

腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术治疗直肠癌的疗效

韩新科 刘平鑫 余 强

(解放军联勤保障部队第 990 医院, 河南 信阳 464000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨直肠癌应用腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术治疗的疗效。**方法:** 选择 2018 年 1 月至 2019 年 1 月解放军联勤保障部队第 990 医院接收的 82 例直肠癌患者作为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 各 41 例。对照组行腹腔镜辅助下直肠前切除直肠癌根治术, 观察组行腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术, 比较两组围术期指标、排便次数及术后并发症。**结果:** 与对照组相比, 观察组患者手术时间、肠功能恢复时间及住院时间较短, 术中出血量较少, 术后 2 周内日均排便次数较多, 术后并发症发生率较低, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 术后 6 个月内, 两组患者排便次数比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 在直肠癌中应用腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术治疗效果较好, 可有效缩短术后恢复时间, 且并发症较少, 安全性高。

〔关键词〕 直肠癌; 腹腔镜术; 直肠外翻拖出式手术

〔中图分类号〕 R 735.37 **〔文献标识码〕** B

直肠癌是消化道常见恶性肿瘤, 是位于齿状线及直肠乙状结肠交界处的癌, 患者常伴有肛门坠胀、里急后重、大便次数增多、便血等症状, 影响日常生活, 严重者累及多器官功能, 危及生命安全^[1]。临床治疗直肠癌常采用手术方法, 随着双吻合器的使用, 手术保肛率不断提高, 但对于直肠癌处于超低位患者, 因解剖结构较复杂, 吻合器不适用, 手术操作难度大, 易残留肿瘤, 术后并发症较多, 延缓康复进程, 影响预后效果, 加重患者生理及心理负担^[2]。因此, 为提高患者生存质量, 帮助其早日回归社会生活, 实施有效的手术治疗尤为重要。腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术通过拖出癌变部位, 在肛外进行切除, 具有良好的手术视野, 且切除精确度高。鉴于此, 本研究对本院接收的 82 例直肠癌患者进行分析, 进一步探讨直肠癌应用腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术治疗的疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2018 年 1 月至 2019 年 1 月本院接收的 82 例直肠癌患者作为研究对象, 随机分为观察组和对照组, 各 41 例。对照组男 24 例, 女 17 例; 年龄 39~72 岁, 平均年龄 (50.63 ± 4.32) 岁; 其中低分化腺癌 10 例, 中分化腺癌 15 例, 高分化腺癌 16 例。观察组男 23 例, 女 18 例; 年龄 40~73 岁, 平均年龄 (50.16 ± 4.17) 岁; 其中低分化腺癌 10 例, 中分化腺癌 14 例, 高分化腺癌 17 例。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 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 符合直肠癌相关诊断标准^[3]; 经病理检查确诊者; 均行腹腔镜直肠癌根治手术者; 精神正常且能配合治疗者。

1.2.2 排除标准 存在心脏、肝肾等功能异常者; 存在肠道梗阻疾病; 其他系统恶性肿瘤者; 凝血功能障碍者。

1.3 方法

所有患者均行全身麻醉, 保持截石位, 经腹腔镜探查, 明确肿瘤位置, 应用超声刀, 将肠系膜下的动静脉完全分离。在此基础上, 对照组行腹腔镜辅助下直肠前切除直肠癌根治术, 选择肿瘤上 3 cm 处, 将直肠切断, 并做小切口于下腹部居中处, 拖直肠至腹外, 在距肿瘤 ≥ 10 cm 处, 将乙状结肠切断, 吻合器抵钉座置入, 完成超低位吻合手术, 常规引流管置入。观察组行腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术, 在距离肿瘤 ≥ 10 cm 处, 将乙状结肠切断, 使肛门扩张, 拖拉含肿瘤直肠、乙状结肠, 并外翻至肛门外; 使肿瘤及齿状线暴露, 在肿瘤远端 2 cm 处切断, 远端直肠缝合关闭, 并将直肠、肿瘤、乙状结肠切除, 消毒直肠远端, 确认无残留, 将吻合器抵钉座置入, 使超低位吻合手术完成, 常规引流管置入。

1.4 评价指标

记录两组患者手术时间、术中出血量、住院时间及肠功能恢复时间。在患者进食恢复的 2 周内, 并随访 6 个月, 记录每日排便次数。术后, 记录两组患者吻合口瘘、吻合口出血、皮下气肿、肠梗阻等发生情况。

1.5 统计学方法

数据处理选用 SPSS 18.0 软件, 用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,

〔收稿日期〕 2021-04-12

〔作者简介〕 韩新科, 男, 主治医师, 主要研究方向是肝胆普外胃肠。

采用 t 检验, 采取百分比表示计数资料, 选取 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

与对照组相比, 观察组手术时间、肠功能恢复时间及住院时间均较短, 术中出血量较少, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标比较 ($n = 41$, $\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 /min	术中出血量 /mL	肠功能恢复时间 /d	住院时间 /d
对照组	165.79 ± 21.69	59.29 ± 7.88	3.20 ± 0.37	11.28 ± 1.73
观察组	150.34 ± 18.29 ^a	48.22 ± 5.72 ^a	2.14 ± 0.42 ^a	9.17 ± 1.35 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者术后排便情况比较

