

传统组出现 2 例胸骨移位、3 例纵膈感染,微创组出现 1 例纵膈感染。微创组并发症发生率(2.77%)、二次开胸率(0.00%) 低于传统组并发症发生率(13.89%) 及二次开胸率(8.33%), $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。

### 3 讨论

传统左心房粘液瘤切除术需将胸骨纵行切开,切口长,创伤大,术后胸廓稳定性低,美观度差,恢复时间长<sup>[6]</sup>。随着微创技术不断发展,右胸微创小切口行左心房粘液瘤切除术在临床广泛应用。该手术切口小,具有较高的美观性,可保持胸骨正常结构,维持正常呼吸功能,降低术后疼痛和应激反应的发生,利于患者术后排痰和自主咳嗽,促进呼吸功能的恢复,减少气管内插管时间,缩短 ICU 住院时间,促进患者较快恢复,同时避免术后胸骨移位,减少纵膈感染的发生<sup>[7-8]</sup>。

研究结果显示,微创组术后 24 h 胸腔引流量、平均机械通气时间、下地活动时间、平均住 ICU 时间、术后平均输血量、并发症发生率及二次开胸率均低于传统组( $P<0.05$ );两组主动脉阻断时间、平均住院时间比较无显著性差异( $P>0.05$ )。说明,左心

房粘液瘤患者行右胸微创小切口左心房粘液瘤切除术,可有效减少引流量和输血量,缩短机械通气时间,降低术后并发症的发生及二次开胸率,术后恢复快。综上所述,右胸微创小切口行左心房粘液瘤切除术治疗左心房粘液瘤安全有效,具有较高的临床价值。

### 参考文献

- [1] 文钦生,蒲蜀湘,姚海燕,等.心房粘液瘤致基底动脉尖综合征 1 例报告[J].临床神经病学杂志,2014,27(1):80
- [2] 曹伟华.重度左心房粘液瘤切除术的麻醉管理体会[J].中国中医药咨讯,2012,4(2):374
- [3] 张晓慎,郭惠明,谢斌,等.完全胸腔镜下左心房粘液瘤摘除术的探讨[A].第 14 届中国南方国际心血管病学术会议论文集[C].广东:岭南心血管病杂志,2012.211-212
- [4] 赵双泉,薛那顺.左心房粘液瘤 2 例报告[J].医药前沿,2015,5(27):234-235
- [5] 赵艳梅,张秋兰,王全义.心脏粘液瘤患者临床特征及与心功能分级和栓塞事件的关系[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(6):694-696
- [6] 张毅男,王长英,孙莹杰,等.左心房后壁副神经节瘤切除术麻醉处理一例[J].临床麻醉学杂志,2012,28(10):1037
- [7] 王秀芹,武小玲.彩色多普勒超声诊断心脏粘液瘤的临床价值研究[J].国际医药卫生导报,2016,22(1):102-105
- [8] 林益民,张奕,林涌,等.心脏粘液瘤的临床分析和手术治疗[J].医药前沿,2012,2(3):123

(收稿日期:2017-05-10)

## 腹腔镜与开腹直肠癌 Miles 手术效果对比

李俊峰

(河南省新密市中医院普外科 新密 452370)

**摘要:**目的:对比腹腔镜与开腹直肠癌 Miles 手术的临床效果。方法:选取我院 2012 年 3 月~2016 年 10 月收治的 40 例直肠癌患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 20 例。对照组采用开腹手术治疗,观察组采用腹腔镜 Miles 手术治疗,比较两组患者手术相关指标及术后恢复情况。结果:观察组术中出血量、术后至下床活动时间、进食时间、住院时间均低于对照组( $P<0.05$ )。结论:腹腔镜 Miles 手术治疗直肠癌效果明显优于开腹手术,具有创伤小、恢复快等优点。

