

结直肠癌术后肠梗阻采用腹腔镜手术与开腹手术治疗的效果分析

黄 亮

云南文山市人民医院普外肛肠科 663099

【摘要】目的 探讨结直肠癌术后肠梗阻采用腹腔镜手术与开腹手术治疗的效果。**方法** 采集本院 2021 年 8 月至 2022 年 12 月期间接收的 76 例结直肠癌术后肠梗阻患者，随机分为对照组与观察组各 38 例，对照组运用开腹手术治疗，观察组运用腹腔镜手术治疗，分析不同手术治疗后患者治疗恢复速度、并发症情况。**结果** 观察组在手术出血量、肛门排气时间、住院时间等指标上，各项明显少于对照组 ($p < 0.05$)；观察组在手术并发症发生率上为 7.89%，对照组为 28.95% ($p < 0.05$)。**结论** 结直肠癌术后肠梗阻采用腹腔镜手术与开腹手术治疗均可以达到一定治疗效果，其中腹腔镜手术比开腹手术可以达到更小的手术损伤，加快手术治疗恢复速度，减少术后并发症，整体情况更好。

【关键词】 结直肠癌术后肠梗阻；腹腔镜手术；开腹手术；治疗效果

【中图分类号】 R753.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2023) 08-026-02

目前临床上，腹腔镜手术和开腹手术都被广泛应用于结直肠癌术后肠梗阻的治疗。随着腹腔镜技术的不断发展和改进，腹腔镜手术在结直肠癌术后肠梗阻的治疗中得到了广泛应用。开腹手术是传统的手术方式，开腹手术具有适应范围广、操作空间大等优点，对于复杂的病例，如大肿瘤、广泛粘连等，开腹手术仍然是一种有效的治疗选择。本文采集 76 例结直肠癌术后肠梗阻患者，分析运用不同手术治疗后的效果，具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2021 年 8 月至 2022 年 12 月期间接收的 76 例结直肠癌术后肠梗阻患者，随机分为对照组与观察组各 38 例。对照组中，男：女=23：15；年龄从 32 ~ 74 岁，平均 (55.82 ± 4.09) 岁；病程从 1 年至 3 年，平均 (1.84 ± 0.53) 年；观察组中，男：女=21：17；年龄从 34 ~ 75 岁，平均 (57.34 ± 3.57) 岁；病程从 1 年至 3 年，平均 (1.79 ± 0.47) 年；两组患者在基本年龄、性别与病程等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用开腹手术治疗，开腹手术治疗结直肠癌术后肠梗阻的具体流程：患者接受全身麻醉。患者采取卧位，进行消毒和铺巾。在腹部进行切口，通常是腹中线切口或者横行切口。通过开腹手术探查腹腔内情况，寻找肠梗阻的原因和位置。根据肠梗阻的原因和位置，采取相应的手术方法，如切除肿瘤、解除肠梗阻等。手术结束后，将切口缝合，可能需要安装引流管。患者被送入恢复室观察，直至麻醉效果消退。

观察组运用腹腔镜手术治疗，患者接受全身麻醉。患者采取卧位，进行消毒和铺巾。在脐部或腹部其他位置进行小切口，插入腹腔镜。通过腹腔镜探查腹腔内情况，寻找肠梗阻的原因和位置。在需要的位置插入扩张器，以便进行手术。根据肠梗阻的原因和位置，采取相应的手术方法，如切除肿瘤、解除肠梗阻等。手术结束后，将腹腔镜和其他工具取出，关闭切口。患者被送入恢复室观察，直至麻醉效果消退。

分析病灶原因：（1）手术后，腹腔内可能会形成粘连，

导致肠道被黏连在一起，造成肠梗阻。（2）瘢痕组织：手术切口处可能会形成瘢痕组织，也可能引起肠梗阻。（3）肿瘤复发：如果结直肠癌手术后肿瘤复发，可能会导致肠道再次受到压迫而发生梗阻。

处理位置手法：（1）肠道切除：如果肠梗阻的原因是肠道内的肿瘤或瘢痕组织，可能需要进行肠道切除手术。在腹腔镜手术中，通过腹腔镜器械进行切除，或者在开腹手术中通过切口进行切除。（2）粘连松解：如果肠梗阻的原因是粘连，可能需要进行粘连松解手术。在腹腔镜手术中，通过腹腔镜器械进行粘连松解，或者在开腹手术中通过切口进行粘连松解。（3）引流：在某些情况下，可能需要在手术中安装引流管，以便排除肠道内的液体和气体。

