



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.030
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3833.shtml

· 临床报道 ·

腹腔镜辅助直肠癌保肛手术治疗的临床研究

李龙振, 齐红海

(吉林省延吉市延边第二人民医院 普通外科, 吉林 延吉 133000)

摘要

目的: 探讨腹腔镜辅助直肠癌保肛手术治疗方法及效果。

方法: 2007年8月—2012年8月入院的90例中低位直肠癌患者, 随机分为对照组和观察组。对照组采用常规的套入式吻合保肛术, 观察组采用腹腔镜辅助直肠癌保肛术, 比较两组临床治疗疗效及不良反应发生率。

结果: 观察组手术时间、术中出血量、切口长度、排气时间、拔尿管时间、拆线时间及住院时间分别为(172.23 ± 29.38) min、(64.29 ± 9.27) mL、(4.21 ± 0.38) cm、(4.01 ± 0.33) d、(3.98 ± 0.44) d、(6.77 ± 0.42) d及(9.39 ± 1.11) d, 对照组分别为(205.13 ± 14.40) min、(88.19 ± 11.17) mL、(6.02 ± 0.79) cm、(5.02 ± 0.59) d、(5.19 ± 0.75) d、(8.03 ± 0.99) d及(8.00 ± 0.89) d, 两组上述指标比较, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$); 对照组不良反应发生率为28.89%, 明显高于观察组(11.11%) ($P < 0.01$)。

结论: 腹腔镜辅助直肠癌保肛手术治疗效果显著, 并发症发生率低, 值得在基层医院推广并应用。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(3):398-400]

关键词

直肠肿瘤 / 外科学; 直肠切除术, 腹腔镜; 保肛术

中图分类号: R657.1

随着微创手术的不断发展与进步, 腹腔镜手术越来越多地应用于临床治疗。相关研究^[1]表明: 腹腔镜辅助直肠癌保肛术已经在临床上取得了比较满意的效果, 远远优于传统的手术治疗方式, 本研究主要采用前瞻性分析的方法, 将2007年8月—2012年8月入住我院的90例中低位直肠癌患者的临床资料进行对比分析, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2007年8月—2012年8月入住我院的90例中低位直肠癌患者, 其中男49例, 女41例; 年龄49~79岁, 平均(62.10 ± 9.89)岁; 病程1~9年, 平均(5.20 ± 1.11)年。肿瘤大体分型: 隆起型35例,

溃疡型36例, 浸润型19例。肿瘤Dukes分期: A期39例, B期30例, C期21例。将本组患者随机分为例数相等的对照组与观察组, 两组在一般资料方面无统计学差异($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 本组采用圆形吻合器低位前切除器械吻合保肛术, 具体步骤为: 腹部手术与Miles手术相同, 首先将肠系膜下的动静脉血管进行解剖, 且于根部切断以及结扎。游离乙状结肠, 根据全直肠系膜切除术的有关原则将直肠至肿瘤远端, 游离直肠远端系膜使直肠系膜切除与肿瘤之间的距离 < 5 cm。拟切除乙状结肠上荷包钳切断并行断端消毒之后, 将圆形端吻合器抵钉座置于近端肠管之中, 收紧荷包线打结固定完全之后抵钉座备吻合。中低位直肠癌者其远端一般采用上荷包钳后切断直肠并完成远端荷包缝合。会阴部再次消毒后扩肛使肛门处于松弛状态, 自肛门缓慢放入圆形吻合器至直肠闭合端后轻轻顶起, 旋转吻合器把手尾端的旋转钮从直肠闭合中心引出钻钉, 拔出钻钉后于近端已备好的抵钉座衔接, 收紧旋转钮完成对结, 打开保险击发完成切割吻合, 缓慢退出吻合器。本

