且术后并发症相对较少。

〔关键词〕 结直肠癌; 腹腔镜手术; 开腹手术

〔中图分类号〕 R 735.3 〔文献标识码〕 B

结直肠癌属于恶性肿瘤, 在恶性肿瘤中的发病率仅次于肺癌。结直肠癌主要临床表现为腹部不适、腹胀、大便潜血等, 因临床表现没有典型特征, 因此确诊的患者病情常常发展到中晚期^[1]。目前治疗结直肠癌的开腹手术创伤大, 腹腔镜手术近年来在治疗结直肠癌中得到了广泛应用, 笔者选取86例结直肠癌患者进行临床对照研究, 其中43例行腹腔镜手术治疗的患者的取得了较满意的效果, 详情报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2019年5月至2020年5月收治的86例结直肠癌患者, 随机分为对照组和观察组, 每组43例。对照组中, 男性23例, 女性20例, 年龄61~82岁, 平均年龄(69.86 ± 6.48)岁。观察组中, 男性24例, 女性19例, 年龄62~83岁, 平均年龄(69.41 ± 6.52)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 患者经CT、结肠镜及病理学检查证实为结直肠癌; 预期生存时间不短于6个月; 术前未接受过放化疗; 未发生肝肺等远处转移; 具备相关手术指征, 无手术禁忌证; 患者与其家属对研究内容、目的等表示知情, 同意参与。

1.2.2 排除标准 合并肠梗阻或穿孔需要急诊手术治疗者; 存在既往腹部手术史者; 合并其他恶性肿瘤者; 合并严重心肺肾等重要脏器基础性疾病者; 伴有精神障碍或认知

障碍, 无法配合完成研究者; 术前检查发现远处脏器转移或术中发现腹腔广泛种植转移者; 同时性或异时性结肠多原发癌者; 结直肠癌术后复发再次手术者。

1.3 手术方法

1.3.1 观察组 行腹腔镜手术治疗。直肠癌和乙状结肠癌的手术体位取改良截石位, 右半结肠癌和降结肠癌取“大”字位, 全身麻醉, 建立CO₂人工气腹(压力控制在12 mmHg)。手术采用五孔操作: 直肠癌、左半结肠癌手术于患者脐部做观察孔, 于右麦氏点置入10 mm套管针, 以其为主操作孔; 于右上腹置入5 mm套管针, 为副操作孔; 对侧两个辅助操作孔。右半结肠癌手术观察孔在脐下5 cm, 主操作孔在右上腹, 副操作孔在反麦氏点。行根治性直肠前切除术, 先于右侧游离直肠和乙状结肠, 在根部切断肠系膜下的动静脉, 清除周围淋巴组织, 行锐性分离, 充分显露出双侧下腹神经, 将骶直肠筋膜切断, 分离盆侧壁, 切断直肠侧韧带, 锐性分离直肠前壁, 对远端直肠作裸化处理, 于肿瘤下缘不少于2 cm处切断肠管。下腹正中取5 cm小切口, 实施腹腔镜外肿瘤切除, 放置抵钉座, 然后将肠管放回腹腔, 行腹腔内吻合。行右半结肠癌手术, 采用中间入路法, 沿着肠系膜上静脉旁实施解剖, 将回结肠、右结肠动静脉、结肠中动静脉右支切断, 上腹正中取5 cm小切口, 实施腹腔镜外肿瘤切除, 重建肠管。左半结肠癌手术同样按照完整结肠系膜切除(complete mesocolic excision, CME)手术原则^[2]进行。切除清扫完毕后, 冲洗腹腔, 确认无出血后, 放置腹腔或盆腔引流管, 关闭切口。

〔收稿日期〕 2020-12-01

〔作者简介〕 苏耀荣, 男, 副主任医师, 主要从事普通外科工作。

1.3.2 对照组 行传统开腹手术治疗。直肠癌按照直肠全系膜切除 (total mesorectal excision, TME) 手术原则^[3], 结肠癌按照 CME 手术原则, 手术切除范围与观察组一致。术毕均放置腹腔或盆腔引流管。

1.4 评价指标与评定方法

比较两组患者的手术时间、术中出血量、淋巴结清扫数目、肛门排气时间、排便时间、下床活动时间及住院时间等手术相关指标水平, 并统计两组患者术后并发症的发生状况。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 21.0 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 两组患者手术相关指标比较

观察组患者的手术时间明显长于对照组患者, 术中出血量明显低于对照组, 肛门排气时间、排便时间、下床活动时间及住院时间明显短于对照组患者, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者的淋巴结清扫数目比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标比较

