

结直肠肿瘤治疗中应用腹腔镜手术方式的临床效果研究

郑宏斌

甘肃省酒泉市第二人民医院 735000

〔摘要〕目的 分析结直肠肿瘤采用腹腔镜手术的临床效果。方法 本文通过多阶段抽样法将我院从 2023 年 2 月至 2024 年 3 月期间收治的 74 例结直肠肿瘤患者实施分组研究，每组 37 例患者，试验组采用腹腔镜手术，参照组采用传统开腹手术，研究比较两组术后康复及并发症发生情况。结果 试验组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次进食时间以及住院时间均短于参照组，并发症发生率低于参照组，数据经验证符合统计学差异 ($P < 0.05$)。结论 腹腔镜手术在结直肠肿瘤患者中应用能有效降低并发症发生率，可缩短术后康复进程，减少住院时间。

〔关键词〕结直肠肿瘤；腹腔镜手术；临床效果

〔中图分类号〕R735.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2024) 05-001-02

结直肠肿瘤在消化道恶性肿瘤中属于常见的疾病类型，其发病与遗传、环境、饮食习惯等因素有关，随着病情进展会引发便秘、便血、腹痛、营养不良等症状，对患者生命安全造成严重威胁^[1]。临床针对结直肠肿瘤通常采取外科手术治疗，传统开腹手术可直接打开腹腔切除肿瘤病灶达到根治效果，但该术式对患者造成的伤害较大，出血量较多，术后并发症较多，不利于术后康复^[2]。随着腹腔镜技术不断成熟，可通过腹腔镜提供清晰的手术视野完成手术结直肠肿瘤切除操作，可减少创伤，有助于改善预后^[3]。为此，本文将我院收治的 74 例结直肠肿瘤患者纳入研究中，分析腹腔镜手术的临床效果。

1 资料与方法

1.1 基础资料

以 2023 年 2 月至 2024 年 3 月期间我院收治的 74 例结直肠肿瘤患者作为分析对象，分组法选为多阶段抽样法，试验组 ($n=37$) 中最大/最小分别为 77 岁、45 岁，中位年龄 (60.51 ± 2.47) 岁；男性有 21 例、女性有 16 例。参照组 ($n=37$) 中最大/最小分别为 78 岁、46 岁，中位年龄 (60.68 ± 2.56) 岁；男性有 20 例、女性有 17 例。以 SPSS26.0 软件对两组涉及的基础资料实施验证分析， P 值均 > 0.05 ，无统计学指标分析意义存在。

1.2 方法

参照组实施常规开腹手术，取膀胱截石位进行麻醉，给予常规铺巾及消毒后，于病灶处腹部做一开放性切口充分暴露腹腔，用手术钳夹闭肿瘤周围血管后实施线性切割清除肿瘤病灶，离断肠管采用吻合器重建消化道，用生理盐水冲洗

腹腔，确认无误后逐层缝合切口。

试验组实施腹腔镜手术，取膀胱截石位进行麻醉，给予常规铺巾及消毒后，在脐下 1cm 处进行穿刺建立 CO_2 气腹，气压维持在 14mmHg 左右，置入腹腔镜探查肿瘤病灶，于病灶位置皮肤做 3~4 个穿刺点作为操作孔，置入操作器械于肿瘤下方 5cm 处游离出直肠系膜，采取线性切割将肠管切断，于肿瘤上方 8~10cm 处游离出乙状结肠，采取线性切割将其切管，移除肿瘤标本，在近端结肠处置入吻合器钉舱实施荷包缝合，将缝合后的肠段回纳至腹腔中，利用腹腔镜画面实施低位吻合，术毕解除 CO_2 气腹，对穿刺切口进行缝合处理。

1.3 指标分析

观察并记录患者术后肠鸣音恢复、首次排气、首次进食以及住院时间。

统计患者在术后产生的并发症，具体包括切口感染、肠粘连、吻合口瘘，计算其发生率。

1.4 统计学方法

采取 t 检验验证术后康复进度，以 (均数 \pm 标准差) 形式表示，采取 χ^2 检验验证并发症，以率 (%) 的形式表示，本次通过 SPSS26.0 统计学软件统计 74 例结直肠肿瘤患者涉及的所有临床数据， $P < 0.05$ ，统计学数据指标存在分析差异。

