

腹腔镜右半结肠切除术 32 例临床分析

周沁晔

武警后勤学院 天津 300000

〔摘要〕 结肠癌肿瘤是所有肿瘤中比较顽固的一种，因为结肠本身处于的位置比较复杂，有许多的器官毗邻，在进行传统的肿瘤切除手术时，容易伤到其他器官，造成更加严重的病症^[1]。腹腔镜右半结肠切除术，在一定程度上减小了手术的难度，但是在临床上进行手术的危险性还是比较高的。本文主要探讨腹腔镜外科技术在右半结肠切除术中的应用。

〔关键词〕 腹腔镜；右半结肠；切除术；临床分析

〔中图分类号〕 R735.35 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 2095-7165 (2018) 03-0063-02

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

腹腔镜右半结肠切除术（腹腔镜组）32 例，男 17 例，女 15 例；年龄 22 ~ 72 岁，平均 (55.9 ± 17.8) 岁。32 例术前均行胸片、结肠镜、钡灌肠和腹盆腔的 CT 检查，病理活检证实为腺癌。收集的数据还包括手术时间、手术切口长度、出血量、中转开腹率、排气时间、住院天数、切除标本长度、清扫淋巴结数、术后并发症、随访时间、复发类型等。所有患者的其他资料无统计学差异。

1.2 手术方法

(1) 术前准备。两组病例术前准备相同，术前纠正患者存在的贫血、电解质紊乱等合并症，控制血糖、血压在可耐受手术范围内。术前 1d 行肠道准备，术中常规使用第二代头孢菌素等抗生素。

(2) 腹腔镜组。均采用气管插管、静脉复合麻醉。取截石位，头低足高左侧倾斜 30°，脐上缘 10mm 戳孔作为观察孔，气腹压力设定为 10 ~ 12mmHg，首先由远及近全面探查腹腔，手术径路选择中间入路，首先沿肠系膜上静脉方向向上分别解剖并骨骼化回结肠血管、右结肠动静脉、Helen 胃结肠共同干、结肠中动脉右支，分别夹闭切断，清扫中央组淋巴结。在肠系膜上静脉右缘自下向上切开右结肠系膜后叶，沿结肠系膜后叶 (Tooldt 筋膜) 及 Gerota 筋膜间的无血管区分离至肝区，完整切除结肠系膜前后叶，清扫系膜内淋巴及脂肪组织。超声刀切开胃结肠韧带，打开肝结肠韧带和右膈结肠韧带，充分游离肠管后于右腹作一 4 ~ 7cm 的纵行小切口，置入切口保护套后于体外切除右半结肠包括相应肠管及肿瘤和系膜，体外行回肠结肠侧侧吻合。

(3) 传统开腹手术组。行腹部正中切口，手术径路选择中间入路，手术方式及切除范围与腹腔镜组相同，行回肠结肠侧侧或端侧吻合。

(4) 观察指标。比较腹腔镜组与开腹组患者的手术时间、术中出血量、术后胃肠功能恢复情况、住院时间、清扫淋巴结总数、并发症等，并进行对比分析，评价腹腔镜右半结肠切除术的安全性并作近期疗效比较分析。

1.3 统计方法

所有数据采用 SPSS17.0 统计学软件进行统计学分析。计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验进行两组均数间比较，计数资料用 n (%) 表示，采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组患者术中观察指标比较

32 例结直肠癌患者均可完成手术，无手术死亡病例，腹腔镜组无中转开腹病例。结果显示，腹腔镜组手术时间、手术切口长度、术中失血量与传统开腹手术相比，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，其中腹腔镜切口长度显著小于开腹手术，术中失血量明显少于开腹手术，但手术时间较传统开腹手术时间稍长。两组在淋巴结清扫上并差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.2 两组患者术后恢复指标比较

32 例结直肠癌患者在完成手术后的相关指标比较结果显示，腹腔镜组患者的下床活动时间、术后排气时间、术后进食时间、总住院时间均优于传统开腹手术，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 术后并发症比较

右半结肠切除外科相关并发症主要有吻合口瘘、内病肠梗阻、出血、术后感染等。腹腔镜手术虽然精细操作，但多数研究发现其术后并发症比开腹手术低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

