

腹腔镜联合结肠镜手术治疗结直肠肿瘤的临床疗效

郑 贇

福建医科大学研究生院 福建福州 350000

〔摘要〕目的 探究对于直结肠肿瘤患者采用腹腔镜联合结肠镜手术的临床疗效。方法 将 2021 年 5 月至 2023 年 3 月收治的 70 例确诊为结直肠肿瘤的患者，根据手术方式将其分为两组，对照组患者 (n = 35) 采取开腹手术，试验组患者 (n = 35) 采取腹腔镜联合结肠镜手术。结果 试验组手术时间、住院时间术中出血量少于对照组 (P < 0.05)；术后恢复情况优于对照组 (P < 0.05)。结论 对结直肠肿瘤患者采取腹腔镜联合结肠镜进行手术，临床效果佳，有助于患者术后胃肠道功能的恢复，值得研究推广。

〔关键词〕结直肠肿瘤；腹腔镜；结肠镜；手术治疗；手术指标；胃肠道功能

〔中图分类号〕R574 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165 (2023) 11-025-02

结直肠肿瘤好发于 40-59 岁的中年人群，且男性多于女性，近年来结直肠肿瘤的发病率和死亡率呈现上升趋势，约占全身肿瘤的 15%，在消化系统中仅次于胃部肿瘤位居第二位。目前对于该病的病因尚未明确，主流观点认为该病的发生是在内因和外因共同作用下导致，其中不良饮食习惯、遗传以及结直肠息肉是该病的高危因素。临床上对此类患者多采取经肛局部切除或内镜下切除联合化疗或放疗进行治疗。虽然腹腔镜、结肠镜由于微创等优点被广泛运用于此类患者的诊治之中，但腹腔镜对于小病变的发现率较低，定位不佳。结肠镜局限与肠腔等部位，在处理较大的病灶时，容易导致患者出血、穿孔，影响患者的手术效果和预后。相关研究指出^[2]，对结直肠肿瘤患者采用腹腔镜联合结肠镜进行治疗临床效果佳，可以发挥两种手术的长处弥补各自的缺点，因此本文行分组对照，探索腹腔镜联合结肠镜手术的价值，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象：70 例结直肠肿瘤患者，就诊时间：2021 年 5 月-2023 年 3 月。纳入标准：(1) 病理确诊为结直肠肿瘤；(2) 满足腹部手术指征；(3) 了解本研究自愿参加。排除标准：(1) 既往存在腹部手术史；(2) 近一个月服用过抗凝药物或存在血液系统疾病；(3) 神经功能障碍；(4) 术后需要进行腹腔热灌注的患者。以手术方式为依据，将之分为两组，各 35 例。试验组：男 19 例，女 16 例，平均年龄 (60.30 ± 5.67) 岁，BMI (22.07 ± 1.55) kg/m²。对照组：男 20 例，女 15 例，平均年龄 (61.23 ± 5.95) 岁，BMI (21.98 ± 1.59) kg/m²。两组患者一般资料无明显差异 (P > 0.05)。

1.2 研究方法

开腹手术：患者取仰卧位，在全身麻醉下于患者腹部正中位置做一个 10cm 切口，在回肠投影位置切开肠系膜，对结肠两侧系膜仔细分离，并对血管结扎，将病灶四周淋巴结处理干净，观察肿瘤位置，将肿瘤外缘肠管 (约 5cm) 切断，清扫淋巴结，对直肠、结肠实施吻合，使用生理盐水清理腹腔、留置引流管，并逐层缝合伤口。

腹腔镜联合结肠镜手术：指导患者取截石位，在全身麻醉下于患者腹部建立操作及观察通道，将气腹压力控制在 13-15mmHg，置入 30° 腹腔镜，于患者右髂棘水平腹直肌外缘做切口，使用抓钳观察腹腔病灶情况，结合术前肠镜检查结果，

明确肿瘤的大小、位置及一般情况。经过患者肛门置入消毒结肠镜，在到达患者病灶处后调节结肠镜光线，使用夹头标记患者肿瘤的一般情况，并确定肿瘤的大小、位置，并选择合适的方式切除肿瘤，清扫病灶周围组织，并在结肠镜下进行缝合。肿瘤位于左、右半结肠分别在腹壁、麦氏点作主操作孔。对于肿瘤病灶较大的患者，应适当切除病灶外缘部分的部分肠段。对于手术病理结果为恶性的患者，在腹腔镜下进行结直肠癌根治术，术后腹腔，常规留置引流管缝合伤口。对于良性肿瘤的患者，行楔形切除术彻底对病灶进行清扫确保达到根治，并在结肠镜辅助下对患者进行缝合。对于恶性肿瘤的患者，在结肠镜下对患者行结直肠癌更指数，清除患者病灶及周围组织，并将患者的肠管残端使用吻合器进行吻合，术后使用生理盐水清洗腹腔。