收稿日期: 2013-06-28; 修订日期: 2014-01-27。

作者简介: 李龙振, 吉林省延吉市延边第二人民医院副主任医师, 主要从事胃肠、肝胆外科方面的研究。

通信作者: 齐红海, Email: qihonghai@163.com

组均采用圆形吻合器行结肠及直肠端端吻合^[2]。

1.2.2 观察组 主要采用腹腔镜辅助直结肠保肛术进行治疗。患者取截石位,于气管插管静脉复合麻醉条件下进行腹腔镜辅助直结肠根治术,手术者位于患者的右侧位置,首先于肚脐下缘切口3 cm,经过该切口将气腹针插入其中,构建人工气腹,压力于12 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)条件下降气腹针拔出,经此切口将腹腔镜镜头置入其中,首先行腹腔镜探查,以确定肿块的具体位置,排除合并症以及腹腔转移等。分别于右侧麦氏切口1 cm作为主操作孔,右下腹腹直肌外缘与肚脐齐平位置切口5 mm作为辅助操作孔,左侧腹直肌外缘肚脐水平切口5 mm作为另外一个辅助操作孔。超声刀首先行游离直结肠两侧腹膜及系膜,行全直结肠系膜切除术,将肠系膜下动脉进行游离。于根部以生物夹以及钛夹各1枚进行夹闭,以避免损伤输尿管、生殖血管及腹盆腔神经丛,向下游离骶前及直

肠周围疏松组织,清除淋巴结^[3]。

1.3 观察指标

比较两组手术时间、术中出血量、切口长度、排气时间、拔尿管时间、拆线时间、住院时间及并发症发生率。

1.4 统计学处理

数据均由SPSS 16.0软件进行统计及分析,计量数据采用 χ^2 检验,计数资料采用 t 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗疗效对比

观察组在手术时间、术中出血量、切口长度、排气时间、拔尿管时间、拆线时间、住院时间等方面均优于对照组,两组比较差异均有统计学意义($P<0.05$)(表1)。

表1 对照组与观察组治疗疗效比较($n=45, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	切口长度 (cm)	排气时间 (d)	拔尿管时间 (d)	拆线时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	172.23 ± 29.38	64.29 ± 9.27	4.21 ± 0.38	4.01 ± 0.33	3.98 ± 0.44	6.77 ± 0.42	9.39 ± 1.11
对照组	205.13 ± 14.40	88.19 ± 11.17	6.02 ± 0.79	5.02 ± 0.59	5.19 ± 0.75	8.03 ± 0.99	8.00 ± 0.89
t	5.292	3.449	6.718	3.019	3.672	5.192	3.379
P	<0.05	<0.05	<0.01	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组并发症发生率对比

术后并发症主要有:便秘、便急、排便不尽感。观察组并发症总发生率明显低于对照组($P<0.01$)(表2)。

表2 对照组与观察组并发症发生率比较[$n=45, n(\%)$]

组别	便秘	便急	排便不尽感	头晕	总发生率 (%)
观察组	2(4.44)	1(2.22)	2(4.44)	0(0)	11.11
对照组	9(20.00)	2(4.44)	1(2.22)	1(2.22)	28.89
χ^2	—	—	—	—	12.029
P	—	—	—	—	<0.01

3 讨论

近年来,直肠癌外科治疗技术迅速发展,有效降低了直肠癌局部复发率。腹腔镜直肠癌手术基本保留了开腹手术的原则及全部优点,同时减少了创伤及术后疤痕,符合手术美学的要求,患者依从性更高。随着腹腔镜技术的日益成熟,其已达到最

大限度保留肛门,改善患者术后生活质量的程度上展现出其特有的技术优势,且与传统开腹手术相比,具有肠道功能恢复快、不增加手术的并发症、住院时间短等优点,逐渐得以推广应用。腹腔镜在直肠癌的应用经历约10年的发展,技术手段已逐渐成熟,腹腔镜治疗直肠癌遵循开腹直肠癌手术设计及术式^[4]。

本资料主要观察指标包括:比较两组手术时间、术中出血量、切口长度、排气时间、拔尿管时间、拆线时间、住院时间及不良反应发生率。结果表明:观察组与对照组在手术时间、术中出血量、切口长度、排气时间、拔尿管时间、拆线时间、住院时间等方面的差异有统计学意义($P<0.05$)。由于腹腔镜手术缩短了时间,出血较少,患者各器官系统的负担更小。从而使得患者术后排气快,拔尿管时间、拆线时间及住院时间均较短。这一结果表明腹腔镜手术能够提供最佳的术后早期生活质量,不仅减轻了患者的痛苦,也提高了患者满意度,改善了医患关系,既具有技术价值,亦具有社会价值。此外,

较小的切口长度也使得患者减轻了心理压力，特别是女性患者，她们对术后皮肤是否能保持一定的美观抱持较高的关注。腹腔镜手术能最大限度满足她们的要求。由于腹腔镜手术给患者身体造成的负担较小，侵袭性较低，患者术后出现并发症几率理论上应有所下降，本次研究结果也证实了这一点，观察组并发症发生率明显低于对照组 ($P < 0.01$)。

综上所述，腹腔镜辅助直肠癌保肛手术治疗效果显著，并发症发生率低，与传统开腹手术相比较，具有更好的疗效及安全性，提高了患者依从性，值得在基层医院推广应用。

参考文献

[1] 张进峰. 腹腔镜与开腹直肠癌全系膜切除术近期疗效及并发症

分析[J]. 中国现代医生, 2010, 48(35):178-179.

