

直肠癌经肛门 TME 根治术与常规腹腔镜 TME 术式的对比研究

赵 凌

湘西土家族苗族自治州人民医院 湖南湘西 416000

【摘要】目的 分析直肠癌患者手术治疗中行经肛门 TME 根治术或常规腹腔镜下 TME 手术的临床疗效。**方法** 观察组患者行 TaTME 手术治疗, 对照组患者采取 LaTME 手术治疗。**结果** 两组患者在手术用时和淋巴结个数对比中并无明显差异 ($P < 0.05$); 而观察组患者的术中出血量、标本长度和远切缘长度各指标均优于对照组 ($P < 0.05$); 观察组患者术后并发症率为 7.50%, 低于对照组的 30.00% ($P < 0.05$)。**结论** 在直肠癌患者治疗中 TaTME 术式的治疗效果优于 LaTME 术式, 有利于优化患者围术期指标并降低术后并发症风险, TaTME 术式值得在直肠癌患者治疗中应用和推广。

【关键词】 直肠癌; 肛门 TME 根治术; 腹腔镜 TME 术式; 效果

【中图分类号】 R735.37

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 04-117-02

直肠癌是临床中常见的胃肠道恶性肿瘤疾病, 近年来直肠癌临床发病率呈现显著的上升趋势。我国临床直肠癌患者其特点多以中低位为主, 在直肠癌患者中, 占比约为 70%, 近年来直肠癌患者的手术治疗方式不断优化和改进, 进一步提升了直肠癌患者的手术疗效^[1]。腹腔镜下行全直肠系膜切除术 (LaTME) 和经肛全直肠系膜切除术 (TaTME) 均是现阶段在直肠癌患者治疗中的常用术式, 特别是在中低位直肠癌的治疗中取得满意效果, 为了进一步提升直肠癌患者手术疗效, 本次研究将重点对比 LaTME、TaTME 术式的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取院内自 2017 年 8 月起, 到 2018 年 8 月止拟行手术治疗的 80 例直肠癌病人为回顾分析对象, 利用数字法来分组, 定义为观察组、对照组。观察组: 包括患者 40 例, 男性 24 例, 女性 16 例; 年龄范围 37 ~ 76 岁, 年龄均值 (54.6 ± 0.3) 岁。对照组: 包括患者 40 例, 男性 23 例, 女性 17 例; 年龄范围 36 ~ 78 岁, 年龄均值 (54.5 ± 0.4) 岁。两组研究对象上述线性资料组间比较均衡度高 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组患者术前常规禁食, 观察组患者行 TaTME 手术治疗, 于肿瘤下缘做荷包式缝合, 对肠腔进行封闭以隔绝肿瘤。针对肿瘤位置偏高者在对肿瘤远端进行缝合时需同时置入操作平台, 针对肿瘤位置偏低者则可顺着肠壁实施环形切开, 并以超声刀进行分离, 完成后放置经肛门的手术操作平台。常规建立二氧化碳气腹, 于腹腔镜辅助下选择无血管平面由下至上进行逆向分离, 注意对前列腺、骶前静脉和盆腔神经的保护。打开腹膜并反折, 结合实

际情况采取离断肠系膜下血管结扎, 对脾曲进行游离或者采取经肛门操作将其肠管进行托出后切除, 实施结肠-肛管手工吻合或者以圆形吻合器进行吻合。对照组患者采取 LaTME 手术治疗, 即采取常规的腹腔镜下五孔法建立二氧化碳气腹后对直肠系膜进行游离, 对肠系膜下方的动脉根部血管进行结扎, 并对肠系膜进行充分游离, 于肿瘤远端处结扎再以聚乙烯比咯烷酮碘消毒液对肿瘤远端进行充分清洗和消毒。利用切割闭合器于结扎远端对肿瘤进行离断, 在患者的耻骨联合上侧进行横向切开并取出肿瘤, 以圆形吻合器实施肠管-肛管吻合。

1.3 评估指标

(1) 对比两组患者的围术期指标, 包括手术用时、手术中出血量、术中标本长度、远切缘长度和淋巴结个数等。(2) 比较两组患者手术后的并发症情况, 包括输尿管损伤、骶前静脉损伤、吻合口出血、吻合口狭窄以及切口感染和尿潴留等。

1.4 统计学方法

研究中涉及数据均利用 SPSS17.0 分析, 均数的 $\pm$ 标准差以 $\bar{x} \pm s$ 描述, 行 t 检验, 采用率则以 % 描述, 行 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示组间差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的围术期指标对比

两组患者在手术用时和淋巴结个数对比中并无明显差异 ($P < 0.05$); 而观察组患者的术中出血量、标本长度和远切缘长度各指标均优于对照组, 且两组对比具有显著差异 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者的术后并发症率对比