两组患者术后常规使用引流管和鼻胃管，待患者胃肠道功能恢复后尽早拔管。根据患者情况使用抗感染药物以及营养制剂维持患者稳定的状态。

1.3 观察指标

比较两组手术时间、术中出血量、住院时间。

比较两组患者恢复时间 (肛门首次排气、肛门首次排便、肠鸣音恢复、引流管留置)。

2 结果

2.1 两组患者手术指标比较

试验组手术时间、住院时间、术中出血量均少于对照组 (P < 0.05)，见表 1。

表 1 手术指标 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 手术时间 (min) | 术中出血量 (ml) | 住院时间 (d) |
|-----|----|----------------|----------------|--------------|
| 试验组 | 35 | 86.39 ± 9.50 | 70.31 ± 5.98 | 8.51 ± 2.32 |
| 对照组 | 35 | 128.74 ± 10.21 | 121.39 ± 11.23 | 12.39 ± 3.98 |
| t | | 17.965 | 23.752 | 4.983 |
| P | | P < 0.001 | P < 0.001 | P < 0.001 |

2.2 两组患者恢复情况比较

在肛门首次排气、肛门首次排便、肠鸣音恢复、引流管留置方面，试验组所用时间均少于对照组 (P < 0.05)，见表 2。

3 讨论

随着人们饮食生活习惯的转变，近年来，消化道相关肿瘤的发病率有逐年上升和年轻化的趋势。但由于消化道相关肿瘤缺乏特异性，早期症状很容易被忽视，到院就诊时，多

数患者已处于中晚期。但近年来随着医疗技术的不断发展，对于结直肠肿瘤患者的治疗取得了显著的进步，传统开腹手术虽能使操作者直观观察病灶的部位，但对于患者而言，损伤较大，术后恢复不易，且术后感染、出血等并发症的发生率较高，对患者的预后不利^[3]。腹腔镜、肠腔镜单独运用有一定局限性。基于此本文将腹腔镜联合结肠镜对结直肠肿瘤患者进行手术，结果显示，试验组患者手术效果佳，术后胃肠道功能恢复情况优于对照组，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），这一结果表明，试验组的治疗方法效果十分突出。

究其原因，试验组手术方式较常规开腹治疗创面小，患者出血量少，且在腔镜下进行手术，既能保障良好的手术视野，直观的对肿瘤病灶进行切除，又能避免对病灶周围神经组织损伤，减少出血的风险，为患者预后奠定良好的条件。该手术方式还能充分暴露结肠镜手术难以处理的无蒂病灶，降低结肠镜手术穿孔、出血的风险，辅以腹腔镜精准定位的特点，避免了操作的盲目性，既保证了手术的效果又降低了对患者的损伤。另外，笔者发现在手术之后，试验组患者的疼痛情

况相对较轻，这是因为腹腔镜、结肠镜本身创伤较低所决定的，不过本研究未对这一方面展开分析，后续研究中，可关注两组患者疼痛情况。

综上所述，对结直肠肿瘤患者，以腹腔镜联合结肠镜手术展开治疗，造成创伤小，手术实施时间短，患者术后恢复时间快，且能缩短患者的住院时间，可以让更多患者受益，值得在临床中推广。

[参考文献]

- [1] 傅厚丰, 李炳, 梁振雄, 等. 肠减压后腹腔镜下尾侧中间联合入路方法治疗右半结肠癌的效果分析 [J]. 临床和实验医学杂志, 2022, 21(3):307-310.
- [2] 陈文妹, 赵心恺, 邱敏霞, 等. 结肠镜联合 X 线支架置入术治疗结直肠癌性肠梗阻的疗效及术后迟发性出血的危险因素分析 [J]. 中国医师进修杂志, 2022, 45(5):428-435.
- [3] 汤庆超, 熊寰, 王玉柳明, 等. 不同结直肠癌根治术的临床疗效与术后并发症影响因素分析 (附 3418 例报告) [J]. 中华消化外科杂志, 2023, 22(1):131-143.

