

腹腔镜直肠癌手术与传统开腹直肠癌手术的临床疗效对比分析

黄 亮

云南文山市人民医院普外肛肠科 663099

〔摘要〕目的 探讨腹腔镜直肠癌手术与传统开腹直肠癌手术的临床疗效对比。方法 采集 2019 年 4 月至 2021 年 3 月期间接收的 92 例直肠癌手术患者，随机分为对照组与观察组，每组均为 46 例，对照组运用传统开腹手术治疗，观察组运用腹腔镜手术治疗，分析不同手术治疗后患者手术指标、并发症情况。结果 在排气时间、切口长度、手术出血量、手术时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在并发症发生率上，观察组 4.35%，对照组 19.57%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论 腹腔镜直肠癌手术与传统开腹直肠癌手术均可以达到一定治疗效果，腹腔镜手术创伤更小，手术恢复质量更高，减少并发症，整体状况更为理想。

〔关键词〕腹腔镜直肠癌手术；传统开腹直肠癌手术；临床疗效

〔中图分类号〕R735.37 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2021) 05-001-02

直肠癌属于常见消化道恶性肿瘤，发病率高，疾病早期缺乏特异性，由此容易耽误最佳治疗时机。疾病会导致患者贫血、肠梗阻等并发症，癌细胞在发生转移后，治疗难度更大^[1]。合理的手术治疗，不仅提升治疗效果，同时控制并发症。本文采集 92 例直肠癌手术患者，分析腹腔镜直肠癌手术与传统开腹直肠癌手术治疗后患者手术指标、并发症情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集 2019 年 4 月至 2021 年 3 月期间接收的 92 例直肠癌手术患者，随机分为对照组与观察组，每组均为 46 例，对照组中，男 28 例，女 18 例；年龄从 52 岁至 74 岁，平均 (61.48 ± 5.98) 岁；观察组中，男 24 例，女 22 例；年龄从 51 岁至 77 岁，平均 (62.16 ± 4.46) 岁；两组患者的基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用传统开腹手术治疗。开展气管插管全麻，保持膀胱截石位，在腹部做手术切口，将结肠左右侧的肠系膜有效分离，将肿瘤病灶充分暴露，将淋巴结全面清扫，将血管分离，将血管结扎与离断，游离肠段。在肿瘤临近 5cm 范围将肠段切除，运用吻合器将肠段吻合，切口缝合之后进行抗生素抗感染使用。

观察组运用腹腔镜手术治疗，采用腰硬联合麻醉或者全麻处理，保持膀胱截石位，在患者腹部中下方设置 1cm 切口，

建立二氧化碳人工气腹，腹压控制在 12 至 14mmHg，置入腹腔镜，在脐下进行 10mm 切口，让左侧腹脐耻、右麦氏点、左麦氏点保持同一直线位置上，依次进行 5mm、5mm 以及 12mm 的手术切口。将乙状结肠系膜分离，做好输尿管的保护。清理肠系膜下有关淋巴脂肪，将肠系膜下有关动静脉全面暴露，运用结扎夹进行根部的夹闭与离断，做好盆筋膜壁层与脏层的有效分离，分离迪氏筋膜，将肛尾韧带、骶骨筋膜、耻骨尾骨肌部分做剪开，将直肠系膜到远端肛尾有关附着组织分离，将直肠系膜完全性的切除，将切口缝合，术后做好抗生素防感染处理。

1.3 评估观察

分析不同手术治疗后患者手术指标、并发症情况。手术指标主要集中在排气时间、切口长度、手术出血量、手术时间等指标上。并发症主要集中在吻合口瘘、肺部感染、切口感染、肠梗阻等。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 n(%) 表示，采用卡方检验，计量资料运用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验， $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者手术指标情况

见表 1，在排气时间、切口长度、手术出血量、手术时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1 各组患者手术指标结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	排气时间 (h)	切口长度 (cm)	手术出血量 (ml)	手术时间 (min)
观察组	36.58 ± 1.87	5.82 ± 1.14	125.79 ± 2.43	126.29 ± 13.02
对照组	83.29 ± 2.54	14.09 ± 2.46	178.49 ± 3.52	158.78 ± 16.74

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 患者并发症情况

表 2 患者并发症评估结果 [n(%)]