1.3 评估观察

分析不同手术治疗后患者治疗恢复速度、并发症情况。并发现主要集中在切口感染、吻合口瘘与肠梗阻等。治疗恢复速度主要集中在手术时间、手术出血量、肛门排气时间、住院时间等指标。

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， $P < 0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 患者手术并发症发生率情况

见表 1 所示，观察组在手术并发症发生率上为 7.89%，对照组为 28.95% ($p < 0.05$)。

表 1：患者手术并发症发生率评估结果

分组	n	切口感染	吻合口瘘	肠梗阻	手术并发症发生率
观察组	38	1	1	1	7.89%
对照组	38	4	3	4	28.95%

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 各组患者手术指标情况

见表 2，观察组在手术出血量、肛门排气时间、住院时间等指标上，各项明显少于对照组 ($p < 0.05$)。

表 2：各组患者手术指标评估结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	手术时间 (min)	手术出血量 (ml)	肛门排气时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	179.25 ± 18.92	$100.27 \pm 11.54^*$	$3.17 \pm 0.55^*$	$12.34 \pm 1.68^*$
对照组	175.25 ± 15.73	112.38 ± 14.32	4.52 ± 0.78	15.73 ± 1.75

注：两组对比， $*p < 0.05$

3 讨论

本研究中,观察组在手术出血量、肛门排气时间、住院时间等指标上,各项明显少于对照组($p < 0.05$);观察组在手术并发症发生率上为 7.89%,对照组为 28.95%($p < 0.05$)。腹腔镜手术相对于开腹手术在结直肠癌术后肠梗阻治疗中具有一些优势,可以减少切口感染、吻合口瘘与肠梗阻等并发症,降低出血量,加快术后肛门排气速度,减少住院时间。其原因在于,腹腔镜手术只需要进行小切口,相比开腹手术的大切口,创伤更小,术后伤口愈合更快,减少了切口感染的风险。腹腔镜手术中使用的器械和技术可以更精确地进行吻合,减少了吻合口瘘和肠梗阻的发生率。腹腔镜手术中使用的器械可以提供更好的视野和操作角度,使医生能够更准确地控制出血点,从而降低了手术过程中的出血量。腹腔镜手术对腹腔内的组织和器官进行操作时,可以减少对肠道的刺激和干扰,有助于术后肠道功能的恢复,从而加快了肛门排气的速度。由于腹腔镜手术的创伤较小,恢复较快,术后疼痛和不适感较轻,患者可以更早地开始进食和行动,从而缩短住院时间。

腹腔镜手术的局限在于,腹腔镜手术需要医生具备较高的技术水平和经验,对手术器械的操作要求较高。腹腔镜手术

在某些特殊情况下可能不适用,如大肿瘤、广泛粘连等。开腹手术适用于各种复杂情况,如大肿瘤、广泛粘连等。可以提供更大的操作空间,有利于医生进行复杂的手术操作。开腹手术的局限在于,开腹手术需要进行较大的切口,创伤较大,术后疼痛和不适感较明显。开腹手术中出血风险较高,需要更多的血管控制和止血措施。由于创伤大,术后恢复时间较长,住院时间相对较长。

总而言之,结直肠癌术后肠梗阻采用腹腔镜手术与开腹手术治疗均可以达到一定治疗效果,其中腹腔镜手术比开腹手术可以达到更小的手术损伤,加快手术治疗恢复速度,减少术后并发症,整体情况更好。

参考文献

- [1] 肖冰.腹腔镜与开腹手术治疗结直肠癌术后肠梗阻的对比研究[J].罕少疾病杂志,2023,30(6):51-52,93.
- [2] 许洪伟.腹腔镜与开腹手术治疗结直肠癌术后肠梗阻的效果对比分析[J].中外女性健康研究,2021(11):176-177.
- [3] 刘威,张楠.比较结直肠癌患者采用腹腔镜与开腹手术治疗术后肠梗阻发生率影响[J].健康忠告,2021,15(33):26,37.

