

腹腔镜联合控制性创伤治疗老年性低位直肠癌的可行性分析

姚永良, 余 凤, 杨 珮

(曲靖市第二人民医院胃肠外科, 云南 曲靖 655000)

[关键词] 腹腔镜; 控制性创伤; 老年性低位直肠癌;

[中图分类号] R735.3+1 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2015) 02-0142-02

既往的研究结果显示^[1]: 老年性低位直肠癌患者如果不能得到有效的治疗, 患者的晚年生活质量将会大大降低。鉴于此, 为了探究临床有效治疗老年性低位直肠癌的可靠方法, 从而为老年性低位直肠癌的临床治疗和研究提供借鉴依据, 对曲靖市第二人民医院近年来临床治疗老年性低位直肠癌患者的实践经验进行了如下总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究所选取的研究对象均为 2010 年 12 月至 2012 年 12 月期间曲靖市第二人民医院收治的老年性低位直肠癌患者, 共计 244 例。其中, 男性 144 例, 女性 100 例, 年龄 70~77 岁, 平均 (74.34 ± 1.45) 岁。随机对患者进行分组, 分成了腹腔镜组和开腹手术组, 每组患者 122 例。2 组患者一般临床基线资料组间比较无显著差异, 因此具有临床研究可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 腹腔镜组的手术方法 本组患者均采用腹腔镜联合控制性创伤的治疗方法。具体操作如下^[2,3]: 采用 3~4 孔法。拟行横结肠造瘘的患者取头高足低位, 穿刺 10 mm Trocar 作为腹腔镜观察孔, 在腹腔镜引导下于左中上腹分别穿刺 5 mm Trocar 作为操作孔。于镜下选择较合适的结肠段, 如有粘连, 先分离粘连, 用无损伤肠钳夹持肠管, 于上腹部腹壁做椭圆形切口, 拉出横结肠造瘘。乙状结肠造瘘的患者取头低足高位, 于右侧中下腹穿刺两枚 5 mm Trocar, 作为操作孔。首先探查全腹腔, 观察有无腹水、肝或其他脏器有无转移、腹腔粘连情况、病灶位置、浸润范围及程度。在直肠病灶以上解剖乙状结肠外侧腹膜, 由侧腹壁游离乙状

结肠及结肠系膜。注意勿损伤左输尿管, 除非患者肥胖、乙状结肠较短, 无法获得满意的游离度, 否则无需打开乙状结肠内侧腹膜。选择拟造瘘的肠段, 用无损伤肠钳夹持, 于左下腹壁做圆形切口, 由此处拉出乙状结肠造瘘。

1.2.2 开腹手术组的手术方法 本组患者均采用常规的开腹手术治疗方法^[4]。

1.3 观察指标

本次研究的观察指标为 2 组患者实施手术治疗后的出血量、肠道功能恢复时间、恢复流质饮食时间、下床活动时间和不良反应发生情况。

1.4 统计学方法

用软件 SPSS 对数据进行统计学分析, 等级资料的比较要用秩和检验, 计量资料用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示; 均数间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者实施不同临床治疗措施后的相关临床指标比较

2 组患者实施不同临床治疗措施后的相关临床指标比较结果如下: 在出血量、肠道功能恢复时间、恢复流质饮食时间和下床活动时间等 4 项指标上, 组间比较, 腹腔镜组患者的 4 项指标水平均明显的优于开腹手术组患者, 且组间比较, 数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体数据比较情况详见表 1。

2.2 2 组患者实施不同临床治疗措施后并发症发生情况比较

2 组患者实施不同临床治疗措施后并发症发生情况比较结果如下: 腹腔镜组 122 例患者中, 出现并发症的患者 19 例, 并发症发生率为 15.57%; 开

[作者简介] 姚永良 (1976~), 男, 云南师宗县人, 医学学士, 主治医师, 主要从事胃肠外科临床工作。

腹手术组 122 例患者中, 出现并发症的患者 51 例, 并发症发生率为 41.80%。并发症发生率组间比较, 开腹手术组患者的并发症发生率显著的高于腹腔镜组, 且组间数据比较差异有统计学意义 ($P <$

0.01)。全部患者中并发症均以腹部伤口感染和营养不良为主。

表 1 2 组患者实施不同临床治疗措施后的相关临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

分 组	n	出血量 (mL)	肠道功能恢复时间 (d)	恢复流质饮食时间 (d)	下床活动时间 (d)
腹腔镜组	122	69.53 ± 23.45	2.01 ± 1.31	3.28 ± 1.23	2.98 ± 1.62
开腹手术组	122	100.24 ± 34.56**	5.21 ± 2.23**	5.72 ± 2.76**	8.13 ± 2.67**