2 结果

2.1 计算对比两组术后康复进度

试验组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次进食时间以及住院时间均短于参照组，数据经验证符合统计学差异 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组术后康复进度对比

组别	例数	肠鸣音恢复时间 (h)	首次排气时间 (h)	首次进食时间 (d)	住院时间 (d)
试验组	37	16.46 \pm 4.78	20.67 \pm 3.85	2.17 \pm 0.53	10.83 \pm 2.14
参照组	37	30.83 \pm 6.31	38.74 \pm 5.29	3.29 \pm 0.72	13.59 \pm 3.28
t		11.0420	16.7998	7.6202	4.2867
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0001

2.2 计算对比两组并发症发生情况

试验组术后并发症发生率明显低于参照组，数据经验证符合统计学差异 ($P < 0.05$)，见表 2。

3 讨论

结直肠肿瘤是临床高发的消化系统疾病，据统计，该疾

病在临床病死率仅次于胃癌、食管癌及肝癌，严重危及患者生命安全。对于该疾病一般采取外科手术实现根治性治疗，传统的开腹手术尽管能清除肿瘤病灶，但对患者造成的手术创伤较大，长期开腹会增加感染风险，整体疗效不理想^[4]。腹

(下转第 3 页)

表 2 28d 死亡影响因素多因素分析对比

指标	单因素		多因素	
	OR (95%CI)	P value	OR (95%CI)	P value
APACHE II	1.341 (1.201-1.506)	0.000	1.229 (1.052-1.431)	0.011
SOFA	1.692 (1.359-2.108)	0.000	1.506 (1.082-2.093)	0.017
VIS	1.026 (1.004-1.049)	0.027	1.025 (1.003-1.056)	0.031
VIS ≥ 17.06	8.384 (3.189-22.051)	0.000	7.521 (1.446-39.151)	0.015
IL-6	1.000 (0.999-1.002)	0.044	1.000 (0.999-1.002)	0.542

3 讨论

感染因素与脓毒性休克的发生有较高相关性，是炎症反应在多因素影响下持续恶化，导致患者组织低灌注、血管功能异常的结果^[5-6]。早识别、确诊，并予以患者相应治疗，是保障患者生命安全，改善预后的关键。确诊疾病后予以液体补充，促进循环血容量提升，使组织器官缺氧、缺血状况改善，但在治疗后依旧有患者病情会发展为脓毒性休克^[7]。针对接受液体复苏治疗后依旧难以改善的失代偿型脓毒性休克，临床通常采取血管活性药物治疗，用于纠正休克^[8]。但不同血管活性药物的作用机制、疗效存在差异。SOFA 能够对多巴胺、去甲肾上腺素等指标进行评估，但在药物实际使用中，不同类型药物的用量、使用方法有差异，SOFA 无法准确评估在重症患者中血管活性药物使用效果^[9-10]。而 VIS 能够对患者治疗中所使用的血管活性药物整合，赋予权重，可直观反应药物依赖情况，是评估该类药物对心血管系统支持作用的重要指标之一^[11]。本次研究结果显示，存活组的 VIS 评分、SOFA 评分、IL-6、APACHE II 评分均较低 (P<0.05)。APACHE II 评分、SOFA 评分、VIS 评分 (提示连续变量)、VIS ≥ 17.06 (提示分类变量) 均为独立危险因素 (P<0.05)。由此说明，在老年脓毒性休克患者中 NIS 是导致其早期死亡的独立危险因素。

综上，48h 内最大 VIS 与老年脓毒性休克患者预后有较大相关性，其也是 28d 内导致患者死亡的独立危险因素，其在老年脓毒性休克患者预后预测中有较高的应用价值。

【参考文献】

[1] 陈阳希, 郭蕾, 严好函, 等. 血管活性药物评分评估老年脓毒性休克患者预后的价值 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2023, 22(08):578-583.
 [2] 胡耀, 王粮山, 张帅, 等. 血管活性药物评分在危

重症患者中临床应用现状 [J]. 中国体外循环杂志, 2023, 21(03):189-192.

