

生长；而黄芪多糖同具增强 T 细胞功能的作用，并作用于 IL-2，可提升抗癌活性，达到抗癌目的；斑蝥具有抗癌作用，而且不产生骨髓抑制作用，还能促进骨髓干细胞分化，从而升高血小板和白细胞的水平，减少因化疗产生的血液毒性反应^[6]。综上所述，采用艾迪注射液联合化疗方案治疗食管癌术后疗效更佳，不仅能协同抗癌，还可改善血清炎症反应，降低毒副反应的发生风险。

参考文献

[1]黄文,曾茹雪,钟辉,等.艾迪注射液对肝癌患者 TACE 术后血清炎

性因子及免疫功能的影响[J].实用癌症杂志,2015,30(5):658-661
[2]中国抗癌协会食管癌专业委员会.食管癌规范化诊治指南[S].第 2 版.北京:中国协和医科大学出版社,2013.1-171
[3]杨学宁,吴一龙.实体瘤治疗疗效评价标准 -RECIST[J].循证医学, 2004,4(2):85-90
[4]任清泉,杨扬,张孟斌,等.食管癌根治术后患者预后的相关研究[J]. 湖南师范大学学报(医学版),2015,12(4):34-37
[5]李娟娟,李超英,梁硕,等.艾迪注射液的临床研究[J].长春中医药大学学报,2016,32(4):878-879
[6]毛海燕,汪竹,袁昕,等.艾迪注射液联合放疗治疗食管癌的临床效果观察[J].实用临床医药杂志,2016,20(24):97-99

(收稿日期: 2017-08-27)

腹腔镜全直肠系膜切除术对中低位直肠癌老年患者术后胃肠功能及切口感染发生率的影响

苏智锋

(河南省栾川县人民医院普外科 栾川 471500)

摘要:目的:观察腹腔镜全直肠系膜切除术对中低位直肠癌老年患者术后胃肠功能及切口感染发生率的影响。方法:选取 2015 年 4 月~2017 年 7 月我院收治的 92 例中低位直肠癌老年患者作为研究对象,根据治疗方案的不同分为对照组和观察组,每组 46 例。对照组采用开腹全直肠系膜切除术,观察组采用腹腔镜全直肠系膜切除术。比较两组患者的住院时间、手术时间、术中出血量、切口感染发生率及术前 12 h 和术后 24 h 胃动素和胃泌素水平。结果:观察组的住院时间和手术时间短于对照组,术中出血量少于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;术后 24 h 观察组的胃动素和胃泌素水平高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组的切口感染发生率为 0.00%,低于对照组的 15.22%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:采用腹腔镜全直肠系膜切除术治疗中低位直肠癌,能有效减少术中出血量,缩短手术时间和住院时间,促进患者胃肠功能恢复,降低切口感染发生率。

关键词:中低位直肠癌;腹腔镜全直肠系膜切除术;胃肠功能;切口感染发生率

中图分类号:R735.37

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.023

直肠癌是临床常见的消化道恶性肿瘤,主要是指发病于齿状线至直肠乙状结肠交界处的肿瘤,具有复发率高、预后差和病死率高等特点。据统计,我国每年新发直肠癌患者>10 万例,其中 70%~80% 为中低位直肠癌^[1]。中低位直肠癌临床表现为大便次数增多、便血和肛门坠胀等,随着病情的进展,患者会出现消瘦、排便梗阻、恶病质及肿瘤远处转移等,严重影响患者的身体健康及生命安全^[2]。目前,临床主要采用手术治疗,但传统的开腹全直肠系膜切除术创伤大,术后恢复缓慢,复发率高且易发生切口感染。本研究选取我院收治的 92 例中低位直肠癌老年患者作为研究对象,分组比较了腹腔镜全直肠系膜切除术和传统开腹全直肠系膜切除术对患者术后胃肠功能及切口感染发生率的影响。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 4 月~2017 年 7 月我院收治的 92 例中低位直肠癌老年患者作为研究对象,根据治疗方案的不同分为对照组和观察组,每组

46 例。观察组中男 26 例,女 20 例,年龄 61~76 岁,平均年龄 (67.03 ± 4.76) 岁;对照组中男 25 例,女 21 例,年龄 62~77 岁,平均年龄 (66.89 ± 4.53) 岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 基础治疗 两组均于术前 3 d 口服甲硝唑,进食无渣流食;术前 1 d 晚 7 点开始口服复方聚乙二醇电解质散清洁肠道;当晚 12 点开始禁水禁食,留置术前导尿管,取头低足高改良截石位。

1.2.2 对照组 采用开腹全直肠系膜切除术。分离乙状结肠左侧及右侧系膜,汇合两边,分离骶前间隙、直肠后壁、直肠前壁和侧壁,使用吻合器和荷包关闭器进行肠段吻合。

1.2.3 观察组 采用腹腔镜全直肠系膜切除术,于左侧绕脐行一长约 5 cm 切口,置入手助器,于左侧腹部置入直径约 12 mm Trocar,建立气腹,于腹腔镜下探查腹腔,确认肿瘤是否浸润、转移;于右侧腹部置入直径约 12 mm Trocar,以超声刀游离乙状结肠,

