

生活质量评分明显高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组 SF-36 问卷分值比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	38	60.96± 7.66	77.68± 9.27 [*]
对照组	37	59.84± 8.35	66.91± 9.56

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

急性胆囊炎为外科常见急腹症,病情进展迅速,若未及时进行治疗,40%~70%的患者可出现胆囊穿孔^[3]。老年人手术耐受性普遍较差,传统开腹胆囊切除术,手术切口长达 10 cm 左右,创伤大,患者术后正常活动容易受限,且开腹手术累及腹区范围较广,对患者肠胃功能影响较大,术后常需较长时间恢复,增加患者痛苦及经济负担。随着腹腔镜手术的不断发

展,广泛应用于胰腺囊肿、阑尾炎等常见腹部器官病变治疗中,均取得满意效果^[4]。急性胆囊炎病变组织与周围粘连较严重,具体结构辨别与分离困难,加之老年急性胆囊炎患者普遍存在病情被低估现象,临床对于腹腔镜手术应用于老年急性胆囊炎存在争议。本研究结果显示,观察组患者手术时间、术中出血量均少于对照组($P<0.05$),且两组患者手术成功率无显著性差异($P>0.05$),说明腹腔镜胆囊切除术在老年急性胆囊炎治疗中具有较高的可行性。本组研究中,腹腔镜手术切口为 1 cm 左右,极大降低了手术创伤。陆文清^[5]研究指出,腹部手术术后肠胃功能恢复速度与切口大小直接相关,手术切口越小越有利于肠道功能恢复。本研究结果显示,观察组术后肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、肛门排便时间均短于对照组($P<0.05$),说明腹腔镜胆囊切除术后,患者肠道功能可较快恢复。综上所述,腹腔镜胆囊切除术应用于老年急性胆囊炎患者中具有较高的可行性与有效性,患者术后肠道功能恢复快,生活质量显著提高。

参考文献

[1]谭海东,徐力,孙永亮,等.80 岁以上高龄胆囊结石胆囊炎患者诊治分析[J].中华普通外科杂志,2015,30(3):204-206
[2]高允海,冯雷,韩柯鑫.急性胆囊炎腹腔镜切除术中胆囊破裂相关处理及预后分析[J].中国老年学,2014,34(14):4050-4051
[3]董承远,黄梅,陈秀敏.急性胆囊炎患者感染的危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2014,24(18):4561-4562
[4]王伟,王峰,宗光全,等.急性胆囊炎经腹腔镜胆囊切除手术体会[J].医学研究生学报,2015,28(1):52-54
[5]陆文清.腹腔镜胆囊切除术对于急性结石性胆囊炎患者胃肠功能以及 C- 反应蛋白的影响分析[J].河北医学,2014,20(8):1346-1348

(收稿日期:2017-02-22)

腹腔镜与传统开腹手术对结直肠癌患者胃肠功能的影响

赵玉军 姜敏

(广东省第二人民医院 广州 510317)

摘要:目的:探讨腹腔镜结直肠癌根治术与传统开腹手术对结直肠癌患者胃肠功能的影响。方法:将我院 2015 年 3 月~2016 年 3 月收治的结直肠癌患者 90 例随机分为观察组和对照组,每组 45 例。观察组采用腹腔镜结直肠癌根治术,对照组采用传统开腹手术,比较两组胃肠功能恢复(胃泌素、胃动素、肠鸣音恢复时间)与并发症发生情况。结果:观察组胃肠功能恢复情况明显优于对照组,并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:腹腔镜结直肠癌根治术治疗结直肠癌较传统开腹手术,对患者胃肠功能的影响更小,更有利于恢复其肠道营养功能,加快创口愈合进程。

