

腹腔镜直肠癌手术与传统开腹直肠癌手术的临床疗效对比分析

郭炳涛

(云梦县人民医院 湖北孝感 432500)

摘要:目的:探讨腹腔镜直肠癌手术与传统开腹直肠癌手术的临床疗效对比。方法:选取直肠癌患者180例,时间2020年1月-2021年12月,按手术方法不同分为两组,对照组应用传统开腹直肠癌手术治疗,研究组应用腹腔镜直肠癌手术治疗。比较两组术后并发症情况,比较两组围术期相关指标,比较两组满意度。结果:研究组尿潴留、肠梗阻、排尿困难、输尿管损伤、切口感染、吻合口漏合计术后并发症发生率小于对照组($P < 0.05$);两组手术时间、清扫淋巴结数对比均无明显差异($P > 0.05$),但研究组进固体食物时间、术后排期时间、术中出血量、住院时间均小于对照组($P < 0.05$);研究组满意度高于对照组($P < 0.05$)。结论:肠癌患者应用腹腔镜直肠癌手术或传统开腹直肠癌手术均能良好清扫淋巴结,可与传统开腹直肠癌手术相比,腹腔镜直肠癌手术在术后并发症、围术期各项指标方面均更为优良,临床疗效更佳,更值得临床推广。

关键词:直肠癌;传统开腹直肠癌手术;腹腔镜直肠癌手术;术后并发症;胃肠功能;淋巴结

直肠癌是一种恶性肿瘤疾病,疾病的引发是由直肠细胞病变所致^[1]。目前,直肠癌的发病病因还没有完全确定,诸多研究提示,直肠癌的发病或许与生活环境、遗传、饮食习惯等多个方面因素相关。患者一旦患有直肠癌,需要及时为患者实施有效的治疗措施,若是患者没有得到及时有效的救治,患者生命安全可能会受到极大威胁^[2]。目前,应用手术治疗是直肠癌的主要治疗方式,而患者的临床疗效因手术方法的不同而有所差异。伴随医学技术的不断发展,微创手术逐渐广泛应用于临床治疗中,也获得较为优良的治疗效果。本次研究将腹腔镜直肠癌手术与传统开腹直肠癌手术应用在直肠癌手术患者中,对比两种手术的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取直肠癌患者180例,时间2020年1月-2021年12月,按手术方法不同分为两组,对照组90例,年龄31-77岁,平均年龄(54.2 ± 12.9)岁,其中,男47例,女43例;TNM分期:I期38例,II期37例,III期15例。研究组90例,年龄30-80岁,平均年龄(54.5 ± 12.7)岁,其中,男49例,女41例;TNM分期:I期39例,II期37例,III期14例。两组患者一般资料无差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组应用传统开腹直肠癌手术治疗。患者行全身硬膜外麻醉,取仰卧位体位。切口取肚脐下腹部正中位置,切口长度为20cm,对肿瘤进行仔细寻找,对病灶周围组织进行仔细观察,分别分离直乙结肠左右两侧系膜,并结扎系膜下血管,然后彻底清除病灶、病灶周围淋巴结,清除时从病灶边缘外2cm处开始,对直肠进行常规吻合,仔细清洗手术部位,引流管放置,缝合切口。

研究组应用腹腔镜直肠癌手术治疗。患者采取气管插管全身麻醉,取仰卧位体位。将患者左下腹部充分暴露,麻醉生效后选取四个观察孔,观察孔位置分别在肚脐上部、腹麦氏点右侧平脐部位、腹麦氏点左侧、腹麦氏点右侧,置入腹腔镜,观察并确定病灶位置及病灶周围组织情况,应用自动缝合切割器,在腹腔镜下,截掉病灶20mm范围内的肠管,然后彻底清除病灶淋巴结,作一5cm左右横向切口,位置在下腹部处,将切除的病灶组织从此切口处取出,吻合肠管,缝合切口,引流管放置,包扎切口。

1.3 观察指标

(1)比较两组术后并发症情况。(2)比较两组围术期相关指标。(3)比较两组满意度。

1.4 统计学方法

使用SPSS20.0软件,X²检验计数资料(%),T检验($\bar{x} \pm s$)资料, $P < 0.05$ 为有差异。

2 结果

2.1 比较两组术后并发症情况

研究组尿潴留、肠梗阻、排尿困难、输尿管损伤、切口感染、吻合口漏合计术后并发症发生率小于对照组($P < 0.05$),见表1。

表1 两组术后并发症情况对比(例,%)