[3] 李鹏飞, 陈齐齐, 蒋文, 等. 不同时间的血管活性药物评分对脓毒性休克患者死亡风险的预测价值 [J]. 中华急诊医学杂志, 2021, 30(5):582-587.

[4] 曹梦, 赵晶晶, 王菁, 等. 血管活性药物评分在指导脓毒性休克患者实施肠内营养时机的应用 [J]. 临床医学进展, 2023, 13(12):25-32.

[5] 林颖仪, 马冬菊, 张静, 等. 血管活性药物评分, 休克评分和乳酸水平对脓毒性休克足月儿结局的预测价值 [J]. 中华新生儿科杂志 (中英文), 2022, 37(6):494-498.

[6] 刘雨萌, 黄燕, 唐礼, 等. 系统性炎症指标预测脓毒性休克预后的临床价值 [J]. 现代生物医学进展, 2023, 23(20):3899-3902+3912.

[7] 沈飞, 刘冬梅, 姚浩旗, 等. 重症监护病房老年脓毒性休克患者的临床特征及预后影响因素分析 [J]. 中国临床研究, 2023, 36(10):1449-1453.

[8] 高伟超, 罗凯, 张涛. Pcv-aCO₂/Ca-cvO₂、外周灌注指数联合血乳酸在脓毒症休克患者预后评估中的应用价值 [J]. 河南医学研究, 2023, 32(16):2982-2985.

[9] 施秋凌, 汪永斌, 钟磊, 等. 红细胞分布宽度与白蛋白比值和脓毒性休克患者预后的关系 [J]. 浙江医学, 2023, 45(13):1380-1383+1388.

[10] 龚志平, 高艳飞, 刘秋霞, 等. 血清 IL-33、IL-35 对老年脓毒症患者预后的预测价值 [J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(08):1859-1861.

[11] 刘雪琴, 张卫星, 沈洁, 等. 灌注指数作为足月儿脓毒性休克患儿血管活性药物需求预测指标的评估 [J]. 实用医学杂志, 2021, 37(19):2477-2481.

(上接第 1 页)

腹腔镜手术是微创手术，通过建立气腹使用腹腔镜提供清晰的手术视野，在不暴露腹腔的前提下完成结直肠肿瘤切除操作，手术切口均不足 1cm，不仅能达到开腹手术的治疗效果，还能减少手术创伤，降低感染风险，弥补开腹手术的不足，可提高整体手术安全性，加快术后恢复，缩短治疗时间，同时能减少医疗支出，可促进结直肠肿瘤外科治疗远期效果^[5]。

结果表明，试验组肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次进食时间以及住院时间均短于参照组，并发症发生率低于参照组，数据经验证符合统计学差异 (P < 0.05)。

综合以上结论，腹腔镜手术应用于结直肠肿瘤患者治疗中能预防并发症，可加快术后恢复速度。

【参考文献】

[1] 方振军. 腹腔镜手术与开腹手术治疗结直肠癌的临床效果比较 [J]. 中国基层医药, 2018, 25(19):2542-2545.

[2] 李德广, 王延磊. 腹腔镜联合结肠镜手术治疗结直肠肿瘤的临床效果研究 [J]. 世界复合医学, 2021, 7(8):35-39.

[3] 谢明辉. 探究结直肠肿瘤治疗中应用腹腔镜手术方式的临床效果 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(18):73.

[4] 石英, 刘金雨. 腹腔镜联合结肠镜手术治疗结直肠肿瘤的临床效果 [J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(13):55-57.

[5] 宁志远. 腹腔镜联合结肠镜手术治疗结直肠肿瘤的临床效果研究 [J]. 中国肛肠病杂志, 2019, 39(2):4-5.

表 2 两组并发症发生情况对比

组别	例数	切口感染	肠粘连	吻合口瘘	发生率
试验组	37	1	1	0	2(5.41%)
参照组	37	4	2	1	8(21.62%)
		χ^2			4.1625
		P			0.0413