结肠癌的根治性取决于肿瘤的分化程度、病理分期、手术切除范围、术后放、化疗等诸多综合因素。大量回顾性研究表明，腹腔镜结肠癌手术在肿瘤的根治性、手术时间以及远期疗效等方面均与传统开腹手术相似^[2]。LezocheE 等进行的非随机对照研究以及目前欧美国家正在进行的多中心前瞻性随机腹腔镜与开腹手术对比的临床研究，表明腹腔镜手术切除标本长度、切除范围及淋巴结清扫数目均与开腹手术无明显差异。本组 32 例清扫淋巴结数目 (16.0 ± 7.0) 枚，所有患者术后病理显示，切缘均无肿瘤细胞浸润，完全达到传统开腹结肠肿瘤根治术的要求。本研究认为腹腔镜结肠肿瘤的手术与开腹手术一样，关键在于手术中遵循肿瘤的根治原则，包括主要供血血管根部结扎、切除结肠系膜、清扫淋巴脂肪组织、术中肿瘤非接触原则、切除肿瘤两端足够长度的肠管等。其次术中操作线路明确，保持手术视野清晰，气腹压控制在一定范围内 (12 ~ 14mmHg 以下) 也至关重要。

有关腹腔镜结肠癌根治术的远期临床疗效的一项前瞻性临床研究证实，在 I、II 期结肠癌患者中，腹腔镜组与传统开腹手术组的远期疗效无显著差异^[3]。由于腹腔镜右半结肠

(下转第 66 页)

为能够充分提升医学检验质量,保证患者的治疗和康复,应从医学检验实际出发,分析探讨临床医学检验质量控制的诸多影响因素,制定有效的应对措施。本研究根据调查结果,深入分析原因,总结以下几方面措施:(1)检验的准备阶段:此阶段的影响因素繁杂,诸如患者的行为不当以及药物的影响等,此时医护人员应及时与患者进行沟通,向其详细讲述检验的相关注意事项,并说明原因,以消除患者忧虑、抗拒等不良心理情绪。(2)样本采集阶段:给予患者心理支持,维持其情绪稳定,特别是老人和儿童,有些儿童在血液采集过程中,会由于疼痛而出现恐惧、多动等行为,影响血液标本的采集,导致检验失误。医务人员应当依照不同的年龄段,针对不同的疾病类型,选择适宜的样本采集措施和方案^[5]。(3)样本的处理检验阶段:此阶段的任何问题是医护人员主观因素所致,包括其工作态度、技能水平等,因而医院应当加强对医护人员的培训与考核,以提升其检验水平,最大限度的减少样本污损、丢失等各种低级问题的发生。(4)检验的设备和方法不当:这属于客观因素,为避免这一类问题的出现而影响检验的质量

和水平,医院应定期对各医疗设备实施检查,一旦发现问题,就应及时处理和更换,同时将所检查的数据予以备份,适当的引进先进的检验设备,以消除客观因素的影响^[6]。

综上所述,临床医学检验质量控制的影响因素较多,因而应当结合医学检验实际,制订具有针对性的应对措施,以促进临床医学检验水质质量提升。

[参考文献]

- [1] 鞠建国.对临床医学检验质量控制的影响因素分析及应对措施探究[J].世界最新医学信息文摘:电子版,2017,16(42):155-156.
- [2] 罗世娟,唐红玉.临床医学检验质量控制的影响因素探讨及应对措施[J].保健文汇,2017,18(8):20-22.
- [3] 袁祯流.对临床医学检验质量控制的影响因素分析及应对措施探究[J].科技风,2016,10(18):65.
- [4] 罗彩燕.临床医学检验质量控制的影响因素探讨及应对措施[J].当代医学,2016,22(30):94.
- [5] 朱镜飞.临床医学检验质量控制的影响因素探讨及应对措施[J].当代医学,2015,16(19):78-79.