分组	n	吻合口瘘	切口感染	肺部感染	肠梗阻	并发症发生率
观察组	46	0	1	0	1	4.35%
对照组	46	1	4	2	2	19.57%

注：两组对比， $p < 0.05$

见表 2 所示，在并发症发生率上，观察组 4.35%，对照组 19.57%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

3 讨论

直肠癌是集中在直肠乙状结肠、齿状线交界位置的恶性肿瘤，患者会呈现出排便梗阻、脓血便与便血等情况，甚至有生命威胁。在治疗手段上，开腹手术组织暴露时间长，切口大，患者应激反应强烈，但是操作相对纯熟简单^[2]。腹腔镜直肠

(下转第 5 页)

3 讨论

2014—2019 年朝阳区共有 9716 份 HIV 抗体筛查有反应样本, 确证试验结果显示, 共有 6451 件确证阳性, 总阳性率为 66.4%。

VCT 筛查阳性标本确证阳性率 (94.5%) 和看守所 (拘留检测) 阳性标本确证阳性率 (91.0%) 远高于医疗机构筛查实验室样本确证阳性率 (37.8%)。VCT 样本中男性样本构成比为 97.7%, 远高于女性, 差异有统计学意义。从总体的确证结果性别分布情况可知, 男性确证阳性率为 68.3%, 同样远高于女性。因此, 男女性别之间的确证阳性率差异造成不同来源的样本确证阳性率的差异。^[1] 据文献报道, 男同是感染艾滋病的高危人群, 群体中艾滋病感染率在不断上升。男同间的传播是目前北京市艾滋病传播的重要途径。^[2] 男男同性恋作为重点人群, 应在加强检测力度同时, 做好相关流行病学调查。

9716 份标本中, 共 948 份为不确定结果, 不确定率为 9.76%。确证试验出现不确定结果的导致因素有多, 如被检者因手术、免疫接种、怀孕、癌症肿瘤, 或其他免疫性疾病引起免疫印记非特异条带的出现, 出现假阳性;^[3] 对 WB 不确定样本的分析可以根据不同方法筛查, WB 不确定带型等特征, 以及筛查检测结果 S / CO 值高低, 结合流行病学史综合分析。HIV 抗体不确定者阳转率随 ELISA 实验 S / CO 值增加而升高, 而 S / CO 值范围 0 ~ 6 的样品多为 HIV 抗体阴性。由于样品中 HIV 种类、浓度与 ELISA 实验 S / CO 值大小相关, 故 ELISA 实验 S / CO 值越大, 阳性确证概率越高, 二者呈正相关关系。辖区内筛查实验室多采用化学发光方法进行筛查, 试剂的敏感度过高, 有相当一部分送检样本的筛查值为弱阳性, WB 确证实验结果为阴性, 这是造成假阳性标本过高的一个重要影响因素。借助对 9716 份 HIV 抗体筛查有反应样本中的 S/CO 值和免疫蛋白印迹检验结果实行对比, 随着 S/CO 值的提升复检的结果和确认试验的阳性符合率也会随之提升, ELISA 法初筛的样本 S/CO 值达到 15 或更高时符合率为 93.4%, 这也证明了仍然有假阳性的存在。在实验室的结果显示方面, 1 ≤ S/CO < 3 的 127 份样本当中, 在结果发现, 确认阳性的结果仍然 3.70%, 这也就间接提高了实验室检测人员对于检测质量的控制要求, 应当优势的提高检测期间的质量控制意识尽可能降低实验室错误报告的现象, 预防弱阳性血清的漏检现象。^[4]

各类不确定结果显示的带型预示 HIV 感染的意义不同。gag 类条带不确定与抗 HIV 抗体转为阳性关系不大, 基本上都是非特异性反应; env 类条带不确定预示 HIV 感染的意义较大, 特别是 gp160、P24 条带出现。如果 WB 试验出现 P24 和 gp160 条带, 可以作为 HIV 初期感染的重要依据对 HIVWB 检测结果不确定样本进行统计分析, 发现不确定结果的随访转归与受检者的年龄、样本来源之间差异无统计学意义, 而不确定带型是随访结果的影响因素, 说明首次检测出的条带与随访后条带是否转阳之间具有相关性。发现 WB 不确定带型随访后转阳之前条带类型主要有 p24+gp160、p24、gp160 及 p24+p17+gp160, 随访结果显示, 以 p24+gp160 带型最为常见, 与以往文献报道结果一致。^[5] 出现 p24 带型转阳病例占比率为 82.7%, 可能是因为某些 HIV 不确定受检者处于 HIV 感染的早期。出现 p24 带型转阳病例占比率为 65.3% 在 HIV 感染的最初阶段, 抗外膜蛋白抗体 gp160 和抗核心蛋白抗体 p24 可单独出现。在实际工作中, WB 检测结果只出现单一 p24 或 gp160 单条带时, 可结合筛查检测结果和流行病学资料综合分析, 考虑是早期感染还是非特异反应。

