

探究经腹腔与经腹膜外途径腹腔镜下手术治疗前列腺癌的 临床疗效差异

井志强¹ 陈仕程²

(1.盘州市人民医院 贵州省盘州市 553599 2.遵义医科大学 贵州省遵义市 563000)

摘要:目的: 探索经腹腔与经腹膜外途径腹腔镜下手术治疗前列腺癌的临床疗效差异。方法: 2021年2月-2022年2月纳入的100例均是我院收治的前列腺癌患者, 随机分二组。对照组采取腹腔镜手术, 观察组患者则实施经腹膜外途径腹腔镜下手术。比较两组患者手术总时间、术中失血量、活动时间、住院时间、并发症发生率、手术前后患者生存状态。结果: 观察组手术总时间、术中失血量、活动时间、住院时间、并发症发生率、手术后患者生存状态均优于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 前列腺癌患者实施经腹膜外途径腹腔镜下手术效果确切, 可减少失血创伤, 缩短手术时间, 减少并发症, 有利于减少镇痛药物的使用, 加速术后康复, 促进患者生存状态改善。

关键词: 经腹腔; 经腹膜外途径腹腔镜下手术; 前列腺癌; 临床疗效差异

前列腺癌是一种由前列腺上皮引起的恶性肿瘤。诱发的原因与基因有关。前列腺癌的早期表现一般不是很明显的。当肿瘤发展到一定程度时, 其主要表现为压迫症状和转移症状。前者可能会压迫输精管, 造成射精无力, 同时还会压迫神经, 引起会阴疼痛。以缓解病人的疼痛。经腹腔镜下切除前列腺癌是一种新的治疗方法。与常规手术相比, 手术创伤小, 视野清晰, 术后恢复快。目前, 这种技术在美国等发达国家已得到广泛的应用, 腹腔镜手术是一种很好的治疗方法。经腹腔镜下前列腺癌根治术、经腹膜外入路前列腺癌根治术是目前临床上较为常见的一种方法。前者是从腹腔进入的, 因为有一定的空间, 可以清楚的辨认出血管和解剖学, 所以手术的难度也会降低。但是, 如果采用腹腔镜进行, 很可能造成腹腔器官的损伤, 影响术后的恢复^[1]。经腹膜外入路前列腺癌根治术可直接进入病人的内腔, 在保留腹膜完整的前提下, 不会对腹腔器官造成损害。对于有腹部外科病史的肥胖病人, 采用此方法可以提高外科手术的疗效, 经腹膜外入路前列腺癌根治术具有较好的预后, 有较好的临床应用价值。本研究探讨了经腹腔与经腹膜外途径腹腔镜下手术治疗前列腺癌的临床疗效差异, 如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021年2月-2022年2月纳入的100例均是我院收治的前列腺癌患者, 随机分二组, 观察组50例, 年龄最小、最大分别53岁、76岁, 平均(65.71 ± 2.21)岁。对照组50例, 年龄最小、最大分别54岁、78岁, 平均(65.21 ± 2.78)岁。

两组资料有可比性。

1.2 方法

对照组腹腔镜手术, 腹腔镜下腹腔镜手术的实施过程, 病人接受了全身麻醉。将身体调整成平躺姿势。抬高臀部, 把两条腿分开。需要5个开孔, 并呈扇形分布。将膀胱前间隙移到盆底。骨盆筋膜裸露。应用超声刀切开盆内筋膜。将其分离到列腺顶端。切除膀胱颈部和前列腺侧韧带之间的输精管和精囊腺。牵引精囊腺使输精管和精囊腺暴露。切除两侧的输精管。切除膀胱颈部。将导管提起后, 向上拉动前列腺底部。水平切开 Denonvillier 筋膜, 暴露直肠前间隙。分离前列腺的顶端。使用锋利剪刀予以剪开。钝性推动直肠朝下。剪开前列腺尖端。对前列腺双侧残留组织清除。全部切除前列腺。然后进行术后处理。

