

头侧中间联合入路与中间尾侧联合入路在完整结肠系膜切除术中的对比效果

李振国

(河南省汤阴县人民医院普外科 汤阴 456150)

摘要:目的:探讨头侧中间联合入路与中间尾侧联合入路在完整结肠系膜切除术中的应用效果。方法:选取 2019 年 4 月~2021 年 1 月行完整结肠系膜切除术的 89 例结肠癌患者,按照随机数字表法分为对照组 44 例与研究组 45 例。对照组采用头侧中间联合入路手术,研究组实施中间尾侧联合入路手术。比较两组手术时间、术中出血量、住院时间、淋巴结清扫量及并发症发生情况。结果:研究组手术时间短于对照组,术中出血量低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组住院时间相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组淋巴结清扫与阳性淋巴结枚数相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组肺部感染、肠梗阻、吻合口瘘、淋巴漏等并发症发生率相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:中间尾侧联合入路在完整结肠系膜切除术中安全可行,相对于头侧中间联合入路能显著降低患者术中出血量,并缩短手术时间。

关键词:结肠癌;完整结肠系膜切除术;头侧中间联合入路;中间联合尾侧入路

中图分类号:R735.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.13.022

结肠癌为常见胃肠道恶性肿瘤,多见于中老年人群。临床通常采用手术治疗该肿瘤,完整结肠系膜切除术是其标准术,术后复发率低,可有效提高患者生存率^[1]。临床在实施手术时常推荐头侧中间入路,该方式出血风险较大;尾侧入路也是常用方法,风险有所降低,但仍有接触病灶风险。中间尾侧联合入路是一种新型入路方式,结合中间入路与尾侧入路优势,可极大提高手术疗效^[2-3]。基于此,本研究对比头侧中间联合入路、中间尾侧联合入路两种方式在完整结肠系膜切除术中的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 4 月~2021 年 1 月于我院行完整结肠系膜切除术的 89 例结肠癌患者,按照随机数字表法分为对照组 44 例与研究组 45 例。对照组男 27 例,女 17 例;年龄 41~70 岁,平均(58.61±10.82)岁。研究组男 29 例,女 16 例;年龄 42~70 岁,平均(58.26±10.43)岁。两组一般资料相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 入组标准 纳入标准:经结肠镜检查确诊为结肠癌;具有手术指征且符合《机器人结肠癌手术中国专家共识(2020 版)》标准^[4]。排除标准:术前行放化疗;有远处转移;合并其他恶性肿瘤;患有精神疾病。

1.3 治疗方法 术前两组给予抗生素、扩张肠管、胃肠减压并维持水电解质平衡等治疗。对照组采用头侧中间入路行结肠系膜切除术。肠梗阻明显患者术中给予胃肠减压。研究组实施中间尾侧联合入路进行手术。方法:中间入路,首先将肠系膜上静脉解剖,沿其向上解剖分离,依次清扫肠系膜上静脉前、右部位淋巴与脂肪组织。尾侧入路,于腹腔镜下使

用超声刀将腹侧回盲部回结肠血管下方横弧形褶皱切开,参考十二指肠水平线,沿 Toldt's 间隙依次分离右腹膜后、胰头前、右 Toldt's 间隙。再行中间入路,于肠系膜上静脉左方根部依次离断结扎回结肠、结肠中与右结肠血管,同时清扫淋巴结,处理 Henle 各个分支。游离升结肠、肝曲韧带,离断距末端回肠 15 cm 部位并移除,将回肠末端、横结肠进行端侧吻合。

1.4 观察指标 记录两组患者手术时间、出血量、淋巴结清除数目、术后并发症发生情况及住院时间。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件,并发症发生率等计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,符合正态分布的临床指标等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床相关指标比较 研究组手术时间短于对照组,术中出血量低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组住院时间相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
对照组	44	219.53±21.54	309.62±28.06	12.52±2.36
研究组	45	165.28±17.91	105.32±22.65	11.87±1.69
t		12.931	37.837	1.497
P		<0.001	<0.001	0.138

2.2 两组淋巴结清扫结果比较 两组淋巴结清扫与阳性淋巴结枚数相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 淋巴结清扫结果比较(枚, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	淋巴结清扫	阳性淋巴结
对照组	44	20.47±6.68	3.41±1.52
研究组	45	21.49±7.82	3.37±1.29
t		0.661	0.134
P		0.510	0.894

2.3 两组术后并发症发生情况比较 两组肺部感染、肠梗阻、吻合口瘘、淋巴漏等并发症发生率相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后并发症发生情况比较

组别	n	肺部感染 (例)	肠梗阻 (例)	吻合口瘘 (例)	淋巴漏 (例)	并发症发生率 (%)
对照组	44	2	1	1	0	9.09
研究组	45	1	1	0	1	6.67
χ^2						0.180
P						0.671

3 讨论

手术是治疗结直肠癌的主要方法^[5]。传统结直肠癌手术治疗方法是先切除肿瘤所在肠管后,清扫癌区淋巴结,该方法无须在营养血管根部对血管结扎,对 N₃ 淋巴结也无须清扫,故无法得到正确临床分期,且术后复发率较高^[6]。完整肠系膜切除术根据肿瘤直径与侵袭范围分为中间、侧方入路两种方式,当癌组织体积较大且侵出浆膜时,需选择中间入路方式,能减轻对肿瘤组织挤压而防止肿瘤破裂并扩散^[7]。

