

# 分析结直肠肿瘤的腹腔镜微创治疗效果

陈应贤

成都东部新区中西医结合医院, 中国·四川 简阳 641421

**【摘要】**目的: 分析结直肠肿瘤进行腹腔镜微创治疗的效果。方法: 从2018年1月至2020年6月, 我院收治的结直肠肿瘤患者中选取78例, 数表法随机分成两组: 对照组(行常规开腹手术)、试验组(行腹腔镜微创手术)均为39例, 观察术后并发症情况, 比较手术指标和生存质量。结果: 相比于对照组, 试验组手术用时更长, 但术中失血量更少、住院时间更短, 有显著性差异( $P < 0.01$ )。试验组并发症率(5.13%)低于对照组(20.51%), 术后2月的QLQ-C30评分高于对照组, 有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 腹腔镜微创治疗结直肠肿瘤的效果优于开腹手术, 能减少术后并发症、加快恢复速度, 值得推广应用。

**【关键词】**结直肠肿瘤; 腹腔镜手术; 微创技术; 并发症; 生存质量

结直肠肿瘤是消化系统常见的恶性肿瘤, 后期会出现腹痛、便血、大便性状改变, 严重威胁生命安全, 早诊断、早手术是诊治关键。随着微创技术发展, 腹腔镜手术的应用更加广泛, 在清除肿瘤病灶的同时, 能减轻损伤和痛苦, 获得患者的认可和支持<sup>[1]</sup>。本研究选取78例结直肠肿瘤患者作为对象, 探讨了腹腔镜微创手术的应用价值, 为手术实施提供一些依据, 资料报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

从2018年1月至2020年6月, 我院收治的结直肠肿瘤患者中选取78例, 采用随机数表法划分为对照组、试验组两个组别, 均为39例。对照组中, 有22例是男性, 有18例是女性, 构成比为56.41%、43.59%; 最小的患者35岁、最大的患者78岁, 平均值为(53.48 ± 7.92)岁; 肿瘤部位: 直肠15例、乙状结肠11例、升结肠6例、降结肠7例。试验组中, 有20例是男性, 有19例是女性, 构成比为51.28%、48.72%; 最小的患者33岁、最大的患者80岁, 平均值为(54.19 ± 8.24)岁; 肿瘤部位: 直肠16例、乙状结肠10例、升结肠5例、降结肠8例。两组性别、年龄、肿瘤部位无明显差异( $P > 0.05$ ), 可进行比较。

### 1.2 纳排标准

(1)诊断标准<sup>[2]</sup>: 经内镜、影像学、实验室等检查确诊, 符合手术指征。(2)纳入要求: 年龄18-80岁, 资料真实完整, 对本研究有正确认识。(3)排除患者: 有明确精神病史、腹部手术史, 心脏肾器质性病变, 凝血功能异常等。

### 1.3 方法

对照组行常规开腹手术。指导患者取仰卧位, 予全麻, 在腹部纵向切口, 长度10cm左右。进入腹腔后, 探查结直肠病变情况, 明确肿瘤的部位、大小和形态。首先切断供血淋巴结和肿瘤肠段, 近端5cm肠管、远端10cm肠管均要切除。然后对肿瘤上下肠管、系膜根部血管进行结扎, 游离肠管并切断; 最后对端侧肠管吻合, 止血后冲洗腹腔, 清点器械纱布无误后关闭切口。术后预防性使用抗生素1-3天, 加强护理巡视。

试验组行腹腔镜手术。指导患者取仰卧位, 予气管插管全身麻醉, 先在腹部穿刺, 充入二氧化碳建立气腹, 压力控制在12-14mmHg。然后在脐下方切口, 缓慢置入腹腔镜器械, 探查结直肠病变情况, 明确肿瘤的部位、大小和形态。对有肿瘤的肠段进

行分离, 结扎血管, 使用超声刀分离肠系膜下的血管和结缔组织, 清扫淋巴结, 切除有肿瘤的肠段, 以及远端结肠5cm、远端直肠2cm, 最后对端侧肠管吻合。止血后冲洗腹腔, 退出器械并关闭切口。

### 1.4 观察指标

(1)比较两组患者的手术指标, 记录手术用时、术中失血量、住院时间。(2)统计术后并发症情况, 常见如切口感染、肠梗阻、出血等<sup>[3]</sup>。(3)术后2月, 采用QLQ-C30功能量表评估患者的生存质量, 分值0-100分, 得分越高代表生存质量越好。