术后 2 周内, 与对照组相比, 观察组排便次数较多, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 术后 6 个月内, 两组排便次数比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者术后排便情况比较 ($n = 41$, $\bar{x} \pm s$, 次 · d⁻¹)

组别	术后 2 周内	术后 6 个月内
对照组	2.83 ± 0.79	1.43 ± 0.88
观察组	3.64 ± 1.15 ^b	1.75 ± 0.92

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患者术后并发症发生率比较

观察组并发症发生率为 4.88%, 对照组并发症发生率为 21.95%, 组间对比, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生率比较 ($n = 41$, 例)

组别	吻合口瘘	肠梗阻	吻合口出血	皮下气肿	总发生率 /%
对照组	2	3	2	2	21.95
观察组	1	1	0	0	4.88 ^c

与对照组比较, ^c $P < 0.05$

3 讨论

近年来随着生活方式的转变, 直肠癌发病率不断增长, 其病因与饮食习惯、遗传、环境等因素有关, 易导致患者出现消瘦、排便习惯改变、排便梗阻等现象, 严重危害患者身心健康^[4]。目前, 手术是直肠癌主要治疗方案, 但病变位置深入盆腔, 具有复杂的解剖关系, 手术难度大, 创伤性大, 术后易出现出血、皮下气肿、肠梗阻等并发症, 影响术后康复进程^[5]。随着微创技术的发展, 腹腔镜手术运用先进的腹腔镜仪器设备和手术器械, 具有痛苦小、创伤小、恢复快等特点, 在临床治疗中应用广泛。但针对病变部位过低的直肠癌患者, 仍存在局限性, 易导致肿瘤残留。因此, 选择合适的手术方案, 对直肠癌患者的治疗及预后具有积极意义。

本研究结果显示, 与对照组相比, 观察组手术时间、肠

功能恢复时间及住院时间均较短, 术中出血量较少, 排便次数较多, 术后并发症发生率较低, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明在直肠癌中应用腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术治疗效果较好, 可有效缩短术后恢复时间, 且并发症较少, 安全性高。传统采用开腹手术, 通过内镜闭合器, 在腹腔镜下, 将远端直肠切断, 但对于超低位切除, 且盆腔狭窄的患者, 因解剖结构复杂, 存在手术操作难题, 直肠切除及超低位闭合难度高, 不利于切除超低位瘤灶, 同时术后并发症多, 预后效果较差^[6]。本研究应用腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术, 其作为新型的手术方式, 是将开腹超低位吻合手术结合微创技术, 在确保根治的基础上, 使手术操作步骤简化, 手术时间缩短, 安全性提高; 同时区别于传统开腹手术, 在腹腔镜的辅助下, 游离肠膜, 并外翻拖出, 在肛门外进行手术, 不受超低位瘤灶的限制, 不受盆腔固有解剖结构的影响, 且无切除操作难的弊端, 可彻底清除肿瘤, 避免残留, 利于良好地完成直肠切除闭合, 进行超低位吻合术, 在直肠癌治疗中优势显著^[7]。另一方面, 通过腹腔镜的辅助作用, 可放大肿大的淋巴结, 手术视野清晰, 便于术中彻底清扫肿瘤, 提高治疗效果, 减少术后并发症, 缩短住院时间, 提高生活质量; 同时可在直视的条件下完成手术操作, 在切除肿瘤部分的基础上, 保证切缘处无肿瘤, 残留灶无遗留, 确保肿瘤切除的高效率, 提高手术治疗效果, 帮助患者早日恢复身体健康, 回归社会生活^[8]。

综上所述, 在直肠癌中应用腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术治疗效果较好, 可有效缩短术后恢复时间, 且并发症较少, 安全性高。

〔参考文献〕

- (1) 李坚, 彭吒, 何剪太. 低位和超低位直肠癌保肛手术的现状及进展 (J). 中国内镜杂志, 2018, 24(4): 83-90.
- (2) 杨澎, 朱宇. 低位和中高位直肠癌手术方式、并发症及预后比较 (J). 实用肿瘤杂志, 2019, 34(3): 245-248.
- (3) 中华人民共和国卫生和计划生育委员会医政医管局, 中华医学会肿瘤学分会. 中国结直肠癌诊疗规范 (2015 版) (J). 中华消化外科杂志, 2015, 14(10): 783-799.
- (4) 谢正勇, 李泽航, 程黎阳, 等. 开腹术与腹腔镜治疗结直肠癌对其手术情况、术后恢复及复发转移的对比研究 (J). 现代消化及介入诊疗, 2018, 23(3): 382-385.
- (5) 顾晋, 高庆坤. 直肠癌手术相关并发症发生原因及对策分析 (J). 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(7): 740-743.
- (6) 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): 58-59.
- (7) 李华. 腹腔镜辅助下直肠外翻拖出式手术治疗直肠癌的临床效果研究 (J). 中华保健医学杂志, 2017, 19(6): 489-491.
- (8) 江秀英, 王俊伟, 雷玲, 等. 腹腔镜手术治疗直肠癌的临床疗效及对患者应激反应指标的影响 (J). 中国临床医生杂志, 2019, 47(5): 31-34.