关键词:结直肠癌;腹腔镜结直肠癌根治术;传统开腹手术;胃肠功能

中图分类号:R735.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.016

近年来临床研究显示,结直肠癌发病人群呈年轻化发展趋势,且多发于男性群体。早期结直肠癌患者症状不够明显,仅出现消化不良、偶感不适。而随着癌肿的增大,逐渐出现腹痛、腹部包块、便血、大便习惯改变、肠梗阻等症状^[1]。目前,临床根治结直肠癌最佳的方式仍为手术。传统开腹手术操作简单,但术中切口较长,易造成较大创伤与较多的出血量,此外,电凝烧灼止血与缝扎引起的血凝块常损伤组织,从而严重影响患者胃肠功能^[2]。腹腔镜技术近几年已广泛应用于临床,其应用效果已得到临床普遍认可。本研究探讨腹腔镜结直肠癌根治术对患者胃

肠功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 3 月~2016 年 3 月我院收治的结直肠癌患者 90 例,将所有患者随机分为观察组和对照组,每组 45 例。观察组男 26 例,女 19 例;年龄 48~78 岁,平均年龄(62.35± 5.46)岁;肿瘤分期:Ⅰ期 19 例、Ⅱ期 16 例、Ⅲ期 10 例。对照组男 27 例,女 18 例;年龄 47~80 岁,平均年龄(63.42± 5.53)岁;肿瘤分期:Ⅰ期 20 例、Ⅱ期 14 例、Ⅲ期 11 例。两组患者性别、年龄、肿瘤分期等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患

者均自愿参与研究,签署知情同意书,本研究经院伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:入选患者均经影像学、内镜及病理学活检等检查确诊为结直肠癌,影像学检查可见梗阻上方结肠存在胀气情况;内镜检查可发现肠腔、肠壁改变。排除标准:因肠梗阻或消化道大出血而行急症手术;合并肝转移且接受部分肝切除术;存在广泛性转移;肿瘤直径过大,难以实施腹腔镜手术;肿瘤距肛门<5 cm。

1.3 治疗方法

1.3.1 观察组 应用腹腔镜结直肠癌根治术,实施气管插管全麻,行套管针(Trocar)穿孔,建立 15 mm Hg 人工二氧化碳(CO₂)气腹。置入腹腔镜,探查腹腔内脏,确认病变部位后进入手术器械。根据肿瘤部位,应用超声刀将肠系膜血管分离,并采用钛夹将该血管夹闭离断,清扫淋巴组织。分离过程中注意双侧输尿管的显露与保护。超声刀将结肠外侧腹膜分离,确保结肠脾曲或肝曲充分游离,以促进吻合口充分松弛。以肿瘤部位为引导,切开腹壁 5 cm 左右取出切除标本,牵出肠管残端至腹壁,体外吻合后,还纳至腹腔。术毕腹腔冲洗采用无菌蒸馏水,同时常规采用抗生素进行预防抗感染治疗,留置引流管,将切口缝合。

1.3.2 对照组 行传统开腹手术,予以气管插管全麻。根据肿瘤位置选择合适切口,开腹后,探查腹腔,判断肿瘤大小、部位、形态,游离肿瘤供血血管、结扎、切断,随后连同肠系膜及淋巴组织于预切位置一并切除肿瘤组织,随后将远近端肠管吻合。术毕处理同观察组。

1.4 评价指标 (1)胃肠功能:比较两组胃泌素、胃动素水平及排气时间、肠鸣音恢复时间。(2)并发症:感染、吻合口瘘、肠梗阻、深静脉血栓。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠功能 观察组胃肠功能恢复情况明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组胃肠功能恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	胃泌素 (pg/ml)	胃动素 (pg/ml)	排气时间 (d)	肠鸣音恢复时间(d)
对照组	45	113.52± 12.69	288.24± 16.92	3.82± 0.96	3.45± 0.39
观察组	45	134.61± 15.94	319.46± 20.14	2.76± 0.58	2.51± 0.45
<i>t</i>		6.235	7.962	6.339	10.589
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 并发症 观察组术后感染 2 例、吻合口瘘 1 例、肠梗阻 1 例,并发症发生率为 8.89%(4/45);对照组术后感染 3 例、吻合口瘘 4 例、肠梗阻 2 例、深静脉血栓 2 例,并发症发生率为 24.44%(11/45)。观察组并发症发生率较对照组明显降低,差异有统计学意义($\chi^2=3.920, P<0.05$)。