($n = 43, \bar{x} \pm s$)

组 别	手术时间 /min	术中出血量 /mL	淋巴结清扫数目 / 个	肛门排气时间 /d	排便时间 /d	下床活动时间 /d	住院时间 /d
对照组	158.33 ± 31.52	165.82 ± 60.88	15.86 ± 3.46	3.78 ± 0.77	4.62 ± 1.32	2.91 ± 1.25	14.81 ± 5.45
观察组	210.28 ± 40.28 ^a	55.30 ± 19.69 ^a	16.04 ± 3.41	2.04 ± 0.38 ^a	3.28 ± 1.37 ^a	1.68 ± 0.77 ^a	10.17 ± 2.59 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者术后并发症发生情况比较

观察组患者的术后并发症发生率 (13.95%) 显著低于

对照组 (37.21%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生情况比较

($n = 43, n(\%)$)

组 别	切口感染	肺部感染	吻合口出血	吻合口瘘	肠梗阻	下肢静脉血栓	总发生
对照组	7(16.28)	2(4.65)	1(2.33)	3(6.98)	2(4.65)	1(2.33)	16(37.21)
观察组	1(2.33)	0(0.00)	2(4.65)	2(4.65)	1(2.33)	0(0.00)	6(13.95) ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

3 讨论

目前, 临床上治疗结直肠癌一般首选根治性切除手术, 临床研究发现, 结直肠癌患者实施腹腔镜手术治疗和开腹手术治疗获得的疗效相当, 而腹腔镜手术比开腹手术的创伤更小, 术后恢复更快, 因此痛苦也更小^[4]。本研究发现, 实施腹腔镜手术的观察组患者手术时间明显高于对照组患者, 这在一定程度上增加了手术麻醉风险; 观察组患者术中出血量明显低于对照组患者, 因此腹腔镜手术能降低手术过程中出血风险, 防止发生出血性休克, 也有利于患者术后的恢复; 观察组患者肛门排气时间、排便时间、下床活动时间及住院时间明显短于对照组患者, 说明腹腔镜手术能加快患者术后胃肠道功能、免疫功能恢复, 促进创口愈合; 两组患者的淋巴结清扫数目比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 说明两种手术方式在肿瘤根治和预后方面效果一致; 对照组术后并发症发生率 37.21%, 显著高于观察组 13.95% 的发生率, 说明腹腔镜手术能尽可能降低术后并发症的发生率, 加快术后康复, 提高术后生活质量。腹腔镜手术秉承微创医疗理念, 手术切口小, 术中出血量少, 不会对患者免疫力造成太大影响, 所以术后患者恢复也更快更好^[5-7]。

腹腔镜手术的近期临床疗效较开腹手术更优, 而手术时间较长可能因为腹腔镜手术较为特殊, 操作较为复杂, 主刀和助手的配合熟练程度还有待提高有关。因此在腹腔镜手术前, 应谨慎评估结直肠癌患者的病情, 像部分肿瘤直径较大、

局部分期较晚 (T4)、患者伴有严重基础疾病、患者对气腹不耐受或者对腹腔镜手术不耐受, 则不应该实施腹腔镜手术治疗^[8]。通过借助腹腔镜, 医生可以更直观清晰看到解剖组织的结构, 能防止术中直接接触肿瘤, 从而防止肿瘤细胞脱落和挤压^[9]。结直肠外科医生应熟练掌握结直肠局部解剖等相关知识, 不断提高腹腔镜手术技能, 提高临床疗效, 降低术后并发症发生率。

综上所述, 腹腔镜手术用于结直肠癌治疗中可取得较优的临床效果, 创伤小, 患者胃肠功能恢复较快, 且术后并发症相对较少。

〔参考文献〕

- (1) 孙百顺, 张骏, 康健. 腹腔镜与开腹手术治疗结直肠癌的近期临床效果及术后并发症探讨 (J). 中国临床医生杂志, 2019, 47(6): 684-685.
- (2) 肖毅, 陆君阳. 腹腔镜右半结肠癌扩大切除原则与评价 (J). 中华普外科手术学杂志 (电子版), 2019, 13(5): 440-443.
- (3) 中华医学会外科学分会结直肠外科学组, 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组. 直肠癌经肛全直肠系膜切除专家共识及手术操作指南 (2017 版) (J). 中国实用外科杂志, 2017, 37(9): 978-984.
- (4) 方振军. 腹腔镜手术与开腹手术治疗结直肠癌的临床效果比较 (J). 中国基层医药, 2018, 25(19): 2542-2545.
- (5) 李斌, 江媛, 胡玉娟. 腹腔镜手术与传统开腹手术在结直