(上接第 23 页)

的诊断中,借此保障现代疾病的诊断准确度。

综上所述,在进行胃癌临床诊断时将 CT 诊断应用于患者的术前分期诊断中能够获得良好的效果,并且帮助医务人员明确患者的病情特征,对于后续治疗工作的开展来说有十分积极的作用,值得进行推广。

参考文献

- [1] 许俊锋.螺旋 CT 三期增强扫描在胃癌诊断中的影像特征及应用效果[J].医疗装备,2021,34(01):32-34.

(上接第 24 页)

结节,癌周围出现较多的肝病背景。小肝癌的肝细胞癌中单个癌结节($r \leq 2\text{cm}$),两个癌结节($r \leq 3\text{cm}$),在患病期间患者无任何临床症状,镜下检查小肝癌瘤结节大部分都呈球形,边界较为清楚,切面较为均匀,无任何出血和坏死现象。临床研究证明,我国的小肝癌标准:单个癌结节($r \leq 3\text{cm}$),两个癌结节($r \leq 3\text{cm}$)^[1]。

目前,随着医学技术的不断发展,腹腔镜微创技术的不断引进临床,使临床上治疗胆小肝癌患者积累了大量的临床价值。相对于传统的开腹手术,微创手术对患者的创伤较小,术后患者恢复的时间较短,术后进食的时间短,可有效减少患者对腹腔内脏的暴露和水分的蒸发,对患者的腹腔脏器刺激性较小,胃肠功能恢复较快,大大减轻患者的疼痛,可明

- [2] 李丽香.多层螺旋 CT 平扫及三期动态增强对胃癌的诊断价值[J].影像研究与医学应用,2020,4(02):159-160.

- [3] 曾果.多层螺旋 CT 平扫及三期增强扫描在胃癌诊断中的价值[J].中国疗养医学,2019,28(06):601-602.

- [4] 李淑萍.多层螺旋 CT 平扫及三期动态增强对胃癌的诊断效果观察[J].影像研究与医学应用,2019,3(11):131-132.

- [5] Ashu Shrestha.640 层螺旋 CT 双期增强扫描对胃癌 TNM 分期的应用价值研究[D].吉林大学,2019.

显改善患者的生活质量,另外,腹腔镜在切除方面具有一定的凝固和止血功能,可有效减少患者的创面出血量,最大程度上提高患者的治疗效果^[2]。

综上所述,采用腹腔镜肝切除术治疗非边缘部位小肝癌患者疗效显著,可有效的缩短患者的进食时间和住院时间,减少患者的术中出血量,降低患者的术后并发症发生率,为该病患者的治疗提供较为科学的临床价值。

参考文献

- [1] 刘宇斌.腹腔镜肝切除术治疗老年非边缘部位小肝癌的临床价值[J].中国老年学杂志,2021,33(23):5870-5871.
- [2] 周兵,汪正伟,牛坚等.腹腔镜与开放性肝切除术治疗小肝癌的近期疗效比较[J].中国普通外科杂志,2022,22(7):862-866.

(上接第 25 页)

也可以避免伤椎空壳以及发生内固定段裂等并发症的发生,有效的提高了术后的融合率。不仅如此,前后联合入路还可以重建椎体前中柱的稳定,有利于术后椎体载荷进行正常的分布,降低了内固定松动或者断裂的发生率。

综上所述,对于严重腰椎不稳定骨折的患者,采取前后联合入路可提高患者治疗效果,利于疾病的恢复,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 唐炜东.前、后路不同手术方式治疗严重腰椎不稳定型

- 骨折临床疗效分析[J].中国现代医学杂志,2022,25(06):56-60.

- [2] 姬向兵,李靖,贾文博.不同手术入路方式治疗胸腰椎骨折的临床效果观察[J].安徽医学,2022,36(05):610-612.

- [3] 中海生.不同入路手术治疗严重腰椎不稳定型骨折的效果分析[J].中国保健营养,2021,05:31-32.

- [4] 李宗需.不同手术入路在严重腰椎不稳定型骨折中的效果比较[J].中国现代医药杂志,2022,16(06):77-78.

- [5] 张福兵.不同入路术式治疗严重腰椎不稳定型骨折的临床效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2022,24(04):32+36.