3 讨论

结直肠癌是目前较为常见的一种消化系统恶性肿瘤,其发病部位主要为直肠、乙状结肠及升、降结肠等。随着医疗技术与人们生活水平的提高,结直肠癌治疗的目标为根治肿瘤、延长患者无病生存期、改善生活质量^[1]。根治性手术作为目前相对有效的治疗方式而成为临床首选的结直肠癌治疗手段。但传统开腹手术创伤较大,且术后易出现局部复发或转移,对预后极为不利,同时对保肛而言亦是巨大的挑战^[4]。

腹腔镜技术早期应用于妇科手术中,随着技术的不断完善,在其他手术中同样显示出独特的优势,并逐渐将部分传统手术所取代。目前,已有相关文献报道,腹腔镜结直肠癌根治术可实现与传统开腹手术相近的疗效。此外,由于腹腔镜手术具有微创手术的特点,可有效减轻对患者机体损伤,肠外科临床已广泛应用腹腔镜手术^[5]。但仍有部分医师对其安全性及术后患者机体功能恢复情况存在疑虑。因此,通过对比分析两种术式对患者胃肠功能恢复的影响,有助于进一步探讨腹腔镜手术在肠外科临床的应用价值。本研究选用胃泌素与胃动素作为评估患者术后胃肠功能恢复的指标,其原因为:胃泌素与胃动素均属于兴奋型胃肠激素,两者能够从多方面改善胃肠道运动。其中胃泌素可刺激胃酸分泌,将胃肠空腹样运动转为餐后样运动,同时还可加强胃窦纵行与环形肌条收缩功能。胃动素则可对消化间期肌电复合波进行有效调节,加快胃排空^[6]。而手术带来的应激反应可增加儿茶酚胺的分泌,对胃泌素与胃动素的分泌产生抑制作用,进而造成胃肠功能紊乱^[7]。本研究结果显示,观察组术后胃泌素与胃动素水平均明显高于对照组,且排气时间与肠鸣音恢复时间均明显短于对照组,表明腹腔镜手术可有效促进患者术后胃肠功能恢复,从而改善其生活质量。腹腔镜手术疼痛轻、创伤小,能够有效减轻手术对上述胃肠激素的抑制作用,促进胃肠道功能恢复,进而加快机体免疫功能与肠道营养功能的恢复,有助于创口愈合,缩短术后恢复时间。观察组并发症发生率较对照组明显降低,提示腹腔镜手术安全性更高。分析其原因

为腹腔镜具有放大效应,便于术者清晰的观察解剖组织结构;同时术中可避免直接触碰肿瘤,以免挤压肿瘤,防止肿瘤细胞脱落^[6]。此外,超声刀在发挥其微创作用的同时,可确保自根部将血管结扎、切断,达到淋巴结彻底清扫的目的,最终保证其与开腹手术相当的疗效。综上所述,腹腔镜结直肠癌根治术治疗结直肠癌较传统开腹手术可明显减轻对患者胃肠功能的影响,促进患者术后机体功能恢复,有助于改善其生活质量,且具有较高的安全性,值得推广。