观察组患者术后并发症率为 7.50%, 低于对照组的 30.00%, 并且两组对比具有显著差异 ($P < 0.05$)。

表 1: 两组患者的围术期指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术用时 (min)	手术中出血量 (ml)	标本长度 (cm)	远切缘长度 (cm)	淋巴结个数 (个)
观察组	40	182.43 ± 36.91	32.64 ± 11.37	12.91 ± 2.17	3.34 ± 1.14	12.01 ± 4.43
对照组	40	184.62 ± 46.87	49.86 ± 21.43	10.26 ± 1.03	2.76 ± 0.71	11.36 ± 3.87
t 值		0.195	7.628	4.634	3.152	0.917
p 值		0.063	0.000	0.001	0.002	0.103

表 2: 两组患者的术后并发症率对比 [n(%)]

组别	例数	输尿管损伤	骶前静脉损伤	吻合口出血	尿潴留	吻合口狭窄	并发症率
观察组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	3 (7.50)
对照组	40	4 (10.00)	2 (5.00)	3 (7.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	12 (30.00)
χ^2 值		2.028	0.431	1.172	0.431	0.068	4.183
p 值		0.017	0.053	0.049	0.053	0.073	0.001

3 讨论

TME 术式是治疗直肠癌患者的金标准, 然而由于患者直肠系膜由上而下变薄, 特别是当腹膜折返后变薄情况更为显著, 再加上盆腔至上而下变窄, 使得术中操作空间不断变小, 因此常规的经腹入路及手术视野严重受限, 增加了术者的操作难度, 并且容易产生术中副损伤和标本穿孔等不良情况, 也进一步增加了患者术后的并发症风险, 不利于提升手术疗效^[2-3]。特别是对于肥胖

患者、肿瘤体积较大者以及盆骨狭小患者表现得更为明显, 而为了了解上述问题, TaTME 术式也因此应运而生, 该手术方式和常规的手术入路相比, 能够由下而上对直肠进行游离, 并且诸多研究均证实, TaTME 手术方案具有较高的临床可行性。

TaTME 在进行肿瘤离断过程中, 能够更好的对肿瘤下极至切缘距离进行测量, 有助于防止常规腹腔镜手术中对于体积较小肿瘤 (下转第 120 页)

腹腔镜手术则是一种临床新兴的微创治疗方案,其主要是经小切口,置入手术器械以及腹腔镜,在腹腔镜良好视野下进行治疗,从而实现精确操作和损伤控制,切口小,美观度更好,可减少手术并发症的发生,促进患者早日康复^[5-6]。腹腔镜手术通过气腹建立,可在直视下有效将囊肿剥离,可减轻创伤以及缩短手术操作的时间,减轻正常组织伤害和减轻内环境影响、应激^[7-8]。

本研究中,对对照组进行常规术式,观察组进行微创术式。结果显示,观察组效果、FSH、E2以及LH、手术操作、肛门排气、开始活动、住院这四项时间、伤口感染概率、发热概率均显著优于对照组。

综上所述,卵巢巧克力囊肿患者行微创术式效果明显,可更好改善FSH、E2以及LH,加速康复。

参考文献

[1] 宋新.腹腔镜手术联合孕三烯酮治疗卵巢巧克力囊肿的临床分析[J].中国民康医学,2018,30(08):22-24.

[2] 梁元豪,郭红梅,朱荷香.超声介入治疗巧克力囊肿临床分析[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(16):16-18.

[3] 苏鸿辉,吴玉帆,郑少坤,蔡楚玉,林彤,沈惠芝.带锁线猪尾巴引流管联合医用无水乙醇在超声引导下治疗卵巢巧克力囊肿中的疗效分析[J].汕头大学医学院学报,2017,30(01):45-47.

[4] 孙高高.介入性超声引导治疗卵巢巧克力囊肿的临床价值[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(59):11838.

[5] 陈红锦.腹腔镜手术治疗卵巢巧克力囊肿的临床效果探析[J].中外医学研究,2016,14(25):135-137.

[6] 刘芳,张白云,谢建端,田芸,陈杜平,李晶,孙沛琳.超声引导介入治疗卵巢巧克力囊肿51例临床分析[J].中国现代医学杂志,2015,25(34):105-108.

[7] 江爱芳,朱文波.介入性超声引导治疗卵巢巧克力囊肿临床疗效分析[J].安徽医药,2015,19(12):2367-2368.

[8] 孙英,周铁群.介入性超声引导治疗卵巢巧克力囊肿的临床疗效分析[J].实用癌症杂志,2015,30(12):1912-1913+1917.