组别	例数	尿潴留	肠梗阻	排尿困难	输尿管损伤	切口感染	吻合口漏	合计
对照组	90	13	6	1	1	6	2	29(32.2)

研究组	90	6	2	2	2	2	3	17(18.9)
X ² 值	/							7.563
P值	/							< 0.05

2.2 比较两组围术期相关指标

两组手术时间、清扫淋巴结数对比均无明显差异($P > 0.05$),但研究组进固体食物时间、术后排期时间、术中出血量、住院时间均小于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 两组围术期相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	进固体食物时间(h) 术后排期手术时间(min) 术中出血量(mL) 清扫淋巴结数(枚) 住院时间(d)					
		物时间	时间(h)	(min)	量(mL)	结数(枚)	间(d)
对照组	90	5.8 ± 0.5	86.9 ± 16.3	158.4 ± 31.6	112.2 ± 16.1	8.8 ± 1.1	14.4 ± 4.9
研究组	90	3.9 ± 0.4	37.6 ± 5.8	141.5 ± 34.8	133.5 ± 22.3	9.5 ± 1.2	10.7 ± 2.8
T值	/	11.637	14.895	2.542	19.174	1.184	12.982
P值	/	< 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 比较两组满意度

研究组满意度高于对照组($P < 0.05$),见表3。

表3 两组满意度对比(例,%)

组别	例数	非常满意	一般	不满意	满意度
对照组	90	29	32	29	61(67.8)
研究组	90	60	29	1	89(98.9)
X ² 值	/				10.812
P值	/				< 0.05

3 讨论

腹腔镜手术几乎不会对患者的生理功能产生影响,仅仅只有较少的概率会损伤到体内器官,较小的机体创伤性,具有术后恢复快、出血量少等诸多优点。操作腹腔镜手术的医师在进行腹腔镜手术前,应当接受相关的专业训练,确保自身具备较高的临床操作能力、临床操作技术^[3-4]。直肠癌手术患者使用腹腔镜手术治疗,在腹腔镜下,患者的肠系膜下血管根部处于裸化状态,在定位病变位置时,能够更加准确的定位到,在观察病变位置情况时,能够更加清晰的观察到,可以完成切除直肠系膜,彻底清除淋巴结,并且腹腔镜直肠癌手术过程中,仅会较小的程度挤压到肿瘤,一定程度上可以有效避免发生癌细胞扩散情况,这些优势都在很大程度上降低了疾病复发概率^[5-6]。除此之外,腹腔镜直肠癌手术中使用超声刀,不但安全性相对较高,也能有利于减少术中出血量,促进患者术后快速康复,提升手术效果,改善患者的预后^[8-9]。

本次研究,对照组应用传统开腹直肠癌手术治疗,研究组应用腹腔镜直肠癌手术治疗。结果显示,研究组尿潴留、肠梗阻、排尿困难、输尿管损伤、切口感染、吻合口漏合计术后并发症发生率小于对照组($P < 0.05$);提示与传统开腹直肠癌手术相比,腹腔镜直肠癌手术可有效降低发生术后并发症。腹腔镜直肠癌手术治疗,病灶情况能更清晰、准确观察并切除,术中盲区相对较少,对病灶的治疗更为精细,同时对相邻脏器的损伤也能有效避免,一定程度上

(下转第21页)

(上接第11页)

可使患者体液流失得到有效减少,术后机体各项功能恢复更快,术后并发症的发生也会得到有效降低^[10-11]。

本次研究,两组手术时间、清扫淋巴结数对比均无明显差异($P > 0.05$),但研究组进固体食物时间、术后排气时间、术中出血量、住院时间均小于对照组($P < 0.05$);提示两种直肠癌手术方法都能有效清扫淋巴结,而腹腔镜直肠癌手术在术后胃肠功能恢复、术中创伤、治疗时间方面具有更大的优势。腹腔镜直肠癌手术不存在视觉盲区,能更准确、清晰的观察病灶,能更为充分的暴露病灶位置,在切除病灶的过程具有更快的止血速度,同时不会严重刺激到患者的机体,患者术后排气、进食恢复更快,促进患者术后胃肠功能的更快恢复,缩短患者的住院时间^[12-13]。