- 肠癌根治术中的临床效果 (J). 中国医药导报, 2017, 14(17): 88-91.
- (6) 龙士兵. 腹腔镜与开腹手术治疗结直肠癌的临床效果及术后并发症的对比分析 (J). 泰山医学院学报, 2018, 39(8): 901-902.
- (7) 向立历. 结直肠癌肝转移诊疗的研究进展 (J). 中国医药, 2019, 14(1): 147-150.
- (8) 周雷, 刘辛, 宋新, 等. 结直肠癌肝转移的新辅助治疗策略 (J). 中国医刊, 2018, 53(4): 380-383.
- (9) 李畅, 段立美, 季艳艳. 加速康复外科模式对腹腔镜结直肠癌手术患者免疫功能及术后疼痛的影响 (J). 癌症进展, 2018, 16(11): 1438-1442.

(文章编号) 1007-0893(2021)03-0128-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.062

经皮肾镜联合输尿管软镜钬激光碎石术 治疗复杂性肾结石疗效分析

宁小良 黄谷 王海坤 王建平 陈奎 丘廷发

(武警广东省总队医院, 广东 广州 510000)

〔摘要〕 **目的:** 研究分析经皮肾镜联合输尿管软镜钬激光碎石术治疗复杂性肾结石的临床有效性。**方法:** 选取武警广东省总队医院 2019 年 3 月至 2020 年 5 月收治的 112 例复杂性肾结石患者, 进行随机分组, 对照组和观察组各 56 例。对照组采取经皮肾镜取石手术治疗, 观察组采取经皮肾镜联合输尿管软镜钬激光碎石术治疗, 分析两种手术方式的临床有效性。**结果:** 对照组患者的术中出血量高于观察组, 手术时间长于观察组, 结石清除率低于观察组, 组间比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 经皮肾镜联合输尿管软镜钬激光碎石术治疗复杂性肾结石的效果明确, 能够改善手术情况, 并发症发生风险大大下降, 确保安全可靠。

〔关键词〕 复杂性肾结石; 经皮肾镜; 输尿管软镜钬激光碎石术

〔中图分类号〕 R 699.2 **〔文献标识码〕** B

肾结石指的是钙、尿酸、胱氨酸、草酸等晶体物质及基质、酸性黏多糖等有机基质在肾脏的异常聚集而导致的泌尿外科疾病, 复杂性肾结石则为外形呈鹿角状的多发性肾结石, 一般采用手术治疗方式^[1-2]。经皮肾镜取石术及输尿管软镜钬激光碎石术均属于微创内镜手术, 单独实施一种手术时难以完全取净结石, 导致患者体内结石潜伏期不断增加。本研究结合本院收治的复杂性肾结石患者分组采取经皮肾镜取石手术、经皮肾镜联合输尿管软镜钬激光碎石术治疗, 分析两种手术方式的临床有效性, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2019 年 3 月至 2020 年 5 月收治的 112 例复杂性肾结石患者, 进行随机分组, 对照组和观察组各 56 例。所有患者均知情同意本研究。对照组: 年龄 32 ~ 58 岁, 平均 (46.23 ± 10.32) 岁, 男女比例 32:24, 结石直径 1.3 ~ 4.7 cm,

平均 (2.51 ± 0.67) cm。观察组: 年龄 31 ~ 57 岁, 平均 (45.94 ± 10.56) 岁, 男女比例 33:23, 结石直径 1.4 ~ 5.1 cm, 平均 (3.02 ± 0.75) cm。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 采用静脉尿路造影、彩超以及泌尿系统平扫 CT 等检测方式, 结合患者的临床表现, 与复杂性肾结石的相关诊断标准相符^[3]; 具有良好的手术耐受性。

1.1.2 排除标准 具有手术禁忌证的患者; 合并严重的心肺功能缺陷以及泌尿系统感染难以控制的患者; 合并严重的输尿管或尿道狭窄表现, 致使腔内内镜难以通过的患者; 合并全身出血性疾病患者; 存在脊柱畸形或重度肥胖患者。

1.2 方法

所有患者于手术前 1 d 预防性使用抗菌药物 (首选头孢二代, 过敏者使用喹诺酮类), 做好血尿常规检测及尿细菌培养。保持血压, 血糖及电解质正常。

1.2.1 对照组 采取经皮肾镜取石手术治疗, 首先, 为

〔收稿日期〕 2020-12-15

〔作者简介〕 宁小良, 男, 主治医师, 主要研究方向是泌尿系结石, 泌尿系肿瘤。