参考文献

[1]衡甜甜,程凯.结直肠癌腹腔镜微创手术应用综述[J].安徽医学,2016,37(6):780-782

[2]吴邦学,魏寿江.腹腔镜结直肠癌根治术在Ⅱ、Ⅲ期结直肠癌中的应用效果[J].实用临床医药杂志,2016,20(15):103-105
[3]张洪志,姚国忠,晏江,等.腹腔镜与开腹结直肠癌根治术后急性胃肠损伤的差异及原因分析[J].实用临床医药杂志,2016,20(17):110-112
[4]何进伟,何庆.腹腔镜结直肠癌根治术的临床研究[J].医学综述,2016,22(8):1572-1575
[5]罗斌,杨虎强,漆家康,等.腹腔镜与开腹手术治疗结直肠癌短期疗效比较[J].实用医院临床杂志,2016,13(5):111-113
[6]熊小勇,徐降兴,习举云.腹腔镜手术对比开腹手术在结直肠癌根治术中的安全性及远期疗效评估[J].实用癌症杂志,2016,31(10):1665-1668
[7]杨伟强,钟鸣.腹腔镜下结直肠癌根治术危险因素及并发症分析[J].实用癌症杂志,2016,31(8):1271-1273
[8]高王军,李福广.腹腔镜结直肠癌根治术对结直肠癌患者临床疗效及胃肠功能的影响[J].癌症进展,2016,14(9):910-912

(收稿日期:2017-01-07)

微创经皮肾镜联合膀胱软镜治疗复杂性肾结石效果及预后分析

赵阳 张楠 马耀辉

(河南省郑州人民医院泌尿外科 郑州 450000)

摘要:目的:观察微创经皮肾镜联合膀胱软镜治疗复杂性肾结石效果及预后影响。方法:选取2014年3月~2016年3月我院收治的68例复杂性肾结石患者为观察对象,按不同手术方式分为两组,对照组单用微创经皮肾镜取石术,观察组联合使用膀胱软镜,对比两组手术效果及一期清石率、并发症。结果:观察组的术中出血量、术后住院时间均优于对照组($P<0.05$),且一期清石率94.12%高于对照组79.41%,并发症发生率低于对照组的17.65%($P<0.05$)。结论:微创经皮肾镜联合膀胱软镜是治疗复杂性肾结石的一种有效方式,具推广价值。

关键词:复杂性肾结石;膀胱软镜;微创经皮肾镜;效果;预后

中图分类号:R699.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.017

复杂性肾结石是临床上常见的一种泌尿系统疾病,具有结石较大且分布复杂的特点,主要类型有结石体积在25 cm以上的肾盂内结石、鹿角形结石以及多发性肾结石等,临床治疗多以手术为主^[1-2]。随着微创技术的进步与发展,微创经皮肾镜取石术在临床上得到越来越多的应用,且取得了较优疗效。本研究探讨了复杂性肾结石患者应用微创经皮肾镜联合膀胱软镜治疗效果。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 基本资料 回顾选取2014年3月~2016年3月我院收治的68例复杂性肾结石患者作为观察对象,根据不同的手术治疗方式分成对照组34例和观察组34例,对照组男性23例,女性11例,年龄20~70岁,平均年龄(39.34±4.21)岁,结石类型为多发性肾结石15例,鹿角形肾结石12例,孤立性肾结石7例;观察组男性24例,女性10例,年龄19~69岁,平均年龄(38.73±4.17)岁,结石类型为多发性肾结石16例,鹿角形肾结石10例,孤立性肾结石8

例。两组年龄、性别等基线资料无明显差异($P>0.05$)。

1.2 方法 观察组先采用微创经皮肾镜取石术进行治疗,对患者进行硬外膜麻醉后采用斜仰结石位,患侧的输尿管放置6F导管,注水后成“人工肾积水”,利于穿刺与冲洗碎石。采用俯卧,把肾区的腹部垫高,于超声引导定穿刺点,其位选在第11肋间/第12肋骨的下方2~3 cm位置,肩胛下线和腋后线间区,选择18号的肾穿刺针行穿刺,当液体流出穿刺成功。同时沿针管置斑马导丝,并沿斑马导丝选择筋膜扩张管将穿刺通道逐渐扩张,由8F扩张到18F,建立与经皮肾取石通道。将输尿管肾镜经工作通道置入肾内,用气压弹道相关碎石探针碎结石,以灌注泵水压完成冲洗碎石,检查没有结石的残留后,以膀胱软镜自原通道进,转换角度进行各肾盏内结石残留探查。如残留结石,以钬激光击碎结石,冲净结石再观察肾盏内结石残留情况,将输尿管导管拔出,置双J管与18F的肾造瘘管。其中对照组单纯予