本次研究,研究组满意度高于对照组($P < 0.05$)。提示与传统开腹直肠癌手术相比,患者对腹腔镜直肠癌手术的满意程度更高。腹腔镜直肠癌手术能获得与传统开腹直肠癌手术同样的清除病灶的结果,而且在术后并发症方面、住院时间方面、胃肠功能恢复方面,腹腔镜直肠癌手术的优势更为显著,既具有良好的安全性,又具有显著的临床疗效,患者更加认可腹腔镜直肠癌手术,对腹腔镜直肠癌手术的满意度更高^[14-15]。

综上所述,直肠癌患者应用腹腔镜直肠癌手术或传统开腹直肠癌手术均能良好清扫淋巴结,可与传统开腹直肠癌手术相比,腹腔镜直肠癌手术在术后并发症、围术期各项指标方面均更为优良,临床疗效更佳,更值得临床推广。

参考文献:

[1]王松阳,侯红艳,樊松强.开腹直肠癌根治术与腹腔镜直肠癌根治术治疗直肠癌疗效比较[J].新乡医学院学报,2021,038(006):577-579,584.

[2]王松阳,侯红艳,樊松强.开腹直肠癌根治术与腹腔镜直肠癌根治术治疗直肠癌疗效比较[J].新乡医学院学报,2021,38(6):577-579.

[3]Li K, He X, Tong S, et al. Nerve plane: An optimal surgical plane for laparoscopic rectal cancer surgery?[J]. Medical Hypotheses, 2021, 154(3):110657-110659.

[4]Takahashi H, Yanagita T E, Suzuki T, et al. Accurate

localization of rectal cancer using near infrared ray-guided surgery with intra-operative colonoscopy and da Vinci Firefly technology[J]. Surgery Today, 2020, 50(2):205-208.

[5]程川兵,姚凯,江厚象,等.腹腔镜辅助和传统开腹手术在进展期胃癌根治术中的临床疗效对比[J].湖南师范大学学报:医学版,2022,19(1):88-91.

[6]谷俊山.腹腔镜胆囊切除术与传统开腹胆囊切除术治疗胆囊结石临床疗效比较[J].中国药物与临床,2020,20(16):33-35.

[7]Lin N, Yu C, Zhu Y, et al. Place titanium clips and place metal sheets at the anus to help with rectal cancer surgery[J]. Asian Journal of Surgery, 2020, 43(1):385-386.

[8]王耀明,秦军,覃军,等.腹腔镜与传统开腹手术对肝细胞癌短期治疗效果的临床研究[J].中国内镜杂志,2021,27(6):12-18.

[9]詹宜,王炜,李震寰,等.腹腔镜胃癌根治术与传统开腹手术在早期胃癌治疗中的应用效果比较[J].癌症进展,2021,19(2):178-182.

[10]Crippa J, Grass F, Achilli P, et al. Risk factors for conversion in laparoscopic and robotic rectal cancer surgery[J]. British Journal of Surgery, 2020, 107(5):560-566.

[11]陈利辉,陈秀峰,王帅奇,等.三孔 NOSES 与传统腹腔镜直肠癌根治术治疗直肠癌临床疗效比较[J].疑难病杂志,2022,21(7):726-730.

[12]徐小龙.腹腔镜手术对结直肠癌肠梗阻患者炎症因子、手术指标及术后恢复的影响研究[J].结直肠肛门外科,2020,26(S01):008-009.

[13]Wang Y, Liu Y, Han G, et al. The severity of postoperative complications after robotic versus laparoscopic surgery for rectal cancer: A systematic review, meta-analysis and meta-regression[J]. PLoS ONE, 2020, 15(10):e0239909-e0239913.

[14]涂清卫.腹腔镜手术与传统开腹手术对直肠癌患者术后感染和免疫功能的影响[J].实用癌症杂志,2020,35(11):1910-1914.

[15]王东,陈健,陈波,等.腹腔镜根治术与传统开腹手术治疗结直肠癌的近期疗效、生活质量及长期生存的对比分析[J].肿瘤预防与治疗,2022,35(2):175-180.