[2] 白雪峰, 王平瑜, 张俊杰, 等. 腹腔镜辅助中低位直肠癌保肛手术 36 例临床观察[J]. 中国医学创新, 2011, 8(30):118-119.

[3] 王兴国, 李胜. 中低位直肠癌保肛术 1 1 0 例临床观察[J]. 陕西医学杂志, 2013, 42(3):303-304.

[4] 李世拥, 梁振家, 苑树俊, 等. 中低位直肠癌行套入式吻合保肛术 3 7 1 例临床经验[J]. 中华胃肠外科杂志, 2010, 13(4): 263-265.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 李龙振, 齐红海. 腹腔镜辅助直肠癌保肛手术治疗的临床研究[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(3):398-400. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.030

Cite this article as: LI LZ, QI HH. Laparoscopic-assisted anus-preservation operation for rectal cancer: a clinical study[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(3):398-400. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.030



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.031
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3834.shtml

· 病案报告 ·

碘-125 粒子植入治疗无法切除的胰腺实性假乳头状瘤 1 例

吴海清¹, 胡巧娟²

(1. 武警广西总队医院 病理科, 广西南宁 530003; 2. 武警广西总队医院 检验科, 广西南宁 530003)

关键词: 胰腺肿瘤 / 放射疗法; 假乳头状瘤, 实性; 病例报告

中图分类号: R657.5

患者 男, 48 岁。2013 年 3 月初无明显诱因下出现上腹阵发性疼痛, 呈刺痛, 并向腰背部放射, 时有恶心、呕吐, 呕吐物为黄色胃内容物, 无畏寒、发热、胸闷、胸痛、腹胀、腹泻等症状, 肝功能正常。肿瘤标志物: AFP 4.33 ng/mL; CEA 2.43 ng/mL; CA125 9.94 U/mL;

CA19-9 33.45 U/mL。体检: 生命征正常, 巩膜轻度黄染, 上腹部平坦, 剑突下压痛, 无反跳痛。腹部 B 超: 胰尾部不规则实质性占位性病变(胰腺癌?), 肝右叶多发实质性占位性病变(转移癌?), 肝右叶囊性占位性病变(肝囊肿), 胆、脾、双肾回声未见异常。腹部 CT 增强: 胰腺见约 4 cm 大小圆形肿块影, 增强呈不均匀强化, 肝胃之间见约 9 cm 大小低密度块影, 肝内多发结节状动脉影呈环形强化, 周围呈环形低密度影, 考虑胰腺癌伴胃小弯淋巴结及肝脏转移。诊断为胰腺癌。完善术前准备后, 在全麻条件下剖腹探查行胰腺癌碘-125 粒子植入术 + 取

活检术。探查见肝脏稍增大, 质变硬, 色泽暗红, 尚光滑, 表面有多个结节, 肝右叶可触及多个小包块, 大小约为 1 cm × 1 cm, 稍突出于肝表面, 肿块质韧, 边界不清, 考虑胰腺癌并肝脏转移; 胆囊无增大; 胰头见一大约 9 cm × 7 cm 不规则肿块, 胰体及胰尾见多个大小不规则肿块, 质硬, 边界欠清, 肿瘤向前向上凸起, 与胃小弯相连, 压迫十二指肠; 胃小弯胃壁局部增厚, 胃体隆起; 腹膜后未见肿大淋巴结; 余探查未见明显异常。取肿瘤组织进行活检。免疫组化: ER(-), PR(-), CD10(-), CK7(-), CEA(-), CgA(+), CD56(+), Syn(+).

收稿日期: 2013-12-16;

修订日期: 2014-02-09。

作者简介: 吴海清, 武警广西总队医院住院医师, 主要从事外科病理方面的研究。

通信作者: 吴海清, Email: wuhaiqing861012@126.com