

全腔镜吻合技术在胃肠道肿瘤根治术中的应用探讨

黎熊

(中国人民解放军西部战区总医院 普通外科 610000)

摘要:目的:探讨在胃肠道肿瘤根治术行胃肠道肿瘤根治术治疗中应用全腔镜吻合技术施治,对促进病患术后恢复的干预意义。方法:试验者是 2019.05 至 2022.04 在本院行胃肠道肿瘤根治术治疗的胃肠道肿瘤病患共计 70 例,采取数字奇偶法将其分作两组,一组设为对照组共 35 例病患,采用腹腔镜辅助治疗,另一组设为观察组共 35 例,采用全腔镜吻合术治疗,比对两组手术指标、术后恢复情况、术后并发症及生活质量各项治疗指标差异。结果:观察组病患与对照组病患吻合操作时间、淋巴结清扫数目及术后并发症无差异, $P > 0.05$; 与对照组病患相比,观察组病患切口长度及术中失血量较低,观察组病患术后肛门排气时间、进食时间、疼痛评分及住院时间更优,观察组病患术后综合、环境、心理、社会及躯体领域各项生活质量评分较高, $P < 0.05$ 。结论:以全腔镜吻合技术开展胃肠道肿瘤根治术,具有切口小、术后失血量低等优势,有利于促进病患术后尽快恢复的同时,还不会增加并发症的发生,对改善病患生活质量起着积极意义,适宜基层医院借鉴应用。

关键词:胃肠道肿瘤;胃肠道肿瘤根治术;全腔镜吻合技术;并发症;术后恢复

胃肠道肿瘤属于临床常见恶性肿瘤类型,具有较高发生率,主要包括小肠癌症、结肠直肠癌及胃癌等^[1-3]。正常情况下消化道是无肿瘤存在的,一旦在受到慢性炎症刺激、先天性基因异常或者接触到致癌物质等因素影响后,易增加疾病发生风险,若未及时得到有效诊治或治疗方法不合理,不仅会加重患者病情,降低其生活质量,病情严重还易危及生命安全,故而展开治疗干预则显得至关重要^[4]。近年来,在居民物质水平不断提高下,促使疾病发生率呈递增态势,目前在治疗中对于符合手术治疗指征病患,临床主要采取手术方式对其施治,胃肠道肿瘤根治术属于主要治疗措施,以往大多以开腹手术为主,但存在着创伤大、术后恢复速度慢等缺点,不利于病患恢复的同时,还会延长其住院时间,增加其经济压力;全腔镜吻合技术作为微创治疗,被逐渐应用在各类疾病治疗中,可得到确切疗效的同时,还具备较高治疗安全性^[4-5]。本研究以 70 例胃肠道肿瘤病患作为试验所选对象,目的是分析以全腔镜吻合技术对病患施治的意义,现进行如下分析:

1. 资料与方法

1.1 病例资料

病例对象是 70 例行手术治疗的胃肠道肿瘤病患,组间以数字奇偶法实施分组,对组间资料进行分析,对照组:最高年龄为 70 岁,最低年龄为 25 岁,均龄 47.24 ± 6.75 岁,有 20 例为男性,有 15 例为女性;肿瘤类型:18 例胃癌、17 例结肠直肠癌;观察组:年龄 27 岁至 68 岁,均龄 47.62 ± 6.43 岁,男女各 22 例及 13 例;肿瘤类型:胃癌及结肠直肠癌各占 15 例及 20 例。对组间资料以统计学分析,结果显示 $P > 0.05$,具备对比意义。本组对象纳入要求:(1)经临床相关检查后明确为胃肠道肿瘤;(2)ASA 分级在Ⅱ级至Ⅲ级;(3)临床资料、病史资料及检查记录等各项资料完善;(4)了解试验内容及流程,同意参与;(5)满足医学伦理学相关要求;(6)具备良好的交流与沟通能力。排除:(1)合并有其它恶性肿瘤存在;(2)不符合手术治疗指征;(3)凝血机制存在障碍;(4)重要脏

表 1 对比组间各项手术指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	吻合操作时间/min	淋巴结清扫数目/枚	切口长度/cm	术中失血量/mL
对照组	35	72.04 ± 8.57	33.16 ± 8.49	7.54 ± 1.62	361.35 ± 69.53
观察组	35	74.82 ± 9.64	32.09 ± 8.67	3.71 ± 0.94	287.64 ± 62.15
t 值	—	1.275	0.522	12.098	4.676
P 值	—	0.207	0.604	0.000	0.000

2.2 术后恢复指标

表 2 所示,与对照组相比,观察组术后恢复更优, $P < 0.05$ 。

表 2 对比组间术后恢复指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肛门排气时间/d	进食时间/d	疼痛程度/分	住院时间/d
对照组	35	4.05 ± 0.76	5.71 ± 1.04	3.48 ± 0.95	12.75 ± 2.12
观察组	35	2.85 ± 0.64	4.28 ± 0.76	2.62 ± 0.74	10.26 ± 1.47
t 值	—	7.145	6.568	4.225	5.710
P 值	—	0.000	0.000	0.000	0.000

