

腹腔镜与开腹手术治疗结直肠癌的临床疗效对比

刘博¹ 邢宝成^{通讯作者}

(吉林省肿瘤医院 130012)

摘要:目的:对比在临床中对结直肠癌患者实施腹腔镜手术和开腹手术治疗的有效性。方法:将本院肠胃外科收治的140例结直肠癌患者作为此次研究对象(病例收集时间为2022年2月-2023年3月),对140例患者实施双盲分组法的处理(每组70例),其中参照组患者实施开腹手术治疗,治疗组患者开展腹腔镜手术干预,对比两组患者的手术效果差异。结果:治疗组干预后对比的手术时间、术后下床时间、术后排气时间、住院时间短于参照组($P < 0.001$),治疗组患者治疗后的术中出血量少于参照组患者($P < 0.001$),治疗组术后并发症发生率相对于参照组更低($P = 0.016$),差异具有统计学意义;治疗组患者干预后的生活质量评分高于参照组患者($P < 0.001$),差异具有统计学意义。结论:在结直肠癌治疗中通过腹腔镜手术治疗能达到安全有效的手术效果,和开腹手术相比具有较高的安全性及预后效果,减少和预防术后一系列并发症现象的发生,改善患者预后。

关键词:腹腔镜手术;开腹手术;结直肠癌;治疗优良率;术后并发症发生率

结直肠癌主要是指临床中较为多见的发生在结肠或直肠上的癌症,其中以直肠癌更为常见^[1]。结直肠癌的发生主要是由于各种因素导致的,具体包括环境因素、饮食习惯、遗传因素、化学致癌物质、消化道疾病、不良生活习惯、寄生虫感染^[2]。早期结直肠癌患者无明显临床表现,部分患者会出现腹泻、便秘、血便、黏液便、粪条变细等症状,影响患者的身体健康。若不及时治疗将会导致患者生命安全受到威胁^[3]。因此,临床中针对早期结直肠癌患者实施及时有效的手术根治显得尤为重要,以往的临床中通常对患者实施开腹手术治疗,虽然能起到一定的治疗效果,但对于患者创伤较大,患者术后疼痛十分严重,需要较长时间才能恢复,不利于患者术后生活质量水平的提高^[4]。随着腹腔镜技术在临床中各个科室的推广和实施,现阶段临床中提倡对结直肠癌患者使用腹腔镜手术治疗,能达到微创、安全、预后佳的疗效,减轻患者的疼痛,加速患者术后康复进程。本院针对收治的结直肠癌患者140例展开了不同术式的对比治疗,分别给予了开腹手术、腹腔镜手术,旨在探究和比较开腹手术治疗、腹腔镜手术治疗用在结直肠癌治疗中的价值和作用,详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

对本院肠胃外科同一时间段内收治的结直肠癌患者140例实施双盲分组法的处理,其中70例参照组患者中男性36例,女性34例,年龄分布在55-75岁之间,均值(62.35 ± 3.59)岁;治疗组70例患者中男性38例,女性32例,年龄分布在56-74岁之间,均值(62.37 ± 3.57)岁。

统计学处理两组结直肠癌患者的一般资料,结果显示差异不大($P > 0.05$)且可比性高。本研究开展之前,140例结直肠癌患者及其家属均对本研究的全部内容展开了详细了解并签署知情同意协议;本研究均在本院伦理委员审批下通过。

纳入标准^[5]:1)经病理学诊断均符合“结直肠癌”的诊断标准;2)符合手术治疗的临床指征;3)患者年龄均在75岁或以内;4)无手术禁忌症或麻醉禁忌症。

排除标准:1)合并严重的心肺肾功能不全或先天性心脏病;2)癌症已经发生全身多处转移或预期生存期在3个月以内;3)凝血功能障碍或血液传染性疾病。

1.2 方法

对参照组患者实施开腹手术治疗,两组患者术前均禁食禁饮8小时,做好胃肠道准备工作并予以气管插管的全身麻醉后协助患者采用仰卧位,在腹直肌上方合适的部位做一10cm的手术切口,全民探查腹腔是否存在原发性肿瘤、肝脏占位病变、脏器累及或腹水等症状,高位结扎血管后全面清除淋巴结,对肠管进行游离操作,分离脏器层筋膜后切除病灶,常规放置引流管后关闭腹腔。手术后为患者实施常规抗生素抗感染的治疗。