有条件的实验室对 WB 不确定样本, 尽早进行核酸检测, 并加强对抗体确证试验结果不确定样本中抗原筛查检测有反应受检者和有流行病学史受检者的随访。

[参考文献]

- [1] 何纳等. 中国艾滋病流行新变化及新特征 [J]. 上海预防医学, 2019, 31(12), 963-967
- [2] 云长缨, 吴季春, 周承兴等. 海口市 321 例男男同性恋 HIV 感染状况分析 [J]. 中国热带医学, 2016, 16(7):739-740.DOI:10.13604/j.cnki.46-1064/r.2016.07.31.
- [3] 姚均, 冯鑫, 张福杰, 赵红心, 蒋岩. 不同病期 HIV-1 感染者的病毒学和免疫学研究 [J]. 中国艾滋病性病, 2006, 12, 1 (1-3), 43.
- [4] 鲍作义, 刘永健, 王海燕, 王全力, 骆群, 刘元东, 马峰, 邢颜超, 童贻刚, 李敬云. HIV 抗体免疫印记试验不确定结果的特征及鉴别方法研究 [J]. 中华流行病学杂志, 2008, 29(5), 478-481.
- [5] 李佳, 王娟, 张琴, 孙燕鸣, 辛若雷, 卢红艳, 孙伟东等. 北京市 HIV-1 抗体阳性人群蛋白印迹试验带型分析 [J]. 国际病毒学杂志, 2019, 26(4), 245-249.

(上接第 1 页)

癌手术比传统开腹直肠癌手术具有更强的微创特性, 不仅可以清除直肠癌病灶组织, 同时可以更好地降低手术创伤, 减少有关并发症, 整体治疗恢复效果相对理想^[3]。腹腔镜手术创伤小, 可以降低对附近组织与血管构成的损害, 由此术后并发症更好的控制, 恢复速度与效果更好。手术出血量更少, 术后住院时间更少, 整体的治疗恢复成本更低, 患者体验更好。手术中还通过超声刀止血, 对组织损伤更小, 手术出血量更低, 让淋巴清扫更为完全, 通过根部做结扎, 进行血管切断, 一系列操作都更显示手术操作的优势特点^[4]。但是对医生的操作技术要求更高, 否则不利于腹腔镜技术效果的发挥。手术效果的好坏, 仍旧依赖医生的技术水平, 而不仅仅由技术方式所决定。因此, 技术的成熟, 也需要建立在医师操作专业纯熟的基础之上。腹腔镜可以通过其影像放大的清晰效果, 更好的观察病灶组织, 减少不必要组织的损害。术中可以不

与病灶做直接接触, 由此来规避对病灶挤压与接触导致的残存组织影响, 整体的技术有优势性。

总而言之, 腹腔镜直肠癌手术与传统开腹直肠癌手术均可以达到一定治疗效果, 腹腔镜手术创伤更小, 手术恢复质量更高, 减少并发症, 整体状况更为理想。

[参考文献]

- [1] 徐立峰. 分析腹腔镜直肠癌手术与传统开腹手术治疗直肠癌的临床效果比较 [J]. 健康大视野, 2021(10):70-71.
- [2] 熊琪. 腹腔镜辅助与传统开腹低位直肠癌保肛手术的疗效比较 [J]. 微创医学, 2021, 16(1):96-98.
- [3] 李景岗. 腹腔镜与传统开腹手术治疗直肠癌的安全性及远期疗效比较 [J]. 养生保健指南, 2020(14):2.
- [4] 胡晓轩. 腹腔镜根治术与传统开腹手术治疗直肠癌患者的临床效果 [J]. 中国民康医学, 2020, 32(12):46-48.