器功能存在障碍;(5)精神、智力、意识等方面存在障碍;(6)试验中途因其它因素退出。

1.2 方法

2 组病患入院均接受胃肠道肿瘤根治术,对照组于腹腔镜辅助下开展治疗,即借助腹腔镜对相应组织进行游离,并彻底清扫淋巴结,之后在剑突下方处取 1 个长度约为 5cm 至 7cm 切口重建消化道,明确肿瘤大小、形状及位置后,结合病灶处具体情况予以切除处理,再结合不同手术部位予以相应吻合技术实施肠吻合,术后常规置入引流管;观察组采用全腔镜吻合技术,于腹腔镜下清扫淋巴结,游离相关组织及重建消化道,将所切除标本放至标本袋内,以纵切口方式适当扩大脐部切口,但切口大小不可超过 3cm,之后经该切口将标本取出,根据手术部位采取不同吻合技术实施肠吻合。

1.3 指标观察及判定标准

(1)手术指标,对比指标:吻合操作时间、淋巴结清扫数目、切口长度及术中失血量;(2)术后恢复情况,对比指标:肛门排气时间、进食时间、疼痛程度(选以视觉模拟量表,总分 10 分,得分越高反映疼痛感越剧烈)及住院时间;(3)并发症,对比指标:肠梗阻、切口感染及吻合口漏;(4)生活质量,对比指标:综合、环境、心理、社会及躯体领域,选取世界卫生组织生活质量量表,单项指标总分 100 分,生活质量随得分增加反映越优。

1.4 数据处理

本试验数据以统计学软件 SPSS22.0 展开分析,计数资料以百分数进行表示,检验以卡方值(χ^2);计量资料以($\bar{x} \pm s$)进行表示,检验以 t 值,若组间和(或)组内数据结果显示为 $P < 0.05$,则具备统计学意义。

2 结果

2.1 手术指标

表 1 所示,2 组在吻合操作时间及淋巴结清扫数目方面无差异, $P > 0.05$;但观察组其它手术指标优于对照组, $P < 0.05$ 。

2.3 并发症

表 3 所示, 两组并发症总发生率无差异, $P > 0.05$ 。

表 3 对比组间术后并发症 (n, %)

组别	例数	肠梗阻	切口感染	吻合口漏	总发生
对照组	35	1	1	1	3 (8.57)
观察组	35	1	1	0	2 (5.71)
χ^2 值	—	—	—	—	0.215
P 值	—	—	—	—	0.643

2.4 生活质量

表 4 所示, 观察组施护后生活质量优于对照组, $P < 0.05$ 。

表 4 对比组间生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	综合领域		环境领域		心理领域	
		施治前	施治后	施治前	施治后	施治前	施治后
对照组	35	59.04 $\pm$ 4.85	67.80 $\pm$ 5.24	54.45 $\pm$ 4.27	66.70 $\pm$ 6.01	55.70 $\pm$ 4.42	66.75 $\pm$ 5.04
观察组	35	59.21 $\pm$ 4.27	75.74 $\pm$ 5.08	54.20 $\pm$ 4.72	74.14 $\pm$ 5.76	55.62 $\pm$ 4.50	75.18 $\pm$ 6.23
t 值	—	0.212	8.771	0.317	7.206	0.102	8.481
P 值	—	0.832	0.000	0.752	0.000	0.919	0.000

续表

组别	例数	社会领域		躯体领域	
		施治前	施治后	施治前	施治后
对照组	35	60.70 $\pm$ 4.57	68.11 $\pm$ 4.45	61.14 $\pm$ 4.08	70.63 $\pm$ 4.22
观察组	35	60.54 $\pm$ 4.18	74.60 $\pm$ 5.28	61.25 $\pm$ 4.21	76.50 $\pm$ 4.15
t 值	—	0.208	7.578	0.151	7.996
P 值	—	0.835	0.000	0.880	0.000