观察组患者则实施经腹膜外途径腹腔镜下手术。病人接受了全气管麻醉。建立了腹腔外手术区, 需要5个开孔, 并呈扇形分布。打开盆腔的筋膜。将肛提肌向中间分开。将前列腺尖端暴露, 根据腹腔路径, 对左侧盆腔进行治疗。在耻骨附近切除耻骨的前列腺韧带。将盆腔内的筋膜分开。前端腺尖暴露。用2-0薇乔线“8”字形缝合后深静脉丛。确定膀胱颈部, 并在12点处切开前列腺周围的筋膜。当发现膀胱肌纤维

时, 在没有血管的情况下将其分开。切除后半部分的膀胱颈部。分离两侧的精囊, 横向切割 Denonvilliers 筋膜。直肠前间隙的暴露。把前列腺的顶端分开。向前方牵引输精管和精囊。将前列腺的血管蒂用超声波手术切除, 直至前列腺的顶端。彻底的分离尿道, 并将前列腺顶端的尿道切除。用钳子把前列腺的顶端往上拽。暴露和切除后尿道的腺体。然后是缝线。第一针是在尿道3处进行的。在尿道和膀胱颈吻合1周后, 将200毫升的生理盐水注入到尿道与膀胱颈部, 观察吻合口是否有渗漏。在耻骨后放置引流管, 然后进行切口的缝合。

1.3 指标

比较两组患者手术总时间、术中失血量、活动时间、住院时间、并发症发生率、手术前后患者生存状态。

1.4 统计学处理

SPSS24.0 软件对数据进行处理, 计量 t 检验, 计数 x² 检验, $P < 0.05$ 表示差异显著。

2 结果

2.1 两组手术总时间、术中失血量、活动时间、住院时间分析对比
观察组手术总时间、术中失血量、活动时间、住院时间低于对照组, $P < 0.05$, 见表1。

表1 两组手术总时间、术中失血量、活动时间、住院时间分析对比

组别(n)	手术耗时(min)	术中失血 (ml)	活动时间 (d)	住院时间 (d)
对照组 (50)	142.12 ± 10.24	287.15 ± 23.57	2.12 ± 0.23	9.62 ± 2.11
观察组 (50)	121.21 ± 5.12	145.01 ± 12.21	0.41 ± 0.21	7.21 ± 0.21
t	5.281	6.313	5.721	5.341
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组并发症对比

观察组并发症低于对照组, $P < 0.05$, 见表2。

表2 两组并发症比较

组别(n)	尿失禁	膀胱刺激征	尿道狭窄	并发症率
对照组(50)	4	3	2	9 (18.00)
观察组(50)	1	0	0	1 (2.00)
X ²				7.111
P				0.008

2.3 手术前后生存状态分析对比

手术前两组生存状态比较, $P > 0.05$, 而在手术后比较, 显示观察组生存状态优于对照组, $P < 0.05$ 。如表3。

表3 治疗前后生存状态分析对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	物质生活	躯体功能	心理功能	社会功能
观察组	护理前	67.56 ± 4.81	65.37 ± 2.56	67.56 ± 4.87	67.37 ± 5.36
	护理后	92.12 ± 6.94	93.21 ± 5.23	93.12 ± 4.94	93.21 ± 5.56
对照组	护理前	67.53 ± 4.78	65.35 ± 2.56	67.34 ± 4.81	67.45 ± 5.31
	护理后	82.45 ± 6.12	83.21 ± 4.12	83.45 ± 4.34	82.55 ± 5.12

3 讨论

前列腺癌是男性恶性肿瘤中的第二大恶性肿瘤。前列腺癌是一种比较常见的泌尿系统疾病,其原因是前列腺上皮细胞的恶性增生,对人体的健康有很大的影响。如果不及时的进行治疗,很有可能导致疾病的传播、转移,对患者的生命构成极大的威胁,因此必须尽早进行手术,以达到控制病情的目的。