与腹腔镜组比较, ** $P < 0.01$ 。

3 讨论

在临床实践的过程中, 直肠癌实际上属于胃肠道中较为常见的恶性肿瘤疾病之一。从临床统计数据资料上分析, 直肠癌发病率水平相对较高, 目前已经成为仅次于胃和食道癌发病的癌症。相关患者人群规模呈现出扩大趋势, 发病率水平逐年缓慢升高。患者发病后不仅仅降低其生活质量, 同时在一定程度上威胁其生命健康, 因此临床上针对直肠癌的相关研究具有重要的现实意义和研究价值^[9]。

既往临床上关于治疗老年性低位直肠癌的相关研究和报道分析结果显示^[6-8]: 采用传统手术治疗方法, 虽然可以取得一定的临床治疗效果, 但是相关患者在手术过程中所遭受的创伤程度往往较大, 患者术后恢复过程相对缓慢, 整体治疗效果有待提高。对于老年性人群来说, 往往整体体质水平相对较差, 有些患者还同时还患有其他慢性疾病。因此, 老年患者对于手术本身的耐受性相对较差, 采用传统开腹手术并不是最为理想的手段和方法。从本文研究数据上分析, 采用开腹手术的患者更容易发生伤口感染, 同时由于身体较为虚弱而并发的营养不良性疾病的比例也大幅升高。

随着微创技术的不断发展以及相关医疗器械的不断更新, 腹腔镜联合控制性创伤治疗老年性低位直肠癌的方式被提出, 同时逐渐发展起来。采用腹腔镜联合控制性创伤治疗方式具有显著的临床特点和比较优势。采用腹腔镜联合控制性创伤治疗的患者, 其手术过程中的创伤程度被有效的控制。在这样的前提条件下, 就为老年患者的术后恢复, 特别是早期下床活动、促进胃肠功能早期恢复、避免或者减轻肺部、泌尿系等感染的几率等创造了良好的条件。从本文比较数据上也可证实这一优势。

此外, 临床报道结果认为: 针对直肠肿瘤如果采取姑息性类手术, 可以切断乙状结肠下动脉、直

肠上、中动脉动脉, 从而有效的减少肿瘤的血供, 最终导致肿瘤生长缓慢或者停止生长等, 因此, 可有效延长带癌生存患者的生存期^[9]。

因此, 综合以上分析和阐述, 可以得出以下结论: 在临床上针对老年性低位直肠癌患者实施治疗的实践过程中, 与传统手术治疗方法相比, 采用腹腔镜联合控制性创伤方式的临床效果显著, 是临床针对老年性低位直肠癌患者实施治疗的理想选择。

[参考文献]

- [1] 鲜振宇, 任东林, 谢尚奎, 等. 无辅助切口腹腔镜切除超低位直肠癌两种改良Parks术吻合方法比较 [J]. 中华普通外科杂志, 2013, 28(12):973 - 974.
- [2] 陈开运, 向国安, 王汉宁, 等. 免辅助切口腹腔镜手术治疗低位直肠癌[J]. 中华普通外科杂志, 2010, 25(2): 137 - 140.
- [3] 陈文轩, 蒋伟忠, 刘星, 等. 腹腔镜与开腹中低位直肠癌根治术后并发症比较的Meta分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2013, 16(12):1 174 - 1 179.
- [4] 周彤, 张广军, 刘作良, 等. 腹腔镜与开腹经括约肌间超低位直肠癌保肛手术的临床对照研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2013, 16(6):565 - 569.
- [5] 李彦良, 宋希林, 孙现军, 等. 腹腔镜与传统手术联合新辅助放化疗治疗中低位直肠癌短期疗效对比[J]. 中华普通外科杂志, 2012, 27(1):68 - 69.
- [6] 唐晓军, 庞利群, 赵耀. 腹腔镜下直肠拖出切除治疗低位直肠癌的临床研究 [J]. 中华全科医师杂志, 2011, 10(12):894 - 895.
- [7] 曲超, 袁荣发, 黄俊, 等. 腹腔镜全直肠系膜切除术治疗中低位直肠癌的Meta分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2013, 16(8):748 - 752.
- [8] 秦海, 张锡朋, 周毅, 等. 腹腔镜全直肠系膜切除术治疗中低位直肠癌 [J]. 中华肿瘤杂志, 2010, 32(2): 156 - 157.

(2014 - 12 - 21 收稿)