**关键词:** 直肠癌; Miles 术方式; 腹腔镜手术; 传统手术; 效果

**中图分类号:** R735.3

**文献标识码:** B

**doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.078

直肠癌是临床常见的消化道恶性肿瘤,发病因素较为复杂,包括遗传因素、饮食因素和生活环境等。目前临床治疗该病的方法很多,手术治疗较为常用。传统开腹手术虽具有一定的治疗效果,但手术创伤较大,不利于患者术后恢复。随着腹腔镜在临床的广泛应用,微创治疗的优势逐步凸显。我院对 20 例直肠癌患者实施腹腔镜 Miles 手术,取得良好的临床效果。现报道如下:

### 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2012 年 3 月~2016 年 10 月收治的 40 例直肠癌患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 20 例。对照组:男 11 例、女 9 例,平

均年龄( $51.32\pm 3.21$ )岁。观察组:男 12 例、女 8 例,平均年龄( $51.53\pm 3.11$ )岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$ ,具有可比性。

**1.2 方法** 观察组采用腹腔镜 Miles 手术治疗:患者给予气管插管静脉复合麻醉,取头高足低截石位,常规消毒铺巾;于脐部和麦氏点分别做一操作孔和观察孔,建立气腹;常规置入腹腔镜,探查腹腔内情况,明确病变位置;使用超声刀分离侧腹膜,切断血管根部,游离直肠、乙状结肠周围间隙;于左髂前上棘和脐连线的 1/3 处进行腹壁切口,将乙状结肠拉出并切断,于近端实施造瘘,远端封闭送回腹腔;病变组织经会阴切口取出并留取标本送检<sup>[1]</sup>。对

照组进行开腹手术,将病变组织切除并取出。两组术后均给予抗感染治疗。

**1.3 观察指标** 观察两组患者手术相关指标和术后恢复情况,包括术中出血量、手术时间及术后下床活动时间、进食时间、住院时间。

**1.4 统计学分析** 采用 SPSS21.0 软件进行数据分析,计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示,采用  $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

除手术时间外,观察组术中出血量及术后下床活动时间、进食时间、住院时间均低于对照组,  $P < 0.05$ ,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标和术后恢复情况比较  $(\bar{x} \pm s)$

| 组别  | 术中出血量<br>(ml) | 手术时间<br>(min) | 下床活动时间<br>(h) | 进食时间<br>(h) | 住院时间<br>(d) |
|-----|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------|
| 对照组 | 161.50±13.05  | 140.5±10.25   | 3.86±1.09     | 49.50±10.32 | 13.26±1.36  |
| 观察组 | 100.1±13.02   | 168.32±12.35  | 2.62±1.06     | 29.35±5.65  | 9.32±1.42   |
| $t$ | 12.35         | 10.28         | 9.52          | 8.16        | 7.36        |
| $P$ | <0.05         | <0.05         | <0.05         | <0.05       | <0.05       |

## 3 讨论

随着我国社会经济的持续发展,人们生活水平的不断提高,患者对治疗效果的期许越来越高,常规治疗方法已很难满足临床需求,同时无法顺应时代发展的潮流<sup>[2]</sup>。近年来,随着腔镜技术的快速发展,腹腔镜 Miles 手术已在临床广泛应用。该手术具有以下优点: (1) 手术切口小,对患者创伤小,可明显减少术中出血量,保障患者身体机能,避免营养物质随

血液流失过多产生术后恢复困难的情况; (2) 手术在可视下进行,视野清晰,可充分切除瘤体,手术精确度高; (3) 弥补开腹手术中的部分缺陷,如开腹手术不容易分辨较小的淋巴结,出现清扫不彻底的现象,而腹腔镜手术在放大视野的同时,可使用辅助抓钳钳取病变组织,避免对其他脏器产生过分挤压,并可彻底切除,符合无瘤原则的相关标准<sup>[3-5]</sup>。