3 讨论

现阶段中, 临床上对于胃肠道肿瘤的治疗手段较多, 包括化疗、介入治疗等, 但手术仍属于首选治疗措施[5]。传统开腹手术具有适用范围广、切除彻底、视野清晰等优势, 可将体积较大的肿瘤彻底清除, 然而对于体积较小肿瘤的根除效果并不理想, 存在着术后并发症多、对病患机体创伤较大等不足, 并且易抑制病患术后机体免疫功能, 延长其术后恢复时间[6]。腹腔镜技术有着恢复快、疼痛感轻、低损伤等特点, 已成为众多患者及医师首选治疗措施, 并且随着腹腔镜技术不断完善及程度, 全腹腔镜吻合技术被广泛应用在胃肠道根治术治疗中, 所得疗效更为确切, 并且治疗安全性较高^[7-8]。与此同时, 由于该治疗技术中所选切口较小, 可显著降低病患发生感染风险, 故而与常规手术相比, 其安全性较高, 术后并发症发生率较低^[9-10]。在本次研究当中, 经对比腹腔镜辅助治疗及全腹腔镜吻合术在接受胃肠道肿瘤根治术治疗中的疗效差异, 发现观察组病患吻合操作时间为 74.82 $\pm$ 9.64min、淋巴结清扫数目为 32.09 $\pm$ 8.67 枚, 对照组病患吻合操作时间及淋巴结清扫数目分别为 72.04 $\pm$ 8.57min、33.16 $\pm$ 8.49 枚, 这表明以两种技术施治, 均能够得到一定疗效, 彻底清除淋巴结; 观察组病患切口长度为 3.71 $\pm$ 0.94cm、术中失血量为 287.64 $\pm$ 62.15mL, 低于对照组病患切口长度及术中失血量 7.54 $\pm$ 1.62cm、361.35 $\pm$ 69.53mL, 可见与腹腔镜辅助治疗相比, 以全腹腔镜吻合术实施治疗可降低手术对病患机体所造成的损伤, 利于促进其术后恢复, 同时手术切口在预后所留下瘢痕不易被病患所排斥; 观察组及对照组病患术后并发症总发生率并无显著差异, 分别为 5.71%、8.57%, 证实应用全腹腔镜手术治疗的成功率高于腹腔镜辅助, 不仅具备较高应用可行性, 利于病患术后恢复, 且应用该治疗技术可显著降低吻合难度, 促使其更具备实用性; 本研究结果还显示观察组病患肛门排气时间为 2.85 $\pm$ 0.64d、进食时间为 4.28 $\pm$ 0.76d、疼痛评分为 2.62 $\pm$ 0.74 分、住院时间为 10.26 $\pm$ 1.47d, 低于对照组病患肛门排气时间、进食时间、疼痛评分及住院时间各项恢复指标 4.05 $\pm$ 0.76d、5.71 $\pm$ 1.04d、3.48 $\pm$ 0.95 分、12.75 $\pm$ 2.12d, 且观察组病患术后综合领域评分为 75.74 $\pm$ 5.08 分、环境领域评分为 74.14 $\pm$ 5.76 分、心理领域评分为 75.18 $\pm$ 6.23 分、社会领域评分为 74.60 $\pm$ 5.28 分、躯体领域评分为 76.50 $\pm$ 4.15 分, 高于对照组病

患综合、环境、心理、社会及躯体领域各项生活质量评分 67.80 $\pm$ 5.24 分、66.70 $\pm$ 6.01 分、66.75 $\pm$ 5.04 分、68.11 $\pm$ 4.45 分、70.63 $\pm$ 4.22 分, 通过应用全腹腔镜吻合技术可有效缩短病患术后恢复时间, 减少其术后疼痛感的同时, 还能起到提升其生活质量的作用, 可为病患提供良好治疗体验, 减少手术给其带来的痛苦感。

综上所述, 对于胃肠道肿瘤病患的治疗, 应用全腹腔镜吻合技术施治, 可得到理想的干预效果, 利于促进病患术后恢复, 建议推广。

参考文献:

- [1] 庄奕翔, 林高枫, 许国玺等. 免疫检查点抑制剂在胃肠道肿瘤治疗的研究进展及安全性探讨[J]. 中国医师杂志, 2022, 24(03): 338-340, 345.
- [2] 高志强. 腹腔镜与内镜联合手术治疗胃肠道肿瘤的临床效果分析[J]. 影像研究与医学应用, 2022, 6(04): 182-184.
- [3] 赵长海, 高维远, 王强等. 腹腔镜与内镜联合手术治疗胃肠道肿瘤效果分析[J]. 吉林医学, 2019, 40(08): 1764-1765.
- [4] 张一帆, 杨勇. 腹腔镜手术治疗胃肠道肿瘤的临床效果观察[J]. 基层医学论坛, 2019, 23(25): 3688-3689.
- [5] 高玉华, 韩涛, 任雪艳等. 醋酸林格液用于目标导向液体治疗对老年胃肠道肿瘤手术患者血气及肠道功能的影响[J]. 广东医学, 2019, 40(05): 706-709.
- [6] 陈钦, 孙卫江, 余妙芬等. 全腹腔镜吻合技术在胃肠道肿瘤根治术中的应用[J]. 吉林医学, 2020, 41(06): 1401-1402.
- [7] 贾昀豪. 腹腔镜与内镜联合手术治疗胃肠道肿瘤临床疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(08): 147-148.
- [8] 邓君进. 血府逐瘀汤联合针刺内关穴治疗冠心病不稳定型心绞痛(胸痹心血瘀阻证)临床疗效评价[J]. 系统医学, 2019, 4(16): 132-134.
- [9] 袁晓红, 李鹏, 许刚. 胃肠道肿瘤患者行腹腔镜下手术治疗的效果及对 PT、APTT、炎性介质水平的影响[J]. 国际检验医学杂志, 2019, 40(22): 2771-2774.
- [10] 梁永艺, 谭硕果, 刘福德. 腹腔镜切除与内镜联合治疗胃肠道肿瘤的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(22): 54-55.