(上接第116页)

振、恶心呕吐以及腹痛等不良反应,但对患者的影响较小,并且不会影响患者的治疗效果;加之甲硝唑在抑制厌氧菌和肠球菌方面具有较好的效果,与左氧氟沙星形成互补,共同作用于慢性肠炎。因此,临床上使用左氧氟沙星联合甲硝唑治疗慢性肠炎,借此改善患者的治疗效果。

本次临床观察结果为:观察组患者治疗总有效率高于对照组;观察组患者不良反应率显著低于对照组。

综上所述,慢性肠炎不仅影响患者的正常生活,病情严重者还会对患者的身体健康产生极大影响,甚至产生癌变,危及患者生命。而左氧氟沙星联合甲硝唑治疗慢性肠炎的临床效果较好,

痊愈率较高,可积极推广并使用,以此保证患者的健康、生命,并且改善患者的生活质量,使左氧氟沙星联合甲硝唑发挥出较高的价值。

参考文献

[1] 钟文生.左氧氟沙星联合甲硝唑和山莨菪碱治疗慢性肠炎患者的临床效果[J].医疗装备,2017,30(01):130-131.

[2] 魏策.电针联合左氧氟沙星和甲硝唑和山莨菪碱治疗慢性肠炎的疗效和氧化应激水平变化分析[J].数理医药学杂志,2017,30(05):708-710.

[3] 杨淑敏.左氧氟沙星联合甲硝唑治疗慢性肠炎的临床观察[J].安徽卫生职业技术学院学报,2017,16(03):53-54.

(上接第117页)

瘤的定位误差情况,防止盲目对肿瘤下缘进行离断,能够避免出现切除过多肠管的情况,有利于提高患者术后的恢复效果,可避免术后出现肛门功能恢复较差等不良情况。同时,在TaTME手术中,通过严格遵循TME手术原则,于间隙内分离,能够降低副损伤的发生风险。并且经肛门进行手术操作为术者提供了更大的操作空间,因此更容易在间隙内进行分离,可降低对骶前静脉造成损伤的风险^{[4]-[6]}。从本次研究结果来看,观察组患者通过采取TaTME手术进行治疗,该组患者的术后并发症率显著低于应用LaTME手术的对照组,同时该组患者在手术中出血量、远切缘长度和标本长度等手术指标对比中均好于对照组。这也进一步证实,TaTME手术在直肠癌患者治疗中的应用价值较高。

综上所述,在直肠癌患者治疗中TaTME术式的治疗效果优于LaTME术式,有利于优化患者围术期指标并降低术后并发症风险,

TaTME术式值得在直肠癌患者治疗中应用和推广。

参考文献

[1] 杨盈赤,金岚,张忠涛.完全经肛门TME腹腔镜直肠癌手术的实践与技巧[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2016,02:97-100.

[2] 叶景旺,王李,田跃.经肛门直肠全系膜切除术在中低位直肠癌治疗中的应用现状[J].消化肿瘤杂志(电子版),2017,03:156-161.

[3] 张忠涛,杨盈赤.腹腔镜直肠癌根治术难点与争议[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2018,01:1-4.

[4] 朱毅忠.直肠癌经肛门TME根治术与常规腹腔镜TME术式的对比研究[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2018,05:441-444.

[5] 姚宏伟,张忠涛.腹腔镜直肠癌根治术的热点与未来发展[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2019,01:1-4.

(上接第118页)

效控制、考虑房角粘连不严重的病例效果更好。我院在行超声乳化术+房角分离术的两例患者术后眼压得不到控制,术后前房角检查见房角仍后广泛粘连。建议在有条件的医院术前先行UBM检查,术前更准确的了解房角情况,以便选择更恰当的术式,提高手术效果。本次研究结果显示,参考组总有效率为90.0%;探究组总有效率为100%,两组有显著差异, $P < 0.05$;探究组并发症率为5.0%,参考组并发症率为10.0%,两组有显著差异, $P < 0.05$ 。本次研究结果与奉红波^[5]等一致,超声乳化术可以提高闭角型青光眼并白内障患者的临床治疗效果,具有不良反应少的特点,适于在临床推广使用。

参考文献

[1] 聂庆珠,刘致力,沙倩,等.丝裂霉素C在小梁切除术后治疗青光眼中的应用[J].实用药物与临床,2017,13(3):176~178.

[2] 何艳.丝裂霉素联合可调整缝线小梁切除术后治疗青光眼疗效观察[J].中国实用医药,2017,8(2):164~165.

[3] 冯英策.小梁切除联合丝裂霉素治疗青光眼的疗效及并发症处理[J].求医问药,2017,11(7):126.

[4] 王小军,姚克,吴仁毅.小梁切除联合应用丝裂霉素C治疗先天性青光眼的长期疗效分析[J].中国临床保健杂志,2017,13(4):410~412.

[5] 奉红波.青光眼小梁切除术后使用丝裂霉素C对泪膜的影响[J].中外医学研究,2017,11(24):41~42.