表 2 恢复情况 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 肛门首次排气时间 (h) | 肛门首次排便时间 (h) | 肠鸣音恢复时间 (h) | 引流管留置时间 (d) |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|-------------|
| 试验组 | 35 | 13.65 ± 3.56 | 27.87 ± 7.12 | 30.55 ± 6.54 | 2.21 ± 0.75 |
| 对照组 | 35 | 18.92 ± 5.23 | 35.55 ± 7.98 | 35.78 ± 7.93 | 4.85 ± 1.07 |
| t | | 4.928 | 4.248 | 3.010 | 11.953 |
| P | | $P < 0.001$ | $P < 0.001$ | $P < 0.001$ | $P < 0.001$ |

(上接第 23 页)

原体。这样可以减少感染的持续时间和范围，有利于控制感染的进展。彻底清除术可以减少病原体在体内的数量，从而减轻了机体的免疫负担。这有助于提高机体的免疫力，加速康复过程。脊柱结核的病灶会引起炎症反应，导致组织损伤和疼痛。彻底清除术可以减少病灶的炎症反应，从而减轻了疼痛和不适。彻底清除术可以减少抗结核药物的使用时间和剂量，从而减少了药物对肝功能、肾功能和血液系统的不良影响。需要注意的是，手术治疗在脊柱结核中并非适用于所有患者，而是根据患者的具体情况和病变程度来决定。手术治疗可能带来一些风险和并发症，如手术创伤、术后感染等。因此，在决定手术治疗时，医生需要综合考虑患者的整体情况和手术风险，做出最合适的决策。

非彻底清除术治疗与病灶彻底清除术治疗相比，存在一些差异。非彻底清除术的目的是减轻症状、控制感染和减少病灶的负荷，而不是完全清除病灶。这可能是因为病灶的位置、大小或患者的整体情况等因素限制了手术范围。非彻底清除术可能采用较小的手术切口和较少的组织切除，以减少手术

创伤和术后恢复时间。非彻底清除术治疗在一些特定情况下可能是合理的选择，例如病灶位置不适合完全清除、患者整体情况不适合大手术等。然而，非彻底清除术可能存在一定的风险，如感染复发、病灶进展等。因此，在决定治疗方案时，医生需要综合考虑患者的具体情况和手术风险，做出最合适的决策。

总而言之，脊柱结核采用病灶彻底清除术治疗，可以有效提升疾病康复速度，减少不良反应，整体状况更好。

[参考文献]

- [1] 鞠尚廉, 杨群. 不同手术入路对于治疗脊柱结核的临床效果比较 [J]. 大连医科大学学报, 2021, 43(06):526-532.
- [2] 刘辉, 李红, 饶放萍等. 脊柱结核病灶清除术后合并感染的病原学特征及其预测决策树模型的构建 [J]. 中国病原生物学杂志, 2021, 16(09):1077-1081.
- [3] 陈品奇, 杨杰, 陈朝奎等. 微创术与传统病灶清除术在脊柱结核治疗中的疗效对比 [J]. 中国实用医药, 2021, 16(20):66-69.

(上接第 24 页)

发症发生率分别为 100%、95.65% 以及 2.17%，手术时间和住院时间分别为 (49.15 ± 6.94) min 和 (4.82 ± 1.14) d；而接受气压弹道碎石术治疗的对照组患者，其一期碎石成功率、治疗有效率以及并发症发生率分别为 89.13%、84.78% 以及 6.52%，手术时间和住院时间分别为 (67.42 ± 7.28) min 和 (8.26 ± 1.43) d，对比之下，观察组患者的治疗有效率相对更高，且治疗安全性更好，手术和术后恢复时间更短。

综上所述，输尿管镜下钬激光碎石术治疗泌尿结石具有显著的疗效，其碎石成功率更高，并保障患者的泌尿系统组织器官不受损伤，预防相关并发症的发生。进而有效缩

短患者的术后恢复时间，更好的维护患者的健康安全。

[参考文献]

- [1] 刘晓宇. 对比输尿管镜下钬激光碎石与经皮肾镜取石术治疗肾结石的疗效 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2022, 3(50):9926.
- [2] 赵黎明, 刘致中, 岳长久. 输尿管镜下钬激光碎石术治疗泌尿结石的疗效分析 [J]. 系统医学, 2023, 1(12):52-54.
- [3] 胡啸天, 曾晓勇. 输尿管镜下钬激光碎石术与腹腔镜下输尿管切开取石术治疗输尿管中、下段结石的临床疗效比较 [J]. 广西医科大学学报, 2023, 33(04):718-720.