

· 论著 ·

腹腔镜联合完全内括约肌切除术治疗超低位直肠癌的效果分析

张占营*

开封市祥符区第二人民医院外科(河南 开封 475121)

【摘要】目的 针对开腹完全ISR、腹腔镜完全ISR应用于超低位直肠癌的效果及各项指标变化情况进行统一分析。**方法** 回顾性收集直肠癌患者48例, 纳入研究的时间段: 2019年5月至2021年5月, 纳入研究的地点: 本院, 将所纳入的研究对象进行开腹完全ISR组、腹腔镜完全ISR组的划分(分组标准: 手术方法不同), 均收集24例。将腹腔镜完全ISR组与开腹完全ISR组患者的各项指标及数据变化情况进行统一的对比、分析。**结果** 两组一般资料、手术时间、死亡率、局部复发率以及远端转移率比较, 统计学处理后 $P>0.05$; 相较于开腹完全ISR组的各项指标(术后排气时间、住院时间), 腹腔镜完全ISR组均更短, 统计学处理后 $P<0.05$, 相较于开腹完全ISR组(术中出血量), 腹腔镜完全ISR组明显更少, 统计学处理后 $P<0.05$ 。相较于开腹完全ISR组(并发症发生率), 腹腔镜完全ISR组明显更低, 统计学处理后 $P<0.05$ 。相较于开腹完全ISR组(肛门功能良好率), 腹腔镜完全ISR组明显更高, 统计学处理后 $P<0.05$ 。**结论** 临床上在不同术式的选择方面, 超低位直肠癌患者应用腹腔镜完全ISR的效果更为显著, 在多方面(并发症风险低、出血量少等)均更具优势。

【关键词】 超低位直肠癌; 腹腔镜; 完全内括约肌切除术; 并发症; 复发; 转移

【中图分类号】 R574.63

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2024.6.035

Effect of Laparoscopy Combined with Complete Internal Sphincterectomy in the Treatment of Ultra-low Rectal Cancer

ZHANG Zhan-ying*

Department of Surgery, Kaifeng City Xiangfu District Second People's Hospital, Kaifeng 475121, Henan Province, China

Abstract: Objective To analyze the effect and changes of indexes of open total ISR and laparoscopic total ISR in ultra-low rectal cancer. **Methods** 48 patients with rectal cancer were collected retrospectively. The time period of inclusion was from May 2019 to May 2021. The place of inclusion was our hospital. The subjects were divided into the open complete ISR group and the laparoscopic complete ISR group (grouping criteria: different surgical methods), and 24 cases were collected. The indexes and data changes of patients of the laparoscopic complete ISR group and the open complete ISR group were compared and analyzed. **Results** The general data, operation time, mortality, local recurrence rate and distant metastasis rate of the two groups were compared, $P>0.05$ after statistical treatment; Compared with the control group, the indexes (postoperative exhaust time and hospitalization time) of the study group were shorter, $P<0.05$ after statistical treatment. Compared with the control group (intraoperative blood loss), the study group was significantly less, $P<0.05$ after statistical treatment. Compared with the control group, the incidence of complications of the study group was significantly lower, $P<0.05$ after statistical treatment. Compared with the control group (anal function good rate), the study group was significantly higher, $P<0.05$ after statistical treatment. **Conclusion** In clinical practice, laparoscopic total ISR is more effective for patients with ultra-low rectal cancer, and it has advantages in many aspects (low risk of complications, less bleeding, etc.).

Keywords: Ultra-low rectal Cancer; Laparoscopy; Complete Internal Sphincterectomy; Complications; Recurrence; Metastasis