### 1.5 统计学处理

利用Excel表格记录数据, 统计学计算采用SPSS 25.0软件。并发症率的表示形式是(例数, 百分率), 手术指标和评分的表示形式是(均数 ± 标准差), 分别进行 $\chi^2$ 检验和t检验。 $P < 0.05$ , 代表有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 手术指标比较

数据显示, 相比于对照组, 试验组手术用时更长, 但术中失血量更少、住院时间更短, 有显著性差异( $P < 0.01$ )。见表1。

表1 两组患者的手术指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术用时 (min)	术中失血量 (ml)	住院时间 (d)
试验组	39	146.58 ± 22.39	165.34 ± 17.62	8.56 ± 1.73
对照组	39	127.39 ± 21.50	220.87 ± 18.94	12.94 ± 2.65
t		3.86	13.405	8.643
P值		0.001	0.001	0.001

### 2.2 术后并发症比较

数据显示, 试验组中有2例患者术后出现并发症, 对照组中有8例患者出现并发症, 可见试验组并发症率更低, 有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组患者术后并发症率比较(n, %)

组别	例数	切口感染	肠梗阻	出血	总发生率
试验组	39	0 (0)	1 (2.56)	1 (2.56)	2 (5.13)
对照组	39	2 (5.13)	3 (7.69)	3 (7.69)	8 (20.51)
$\chi^2$					4.129
P值					0.042

### 2.3 生存质量比较

术后 2 月, 试验组患者的 QLQ-C30 评分为 (68.59 ± 4.37) 分, 对照组为 (66.24 ± 4.15) 分。可见试验组 QLQ-C30 评分高于对照组, 有统计学意义 (t=2.435, P=0.017)。

### 3 讨论

结直肠肿瘤起源于结直肠的上皮细胞, 以腺癌多见, 少数是鳞癌。流行病学显示, 结直肠肿瘤的发病率和死亡率, 在所有恶性肿瘤中均居于第 5 位, 和年龄、性别、地区等因素有关<sup>[4]</sup>。近年来, 我国结直肠肿瘤的发病率明显提升, 提示人们关注并预防。临床治疗时, 应根据患者年龄、体质、肿瘤类型和特征, 采取个体化治疗方案, 最大程度根治肿瘤, 提高治愈率。对于早期患者, 手术可实现根治目标; 中晚期患者手术也很重要, 配合化疗、放疗等手段, 能获得良好效果。

手术治疗时, 主要分为开腹和微创两种形式, 随着技术改进、器械升级, 以腹腔镜为代表的微创手术应用更加广泛。谢景军<sup>[5]</sup>等人的研究称, 腹腔镜微创术治疗结直肠癌疗效较好, 可降低血清中肿瘤标志物水平, 改善患者的生活质量。本研究以 78 例患者为对象, 结果显示: 试验组手术用时更长, 但术中失血量更少、住院时间更短, 术后并发症率低于对照组。说明: 和开腹手术相比,

腹腔镜手术的操作更为复杂, 虽然手术时间延长, 但能减轻患者损伤, 缩短恢复时间, 尤其减少并发症发生, 有利于提高患者的耐受性和舒适度。在生存质量上, 试验组 QLQ-C30 评分高于对照组, 说明微创手术的实施, 能帮助患者尽快恢复躯体、心理、社会等功能, 更好地融入家庭和社会, 改善其长远预后。

综上, 腹腔镜微创治疗结直肠肿瘤的效果优于开腹手术, 能减少术后并发症、加快恢复速度, 值得推广应用。

### 参考文献:

- [1]张永.腹腔镜和结肠镜联合微创术治疗结直肠良恶性肿瘤的效果观察[J].医药前沿,2019,9(23):64.
- [2]杨坤,张小桥.新一代微创外科及其在结直肠恶性肿瘤治疗中的应用[J].国际外科学杂志,2020,47(8):514-517.
- [3]明鹏,许志平,姜子荣,等.腹腔镜微创治疗结直肠肿瘤患者的临床效果研究[J].中国医疗器械信息,2018,24(5):100-101.
- [4]李兴禹,何立春,卢永宝,等.腹腔镜微创术治疗结直肠肿瘤患者疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2018,38(9):10-12.
- [5]谢景军,张建峰,王亚利,等.腹腔镜治疗结直肠癌的临床疗效及对肿瘤标志物的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(6):707-711.