前列腺癌手术有传统开放手术、普通腹腔镜前列腺癌根治术、机器人辅助腹腔镜前列腺癌根治术等三种手术方法。后两种手术因创伤小、操作精细、出血少、恢复快等特点而被广泛应用,并逐步取代了开放手术,成为前列腺癌的主要手术手段。前列腺癌的外科治疗时间:既然选择了外科,那就必须要“根治”。应坚持“早发现、早治疗、治疗最佳”的原则,以达到根治的目的^[2]。一旦确定为前列腺癌并满足外科根治性的要求,必须立即进行根治。前列腺癌根治术包括:开放下前列腺癌根治术、腹腔镜下前列腺癌根治术、机器人辅助手术等。随着腹腔镜技术的发展,微创前列腺癌根治术在前列腺癌的治疗中得到了越来越多的应用,因此,降低并发症是外科手术的一个重要环节。其中,常规的开放式外科手术是在病人的肚脐下方,医生会做一道约 20 公分的垂直切口,很少见的是在会阴部位(也就是阴囊与肛门之间)。这是一种治疗早期前列腺癌的根治性治疗,其主要目标是彻底切除肿瘤,术中医师会将患者的前列腺、精囊全部切除,再将膀胱与尿道残端进行吻合术,有时还会将病变部位的淋巴结切除。因为前列腺在骨盆内,如果采用传统的开腹手术,切口大,出血多,周围脏器损伤大,术后并发症多,所以一般都是采用后两种微创手术。而腹腔镜下前列腺癌根治术只需在腹壁上开几道小口子,不会留下太多的伤疤,因此,对注重外观和手术创伤的病人,是一种很好的治疗方法。此外,在手术中,外科医生可以通过高清摄像机,将患者的身体组织放大,让术者看到血管和神经,从而减少术后的出血。另外,在外科手术中,利用监视器能很好的将前列腺尖端分开,保护尿道括约肌,防止直肠损害及残余的肿瘤;术后尿失禁、漏尿发生的机率也会下降;而且,这种手术不会造成太大的痛苦,病人可以在两三天内下床活动,这就大大降低了并发症的发生率^[3-4]。

随着医学水平的提高,腹腔镜下前列腺癌的治疗越来越多,这是一种可以减少患者胃肠功能的方法,同时也可以减少术后并发症,同时,留置引流管的时间也很短,可以大大缓解手术创伤,从而缩短住院时间。但这种治疗方式需要熟练的医生,在狭小的操作空间内完成切口、缝合和止血,大大提高了手术的成功率。目前,前列腺癌的治疗方法主要是外科手术,其中,腹膜外腹腔镜手术具有以下优点:(1)手术在腹腔内进行,不会对脏器产生太大的影响,避免外界环境的干扰;(2)显著缩短了手术时间,降低了病人的痛苦和住院时间;(3)创伤较轻,术后恢复较快,而且可以有效地控制出血量。总之,腹膜外前列腺癌根治术是一种很好的治疗方法,既能降低手术创伤,又能降低腹腔器官的损伤,是一种很好的方法^[5]。

本研究显示,观察组手术总时间、术中失血量、活动时间、住院时间、并发症发生率、手术后患者生存状态均优于对照组, $P < 0.05$ 。前列腺癌是男性中比较常见的一种恶性肿瘤。病人通常在 10 年后才会有

明确的征兆或症状。然而,有一些前列腺癌的发展速度很快,所以我们要及早诊断和治疗^[6-7]。我们在此基础上,利用腹腔镜下的腹膜外途径对前列腺癌进行根治,并在此基础上设置了人工气腹,并选定了第一个穿刺点,放置了一个显微镜,我们提前进行了扩张,以便于迅速取出。腹膜外途径前列腺癌根治术中,有 5 个穿刺点,第一个穿刺点在脐部,第二个穿刺点在脐部,第三个穿刺点在腹直肌旁,第四个穿刺点在髂前上棘上内侧 2-3 cm。进入腹腔后,沿着前腹膜间隙的两边分别到骨盆淋巴结,这是一种闭孔神经,应用超声刀切除髂血管附近和闭孔神经周边的淋巴结,并进行冷冻,并观察有没有淋巴结转移,以确定手术是否进行^[8-9]。