目前临床多采用中间入路作为右半结肠癌手术的入路方式,以回结肠血管与肠系膜上静脉作为标志,从点到线、由线至面对右半结肠癌进行翻页式完整肠系膜切除术,但由于肠系膜上静脉的外科干及分支易变异,中间入路极易误入错误层次,易引发术中出血,造成肠系膜破裂、肿瘤细胞泄露,甚至损伤腹膜后器官而增加手术难度^[8]。中间入路技术难度大且风险高,术中易引起出血,对操作者要求高,特别是在系膜充血水肿、肥胖患者中实施更为困难,延长了手术时间。尾侧入路包括完全尾侧入路与尾侧联合中间入路,称为尾背侧、尾腹侧入路^[9]。完全尾侧入路是先切开小肠系膜跟与后腹膜间黄白交界线入结肠系膜与后腹膜间融合筋膜间隙,进入右半结肠后间隙扩展 Toldt's 间隙,暴露出胰头、十二指肠各段、右侧至生殖血管、内侧至肠系膜上静脉左侧,上至十二指肠球部。但该入路于游离至十二指肠水平部下缘,易误入十二指肠后间隙;入胰头前间隙继续上分离胃结肠静脉干难以控制出血。尾侧联合中间入路的切入点与完全尾侧入路相同,先进入结肠系膜与后腹膜间融合筋膜相同,但入右结肠后间隙后,游离范围上部仅至十二指肠段,暴露出胰腺而转入中间入路,该方式可避免手术中出血情况,对腹膜后器官具有保护作用,安全性得到保障^[10]。以尾侧入路进行腹腔镜右半结肠癌根治术的方式更容易掌握,特别适用于肥胖患者,相对于头侧中间入路可更好找到右腹膜后间隙;但尾侧入路类似于外侧

入路,术中有接触肿瘤病灶的可能性^[11]。本研究的中间尾侧联合入路是基于尾侧入路进行的改良,并结合中间入路优势,为先中间、再尾侧、后中间的方式入路,即首先进中间入路游离肠系膜上静脉前壁,再通过尾侧入路暴露出肠系膜上静脉右侧壁,最后行中间入路将肠系膜上静脉的外科主干与各分支进行处理^[12]。本研究结果显示,研究组在缩短手术时间和降低术中出血量方面优于对照组,其余方面两组比较无显著差异,说明中间尾侧联合入路比头侧中间联合入路更有优势,手术安全性更高^[13]。

综上所述,中间尾侧联合入路在完整结肠系膜切除术中安全可行,相对于头侧中间联合入路能显著降低患者术中出血量,并缩短手术时间,临床可考虑将该方式作为手术首选方法之一。

参考文献

- [1]Zhang S,Lian P,Huang T,et al.Effect of Quxie capsule in patients with colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis [J]. Medicine (Baltimore),2021,100(7):e24322.
- [2]高淳.完整结肠系膜切除术治疗结肠癌的临床研究[J].黑龙江医学,2016,40(5):424-425.
- [3]赵宏升,潘吉勇,闫瑞峰,等.中间尾侧联合入路与头侧中间入路在右半结肠癌并发不全性肠梗阻患者腹腔镜下完整结肠系膜切除术中的效果比较[J].中国综合临床,2020,36(2):121-124.
- [4]中国医师协会结直肠肿瘤专业委员会机器人手术专业委员会,中国研究型医院学会机器人与腹腔镜外科专业委员会.机器人结直肠癌手术中国专家共识(2020版)[J].中华消化外科杂志,2021,20(1):16-28.
- [5]Peacock O,Chang GJ,Peacock O.ASO author reflections: superior mesenteric Vein (SMV): First approach for complete mesocolic excision[J].Annals of Surgical Oncology,2020,27(9):3501-3502.
- [6]Baik HJ,Bae KB.Robotic Complete Mesocolic Excision After Neoadjuvant Chemotherapy for Advanced Ascending Colon Cancer [J].Diseases of the Colon and Rectum,2020,63(10):1474.
- [7]杨永强,陈稳,张国栓,等.腹腔镜下全结肠系膜切除术对右半结肠癌患者营养状况及安全性的影响[J].河北医药,2020,42(22):3379-3382,3387.
- [8]骆洋,俞昱皓,陈建军,等.腹腔镜直肠癌手术中应用中间联合头侧入路疗效分析[J].中国实用外科杂志,2018,38(9):1064-1067,1080.
- [9]鲍新民,王日玮,张开华,等.腹腔镜下头尾侧联合入路治疗右半结肠癌的疗效分析[J].肿瘤防治研究,2020,47(11):856-860.
- [10]王甲南,卢涛,崔大炜,等.腹腔镜下全结肠系膜切除对右半结肠癌根治术患者手术效果及恢复情况的影响[J].中国内镜杂志,2020,26(3):38-42.
- [11]罗威,孙胜,宋彦伟,等.尾侧联合中间入路腹腔镜右半结肠癌根治术的临床应用[J].中国现代普通外科进展,2020,23(7):554-556,559.
- [12]刘海山,蔡正昊,马君俊,等.腹腔镜右半结肠癌完整系膜切除术经尾侧-中间联合入路回顾性研究[J].外科理论与实践,2020,25(3):211-215.
- [13]熊文俊,朱晓峰,刘阳文,等.尾内侧入路联合中间翻页式淋巴结清扫腹腔镜右半结肠癌根治术疗效观察[J].中华胃肠外科杂志,2021,24(3):272-276.

(收稿日期: 2021-03-24)