切断血管;游离直肠,沿骶前间隙分离超过尾骨尖,于远端肛尾附着处离断直肠系膜,确保直肠系膜光滑外表面完整;采用肠管切闭器于肿瘤远端 2 cm 处离断肠管,取出肠管;于肿瘤上 10~15 cm 处离断乙状结肠,取出标本;于近端结肠处置入圆形吻合器抵钉座,固定后放回腹腔,重建气腹;于腹腔镜下经肛门置入圆形吻合器进行乙状结肠-直肠端吻合,确认吻合满意后,经左侧腹 Trocar 孔于吻合口附近留置引流管,经右侧腹 Trocar 孔行回肠末端造瘘。

1.3 观察指标 观察比较两组患者的住院时间、手术时间、术中出血量、切口感染发生率及术前 12 h 和术后 24 h 胃动素和胃泌素水平。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS21.0 统计软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的住院时间、手术时间和术中出血量比较 观察组的住院时间和手术时间短于对照组,术中出血量少于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组的住院时间、手术时间和术中出血量比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	住院时间(d)	手术时间(min)	术中出血量(ml)
观察组	46	9.67± 4.62	124.35± 40.58	86.49± 26.81
对照组	46	14.73± 5.86	178.64± 57.39	118.74± 57.33
<i>t</i>		4.599	5.239	3.456
<i>P</i>		0.000	0.000	0.001

2.2 两组手术前后的胃动素和胃泌素水平比较 术前 12 h 观察组的胃动素和胃泌素水平分别为 (342.51 ± 27.63) pg/ml 和 (148.94 ± 16.89) pg/ml,对照组的分别为 (343.06 ± 27.15) pg/ml 和 (149.37 ± 16.24) pg/ml,两组比较,差异无统计学意义, $t_1=0.096, P_1=0.924>0.05; t_2=0.125, P_2=0.901>0.05$ 。术后 24 h 观察组的胃动素和胃泌素水平分别为 (318.42 ± 24.18) pg/ml 和 (135.26 ± 15.78) pg/ml,对照组的分别为 (284.62 ± 25.43) pg/ml 和 (113.82 ± 14.95) pg/ml,观察组的胃动素和胃泌素水平高于对照组,差异有统计学意义, $t_1=6.533, P_1=0.000<0.05; t_2=6.690, P_2=0.000<0.05$ 。

2.3 两组的切口感染发生率比较 观察组未出现切口感染,对照组出现切口感染 7 例。观察组的切口感染发生率为 0.00%, 低于对照组的 15.22%, 差异有统计学意义, $\chi^2=5.566, P=0.018<0.05$ 。

3 讨论

近年来,随着我国人口老龄化的加剧,中低位直肠癌老年患者人数呈递增趋势, 由于老年患者身体素质差, 且多伴有重要脏器功能减退, 手术耐受力低,所以围术期内病情进展迅速,病死率较高。

中低位直肠癌患者行开腹全直肠系膜切除术后,常因切口疼痛严重而限制了其咳嗽和排痰,而且由于留置导尿管时间过长,减少了术后活动量,进而增加了肺部感染的风险。腹腔镜全直肠系膜切除术具有创伤小、机体应激反应轻微和术后消化系统功能恢复快等特点,患者术后早期即可下床活动,能有效减少并发症,缩短康复进程^[1]。腹腔镜具有放大作用,能有效扩大手术视野,使术者更易进行分离、缝合和打结等精细操作,有利于彻底清扫淋巴结,减少手术时间,同时有助于术者掌握手术入路,进而保护周围血管、输尿管及盆腔神经丛,减少手术创伤,促进患者术后恢复。腹腔镜下还能确定血管位置,避免术中出现较大血管出血,同时使用超声刀、钛夹和缝合等可有效止血,进而减少术中出血量^[4]。另外,腹腔镜全直肠系膜切除术操作范围小,有利于减少对肠管的牵拉,从而减轻机体应激反应引发的损伤,促进切口愈合。程桂福等^[5]研究表明,腹腔镜全直肠系膜切除术与开腹手术的治疗效果相当,且能有效减少术中出血量,降低并发症发生率,改善预后。

本研究结果显示, 观察组的住院时间和手术时间短于对照组,术中出血量少于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$; 术后 24 h 观察组的胃动素和胃泌素水平高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$; 观察组的切口感染发生率为 0.00%, 低于对照组的 15.22%, 差异有统计学意义, $\chi^2=5.566, P=0.018<0.05$ 。提示采用腹腔镜全直肠系膜切除术治疗中低位直肠癌,能有效减少术中出血量,缩短手术时间和住院时间,促进患者胃肠功能恢复,降低切口感染发生率。

参考文献

[1]曹正涛,王西墨,张林.老年中低位直肠癌患者手助腹腔镜与开腹直肠癌根治术的疗效比较[J].中国老年学杂志,2016,36(20):5043-5045
[2]韩寅,何勇,黄进.腹腔镜全直肠系膜切除术治疗老年中低位直肠癌的近期疗效及安全性评价[J].海南医学,2017,28(5):749-751
[3]周应舒,朱明达,高晶晶,等.腹腔镜 TME 与开腹 TME 治疗老年中低位直肠癌的短期疗效比较[J].中国现代医生,2016,54(9):40-42
[4]谢莉,朱平.全直肠系膜切除术治疗老年中低位直肠癌的疗效[J].中国老年学杂志,2014,34(7):1844-1845
[5]程桂福,赵起辉.全直肠系膜切除术治疗老年中低位直肠癌的临床效果探析[J].中国医药指南,2016,14(25):79

(收稿日期: 2017-09-30)