经临床统计能够发现, 在消化道肿瘤疾病中, 直肠癌的发生率范围为60%至70%^[1]。超低位直肠癌作为直肠癌疾病类型中的其中一种, 大便出血、直肠刺激等为其主要的症状表现^[2]。超低位直肠癌靠近肛门, 因此, 在进行完全切除术治疗时, 需要确保肛门无损伤。以往常用迈尔斯手术治疗, 但创伤面积大, 术后愈合速度慢^[3]。近年来, 由于医疗技术水平的进步, 关于直肠和盆底结构的认知程度越来越高, 应用逐渐趋于广泛的腹腔镜联合完全内括约肌切除术(intersphincteric resection, ISR)可在超低位直肠癌的治疗中发挥一定作用, 此手术可完整切除肿瘤组织, 且可保留肛门^[4-5]。本次研究主要针对开腹完全ISR、腹腔镜完全ISR应用于超低位直肠癌的效果及各项指标变化情况进行统一分析, 如下均为详细的内容阐述, 可供临床参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对直肠癌患者48例的资料进行回顾性收集, 纳入研究的时间段: 2019年5月至2021年5月, 纳入研究的地点: 本院, 将所纳入的研究对象进行开腹完全ISR组、腹腔镜完全ISR组的划分(分组标准: 手术方法不同), 均收集24例。

纳入标准: 均无远处转移; 接受病理检查并予以确诊^[6]; 意识清楚; 均同意参加本次研究并签定相关文件。排除标准: 排便功能异常; 括约肌存在肿瘤侵犯; 并不具备相关的适应症。

1.2 研究方法

1.2.1 腹腔镜联合完全ISR 将腹腔镜置入脐部上部切口处, 设定腹腔镜Trocar置入孔(选定位置为: 右侧锁骨中线与脐前上棘交点处), 另设定Trocar副操作孔(选定位置为: 左侧或右侧锁骨中线延长线至脐下1cm位置), 在腹腔镜的辅助下处理(游离和结扎)肠系膜血管, 将动静脉的根部切断, 之后处理直肠外侧肠系膜组织(将其游离至提肛肌前端的位置)并将直肠组织暴露; 切开韧带连接, 之后处理(游离)肛提肌平面上部肛管结构; 环切括约肌间沟、内括约肌, 确保外括约肌群结构的完整性, 瘤体病灶10cm处切开直肠组织, 送检, 检测为阴性后, 采用荷包法和反荷包法缝合肛管切口、近端切口, 再缝合远端。开腹完全ISR组采用开腹完全ISR。

1.2.2 回肠造口 右下腹脐前上棘与脐连线中点取菱形斜切口, 分离皮下组织至腹外斜肌的肌腱, 分离腹内斜肌、腹横肌, 目的是为了扩张腹壁切口, 促使腹壁切口能够容纳2~3指。距回盲肠25cm左右处的回肠系膜末端无血管区域戳孔, 再将回肠组织拉至右下腹切口外处, 取16号T型乳胶管, 置入棉签, 制成支撑棒, 支撑棒下, 撑开切口中央皮肤组织, 并缝合两端皮肤, 确保支撑棒与皮肤重叠达到5mm左右, 纵向切开肠缘壁, 外翻, 做一期缝合, 进一步进行双腔切口。造口与开放式造口袋粘贴, 术后每隔3d更换1次, 注意第2次更换前需要取出支撑棒。

1.2.3 术后随访 术后半年内, 需要每个月复查1次, 之后每隔3个

【第一作者】 张占营, 男, 主治医师, 主要研究方向: 普外科肝胆相关疾病诊疗。E-mail: z415239679@163.com

【通讯作者】 张占营

月需要复查1次, 1年后, 每半年复查1次, 重点随访内容是否为存在局部复发和远端转移。随访时间至2022年6月。

1.3 观察指标 指标主要涉及腹腔镜完全ISR组与开腹完全ISR组患者的一般资料、手术资料、局部复发情况、远端转移情况、并发症发生情况及死亡情况。

1.4 统计学方法 定性资料均以%表示, 组间比较进行 χ^2 检验, 定量资料以($\bar{x} \pm s$)形式表示, 组间比较进行t检验, 运用统计软件SPSS 26.0, 对各指标进行剖析、比对, 并展开检验。当 $P < 0.05$, 表明两组间数据存在着非常明显的差异, 且具备统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 两组一般资料比较, 统计学处理后 $P > 0.05$ 。表1可查详细数据。

表1 组间的一般资料

组别	例数	男/女	年龄(岁)	分化程度		TNM分期			肿瘤体积(cm^3)	肿瘤下缘至肛门距离(cm)
				中分化	高分化	I	II	III		
开腹完全ISR组	24	13/11	54.7 \pm 6.8	15	9	10	9	5	3.22 \pm 0.72	3.41 \pm 0.65
腹腔镜完全ISR组	24	12/12	53.9 \pm 7.3	16	8	11	9	4	3.36 \pm 0.41	3.34 \pm 0.71
t		0.084	0.393	0.091		0.159			0.828	0.356
P		0.773	0.696	0.763		0.924			0.412	0.723