为治疗组患者开展腹腔镜手术干预,术前建立气腹,将气腹压力设置为10mmHg,通过腹腔镜探查患者腹腔,明确肿瘤所在部位后观察患者是否存在腹腔转移、淋巴结转移等现象。明确无误后在患者腹主动脉前方的腹膜部位作为手术切口,顺着腹部主动脉方向逐步向上分离开来,于患者十二指肠下端部位停止分离操作。将腹腔镜探查作为依据结扎下行血管,游离患者的直肠并将肿瘤切除。在切除肿瘤的过程中还应全面清除肿瘤周围的淋巴结组织。在明确探查和保证患者肿瘤切除结束、淋巴结清除干净后关闭小切口,为患者实施0.90%的氯化钠注射液冲洗腹腔,仔细检查腹腔内各个部位无出血征象后撤出腹腔镜。在腹腔镜手术治疗中应保证腹腔镜放置在患者脐部周围,方便更好的探查肠胃粘连程度,对于大面积肠胃粘连患者应通过分离钳或超声刀解除粘连现象,对于束带粘连的患者应通过电凝剪刀、电钩等切开即可。手术后常规为患者实施抗生素预防感染的操作,两组患者在手术结束后应注意需要尽早下床活动,防止肠粘连以及下肢血栓的形成。由于开腹手术的创伤比较大,术后的并发症比较多,要密切注意生命体征的变化。还应需要注意各引流管引流量、颜色的变化。如果出血比较多,需要及时明确具体的病因后采取相应的治疗。术后需要抗炎治疗,防止切口感染、腹腔感染。如果是造瘘手术,手术后需要注意造瘘口的血供、造瘘口是否有回缩等。

1.3 观察指标

针对参照组与治疗组结直肠癌患者手术治疗后的术后并发症发生率、术中出血量、生活质量评分、手术时间、术后下床时间、术后排气时间、住院时间等指标的差异展开对比。(1)术后并发症:包括术后发生的下肢深静脉血栓、感染、肠梗阻、吻合口瘘等^[6]。(2)生活质量评分:使用卡式功能评分量表对肿瘤患者术后的生活质量

展开评估，分数越高患者的生活质量越高。

1.4 统计学分析

采用 spss21.0 软件的处理，手术时间、术后下床时间、术中出血量、生活质量评分、术后排气时间、住院时间为计量资料，采用均数标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，术后并发症发生率为计数资料，采用 χ^2 表示，当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术患者的术中出血量、手术时间、生活质量评分

和参照组患者对比，治疗组患者手术后的术中出血量更少、手术时间更短，而生活质量评分更高 ($P < 0.05$)，差异具有统计学意义；见表 1 所示：

表 1：两组手术后的对比的生活质量评分、术中出血量、手术时间

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	生活质量评分 (分)
参照组 (70)	251.12 ± 50.13	165.57 ± 30.11	60.32 ± 5.10
治疗组 (70)	186.96 ± 35.46	120.01 ± 22.36	68.89 ± 5.65
t 值	8.742	10.164	9.420
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组结直肠癌患者的术后排气时间、术后下床时间、住院时间

治疗组结直肠癌患者手术后的术后排气时间、术后下床时间、住院时间短于参照组结直肠癌患者 ($P < 0.05$)，差异具有统计学意义；见表 2：

表 2：两组患者的术后排气时间、术后下床时间、住院时间

组别	术后下床时间 (h)	术后排气时间 (h)	住院时间 (d)
参照组 (70)	12.32 ± 3.36	20.63 ± 2.25	6.69 ± 1.38
治疗组 (70)	8.78 ± 2.50	12.20 ± 2.20	4.46 ± 1.25
t 值	7.072	22.413	10.020
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 参照组和治疗组患者的术后并发症发生率比较