(上接第 63 页)

切除术需要分离切断的血管范围大,相对直肠、乙状结肠癌手术而言难度大,学习曲线亦相对较长,故手术者需有一定的经验,合理选择中转开腹时机及运用超声刀及 LigaSu 腹腔镜手术作为一种先进的手术方法、康复快、疼痛轻的优点已得到认可,有西方医学家比较了腹腔镜手术与开腹右半结肠切除术患者的情况,前者镇痛要求少,手术切口明显缩小,术后康复快、并发症与开腹手术相似,但发生率低^[4]。本组 32 例均未发生切口种植转移,对于腹腔镜手术的淋巴结清扫能否达到常规开腹手术同样的效果,已有的临床研究表明,腹腔镜结肠癌手术在根治性上与开腹手术有相似的疗效,在生存率和局部复发方面也与常规开腹手术相似,腹腔镜结肠癌手术是符合肿瘤根治原则的,在淋巴结清扫数目和切缘长度上与开腹手术也无显著差异。以往腹腔镜右半结肠切除术多在体外完成肠道吻合,但近年来随着器械的进步,可采用术前腹腔镜注射美兰的方法,当然联合术中肠镜检查更可帮助精确定位,因此体内吻合需有条件、有经验的单位慎重选择。本研究认为随着手术技术的提高,腹腔镜结肠癌根治术完全

可达到或超过传统开腹手术的效果。

4 结束语

腹腔镜辅助右半结肠切除术是安全可行的,适合于各期的回盲部和升结肠肿瘤,只要手术医师遵守肿瘤处理原则、熟练掌握腹腔镜技术,就能顺利地地完成此类手术。腹腔镜右半结肠切除术在手术时间、出血量、短期疗效等方面显示出令人满意的结果,适合在基层医院开展,其根治性及肿瘤安全性有待长期随访观察。

[参考文献]

- [1] 郑民华.腹腔镜手术在普外科的应用与发展趋势[J].中国微创外科杂志,2010,10(12):1057-1509.
- [2] 龚丁培,陆爱国,冯浩等.腹腔镜辅助与开腹手术行右半结肠切除术疗效比较[J].中国实用外科杂志,2013,33(1):77-80.
- [3] 杜峰,王栓铎,李毅星.腹腔镜与开腹右半结肠切除术根治结肠癌疗效比较[J].中外医疗杂志,2011,30(11):51-53.
- [4] 刘永光,郭澎,孙军席等.腹腔镜结直肠癌根治术与同期开腹手术的回溯性研究[J].中国肿瘤临床与康复,2010,17(5):469-471.

(上接第 64 页)

观察组患者术后无一例患者出现残留组织和畸形子宫,参照组患者术后出现残留组织 5 例(12.5%),畸形子宫 6 例(15.0%),组间对比($P < 0.05$)。

3 讨论

近年来,随着各种性传播疾病的逐渐增加与环境污染问题的不断恶化,稽留流产患者的发病例数也在逐渐增加。该疾病的病因主要和遗传因素造成胚胎发育异常、病毒感染、母体内分泌异常、具有子宫病变和畸形等有关^[2],因稽留流产患者的妊娠组织容易产生机化,且与宫腔紧密相连,造成部分患者不能一次彻底清宫,所以通常需要反复行清宫术处理。临床经验表明,传统清宫术常伴发清宫不全、漏刮情况,同时行盲目清宫与多次清宫等处理易造成子宫内膜受损,进而导致患者出现月经量减少、闭经及宫腔粘连等后果,甚至造成不孕,进而显著提高了患者再次妊娠时的并发症发生风险。

宫腔镜手术是近年来临床新兴的微创术式,已被广泛用于稽留流产患者的诊断、治疗,其可准确定位患者的病灶位置,

有助于后续的清宫处理。而与传统清宫术相比,该术式的优点在于微创、疼痛程度轻、肠道干扰少及术后恢复快,同时其还弥补该术式的视野盲区缺点,有效避免了患者子宫内膜的受损,进而有效降低了患者的再次手术率^[3-4]。本研究显示,观察组患者的术后阴道流血持续时间较参照组患者显著较短,观察组患者术后的残留组织和畸形子宫发生率较参照组显著较低。

综上所述,宫腔镜在稽留流产患者的临床诊治中具有好的应用价值,值得广泛推广。

[参考文献]

- [1] 田聪贵.300 例稽留流产危险因素流行病学分析[J].中国现代药物应用,2013,7(2):39-40.
- [2] 胡人芳,陈红,李小飞等.稽留流产人绒毛膜促性腺激素与孕酮的临床诊断价值[J].湖北中医药大学学报,2014,16(4):26-28.
- [3] 王继红,丁太峰.宫腔镜在稽留流产清宫和随访中的应用[J].中国基层医药,2015,22(2):278-279.
- [4] 周顺平.宫腔镜技术在稽留流产清宫和随访中的临床价值[J].中国实用医药,2015,10(24):163-165.