综上,前列腺癌患者实施经腹膜外途径腹腔镜下手术效果确切,可减少失血创伤,缩短手术时间,减少并发症,有利于减少镇痛药物的使用,加速术后康复,促进患者生存状态改善。与经腹腔下的前列腺切除术相比,腹膜外入路对输尿管、膀胱的损伤较少,不易引起腹膜炎、肠粘连等并发症,具有明显的优越性^[10-12]。总之,腹腔镜下腹膜外途径的前列腺癌根治术具有微创、完全、术后恢复快、并发症少等优点,具有很好的临床疗效。

参考文献:

- [1]李永炜,孙伍柒,雷永刚,付德来,李和程,种铁,李钊伦. 头侧站位三孔法经腹膜外途径腹腔镜根治性前列腺切除术的临床应用与初步体会[J]. 现代肿瘤医学,2022,30(19):3547-3551.
- [2]曲发军,徐丁,虞永江,陈少军,顾正勤,崔心刚. 经腹膜外途径行单孔机器人辅助腹腔镜前列腺癌根治术的临床应用(附 36 例报告)[J]. 腹腔镜外科杂志,2022,27(08):607-611+617.
- [3]雷宝玉,赵波,赵宇峰,尚鹏飞,岳永俊,全润之. 经腹与经腹膜外途径腹腔镜下手术治疗前列腺癌的效果分析[J]. 国际临床研究杂志,2022,6(5):.
- [4]卢依刚,张文圣,万滨. 经腹与腹膜外途径腹腔镜前列腺癌根治术治疗局限期前列腺癌患者的临床效果[J]. 医疗装备,2022,35(10):81-83.
- [5]孙振业,付强,王磊,杨帆,宋斌,王禾,高闫尧. 经腹腔与经腹膜外途径腹腔镜根治性前列腺癌根治术的效果和安全性比较[J]. 中国医学前沿杂志(电子版),2021,13(09):53-56.
- [6]熊丙建,陶光晶,余义,谢蛟魁,王晓,江铎. 经腹膜外途径腹腔镜根治性膀胱切除 Bricker 术的初步体会[J]. 现代泌尿外科杂志,2021,26(07):597-600.
- [7]张靖博. 腹膜外途径腹腔镜下根治性前列腺切除术切缘阳性的影响因素分析[J]. 中国现代医药杂志,2021,23(03):33-36.
- [8]李鹏飞,佟明. 腹腔镜前列腺癌根治术经腹与腹膜外途径治疗局限期前列腺癌的疗效评价[J]. 医学信息,2021,34(03):108-110+119.
- [9]王文光,张平新,木拉提·热夏提,王玉杰. 前列腺穿刺术后间隔时间对腹膜外途径腹腔镜下前列腺癌根治术的影响[J]. 临床泌尿外科杂志,2020,35(10):817-822.
- [10]宗寿伟. 探讨经腹膜外途径腹腔镜手术治疗前列腺癌的临床疗效[J]. 中国社区医师,2020,36(27):90-91.
- [11]潘东亮,张录芳,杨冰,周哲,晋连超,汪磊,李宁忱. 经腹膜外途径腹腔镜下根治性前列腺切除术联合新辅助雄激素剥夺治疗 cT3N0M0 期前列腺癌的研究[J]. 中国肿瘤临床与康复,2020,27(09):1048-1052.
- [12]王平,夏丹,孔德波,秦杰,景泰东,叶孙益,朱意,李诗琪,汪朔. 经腹膜外耻骨上机器人辅助腹腔镜单纯前列腺切除术 15 例[J]. 第二军医大学学报,2020,41(07):757-760.