治疗组手术患者干预后比较的术后并发症发生率相对于参照组手术患者更低 ($P < 0.05$)，差异具有统计学意义；见表 3：

表 3：参照组与治疗组结直肠癌患者的术后并发症发生率

组别	吻合口瘘 (n)	肠梗阻 (n)	下肢深静脉血栓 (n)	术后并发症感染 (n)	术后并发症发生率
参照组 (70)	2 (2.86)	2 (2.86)	4 (5.71)	2 (2.86)	10 (14.29)
治疗组 (70)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.43)	1 (1.43)	2 (2.86)
χ^2 值	-	-	-	-	5.833
P 值	-	-	-	-	0.016

3 讨论

临床研究显示，随着人们生活习惯和饮食习惯的变化，当前临床中结直肠癌的发病率越来越高，严重影响和威胁患者的生命安全。首先容易诱发出血，结直肠癌在破溃、穿孔后，短时间内会出现大量的血便，出血量一般较大，会严重危及生命安全。其次会导

致肠穿孔的发生，当结肠癌属于溃疡型和浸润型时，由于肿瘤的不断生长，癌肿部出现营养障碍，会造成组织破溃、坏死，而导致肠穿孔发生^[7]。最后，会侵犯周围组织，当结直肠癌发展到晚期时，会侵犯到周围组织，比如侵犯膀胱，容易导致尿频、尿急或排尿困难等症状。当侵犯到骶前神经丛时，会出现腰部疼痛、骶尾部疼痛等症状。

临床中通常对早期结直肠癌患者实施手术治疗，常规开腹手术治疗虽然能达到一定的手术效果，但手术创伤较大，患者疼痛严重，术后需要长时间才能康复。因此，临床中提倡对结直肠癌患者实施创新、微创的腹腔镜手术，具有较为显著的特点和优势：首先腹腔镜操作的视野清晰：腹腔镜具有放大、缩小手术视野的作用，与常规的外科手术相比，其视野较清晰，在手术过程中可以保护周围血管、神经^[8]。其次对患者的创伤小，腹腔镜结直肠癌根治术是将腹腔镜插入腹腔内进行手术的手术方法，与开腹手术相比，其创伤相对较小，患者术后恢复一般较快。最后，术后并发症少，由于手术过程中不需要切开、牵拉腹壁，同时对腹部器官的干扰较小，患者在术后发生组织粘连、感染的几率相对较低，患者术后疼痛轻微且能短时间恢复^[9]。

综上所述，在结直肠癌手术中使用腹腔镜手术治疗的疗效和安全性高于开腹手术，建议在日后的临床中推广实施。

参考文献：

[1]韩祥松,李全伟,丁战伟等.腹腔镜结直肠癌根治术治疗老年结直肠癌安全性及其对应激和炎症反应影响[J].社区医学杂志,2022,20(24):1377-1380.

[2]王家淳,姚豪杰.腹腔镜联合同期开放手术治疗同时性结直肠癌肝转移的近远期临床观察及生存分析[J].海军医学杂志,2023,44(02):168-172.

[3]汪涛,胡可俊,鲁斌.腹腔镜下直肠癌根治术加肝部分切除术在结直肠癌伴肝转移中的临床应用[J].中国现代普通外科进展,2023,26(05):385-388.

[4]向荣,杨晓峰.免疫治疗联合腹腔镜结直肠癌根治性手术对结直肠癌患者预后的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(13):30-33.

[5]何承斌,戴武林,陈秋妹.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比较[J].中国现代药物应用,2023,17(08):30-33.

[6]包鑫禹.腹腔镜下微创手术在结直肠癌患者中的临床效果及并发症发生率影响评价[J].中国医疗器械信息,2022,28(13):115-117.

[7]张宏林,荣万水,王延召.无气腹单孔腹腔镜结直肠癌根治术对结直肠癌患者应激反应及并发症的影响[J].癌症进展,2023,21(08):874-876+921.

[8]张文天.腹腔镜结直肠癌根治术治疗老年结直肠癌患者的效果及对胃肠功能的影响分析[J].中国实用医药,2023,18(06):10-14.

[9]沈丽君,周书,施立煌等.腹腔镜根治术对直肠癌患者应激反应、免疫功能指标及并发症的影响[J].浙江创伤外科,2023,28(01):103-105.

通讯作者：邢宝成 性别：男 出生年月日：1979.2.6 职务：副主任医师
学位：本科 研究方向：研究胃肠道肿瘤的微创外科治疗及腹腔热灌注化疗