研究结果显示,除手术时间外,观察组术中出血量及术后下床活动时间、进食时间、住院时间均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明,腹腔镜 Miles 手术治疗直肠癌可明显减少患者术中出血量,缩短术后恢复时间及出院时间。综上所述,腹腔镜 Miles 手术治疗直肠癌效果明显优于开腹手术,具有创伤小、恢复快等优点。

### 参考文献

- [1] 高桂云,雄婉玲.保肛手术与传统 Miles 手术治疗低位直肠癌效果比较[J].中国医药科学,2014,4(1):189-191
- [2] 张迎东,许腾,付海啸,等.腹腔镜与开腹 Miles 术治疗直肠癌的近期疗效分析[J].腹腔镜外科杂志,2014,19(3):172-174
- [3] 李佳,樊勇.腹腔镜与开腹低位直肠癌 Miles 手术近期临床疗效比较[J].南通大学学报(医学版),2016,36(3):241-243
- [4] 顾卫红,陈小建,徐洪.腹腔镜下直肠癌 Miles 根治术束带法断肠管与传统腹腔镜治疗的成本-效果比较[J].中国医药导报,2015,12(23):87-91
- [5] 边立忠.保肛手术与行 Miles 术治疗低位直肠癌临床效果对比研究[J].中国肿瘤临床与康复,2014,21(2):217-218

(收稿日期:2017-05-10)

(上接第 64 页)减少机体对毒素的吸收,阻断磷酸化胆碱酯酶合成<sup>[3]</sup>。同时,碳酸氢钠具有酸碱中和作用,可与辛硫磷农药产生酸碱中和反应,降低毒性,且可有效分解游离在血液中尚未与胆碱酯酶结合的磷分子。但过多使用碳酸氢钠可引起低钾血症、钙性惊厥等不良反应。血必净注射液主要组成成分有当归、川芎、红花、丹参、赤芍、阿魏酸。其中川芎、当归、红花可彻底清除氧自由基,避免灌注损伤,可治疗肾功能衰竭、肺部损伤;阿魏酸不但可清除氧自由基,且能治疗肺纤维化;丹参、赤芍素可预防低氧性血管收缩,防治早期肾脏损伤。诸药联合可共奏活血化瘀、溃散毒邪、清除内毒素之功效,提高胆碱酯酶活性,降低毒性<sup>[4]</sup>。现代药理研究发现<sup>[5]</sup>,血必净注射液具有减轻机体炎症反应、调节免疫、保护血管内皮、改善组织微循环等作用,可有效降低脓毒性休克的发病率。

研究结果显示,治疗 3 d、7 d、10 d 后,观察组胆

碱酯酶活性及治愈率明显高于对照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组达到阿托品化时间、阿托品总用量、氯磷定总用量、ICU 监护时间均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。说明,碳酸氢钠与血必净联合可提高胆碱酯酶活性,有效分解乙酰胆碱,降低毒性,提高临床疗效。综上所述,碳酸氢钠联合血必净治疗急性辛硫磷农药中毒疗效显著,值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1] 李闯,刘建萍,郝同琴,等.血必净联合血液灌流治疗急性百草枯中毒疗效观察[J].新乡医学院学报,2016,33(2):120-122
- [2] 张爱兰.小儿急性有机磷农药中毒联合应用长托宁、阿托品的临床观察[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2016,11(7):688-690
- [3] 赵波,杨兰菊,肖磊,等.碳酸氢钠联合乌司他丁治疗急性辛硫磷农药中毒胆碱酯酶活力的变化[J].中华劳动卫生职业病杂志,2016,34(1):53-55
- [4] 赵波,肖磊,孙宝泉,等.碳酸氢钠联合血必净注射液治疗急性重度敌敌畏中毒临床疗效[J].职业卫生与应急救援,2016,34(1):6-8
- [5] 焦阳,高万朋,赵寻,等.丹红注射液联合血必净注射液治疗严重脓毒症的研究[J].现代药物与临床,2016,31(3):371-374

(收稿日期:2017-05-10)