表2 组间的手术资料对比

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后排气时间(d)	住院时间(d)
开腹完全ISR组	24	173.85 \pm 37.26	185.67 \pm 27.82	4.04 \pm 1.36	12.77 \pm 3.26
腹腔镜完全ISR组	24	181.56 \pm 23.88	87.32 \pm 13.76	2.51 \pm 0.43	9.85 \pm 2.16
t		0.853	15.524	5.255	3.658
P		0.398	<0.001	<0.001	0.001

表3 组间的肛门功能良好率、并发症发生率

组别	例数	尿潴留	出血	吻合口瘘	肛门疼痛	感染	总发生率	肛门功能良好率
开腹完全ISR组	24	1(4.17)	1(4.17)	2(8.33)	3(12.50)	2(8.33)	9(37.50)	16(66.67)
腹腔镜完全ISR组	24	0	0	1(4.17)	1(4.17)	0	2(8.33)	22(91.67)
χ^2							5.779	4.547
P							0.016	0.033

表4 组间的远期效果

组别	例数	局部复发率	远端转移率	死亡率
开腹完全ISR组	24	2(8.33)	2(8.33)	2(8.33)
腹腔镜完全ISR组	24	3(12.50)	2(8.33)	3(12.50)
χ^2				
P				

3 讨论

低位直肠癌在直肠癌患者中大约占据60%^[7]。以往手术因肿瘤生长部位限制, 且大部分患者中立生长在肛门较近处, 游离肠管切除距离存在一定难度, 常采用腹会阴联合切除术治疗, 行直肠造瘘, 但患者长期造瘘, 影响生活质量, 甚至部分患者直接拒绝采用此手术治疗^[8-9]。ISR逐渐用于低位直肠癌。研究称^[10], 中分化直肠癌肿瘤细胞转移主要沿着淋巴细胞向上方转移, 仅存在极少细胞向下缘入侵。由此, 经肛门括约肌切除术保肛效果较好。且手术期间, 仅需要切除内括约肌, 外括约肌、联合纵肌等无需切除, 一定程度上减小了对机体肛门收缩功能的影响。以往开腹手术受到一定限制, 如男性骨盆狭小, 但腹腔镜能够清楚显

2.2 手术资料对比 两组手术时间比较, $P > 0.05$, 相较于开腹完全ISR组的各项指标(术后排气时间、住院时间), 腹腔镜完全ISR组均更短, 统计学处理后 $P < 0.05$, 相较于开腹完全ISR组(术中出血量), 腹腔镜完全ISR组明显更少, 统计学处理后 $P < 0.05$ 。表2可查详细数据。

2.3 肛门功能良好率、并发症发生率 相较于开腹完全ISR组(并发症发生率), 腹腔镜完全ISR组的数据显著处于更低的水平, 统计学处理后 $P < 0.05$ 。相较于开腹完全ISR组(肛门功能良好率), 腹腔镜完全ISR组显著处于更高的水平, 统计学处理后 $P < 0.05$ 。表3可查详细数据。

2.4 远期效果 两组各项指标(局部复发率、远端转移率及死亡率)比较, 统计学处理后 $P > 0.05$ 。表4可查详细数据。

示肠道内术野, 腹腔镜探头置入后, 能够直接观察操作情况, 并且术野清晰, 有利于游离直肠组织和肠系膜结构等。

相关研究称, 术后并发症的发生率与手术时长有关, 且呈正相关。本次研究结果发现, 两组手术时间比较, $P > 0.05$, 分析其原因, 可能与病情、医生操作熟练度以及手术操作等存在关系。进一步观察发现, 腹腔镜完全ISR组术中出血量更少, 分析其原因, 可能与腹腔镜切口小有关, 肠系膜组织观察更为清晰等存在关系^[11]。腹腔镜完全ISR组时间类围术期指标(如住院时间、术后排气时间)均更短, 分析其原因, 可能与腹腔镜手术治疗可避免机体其他脏器受损有关^[12]。并发症发生率方面, 腹腔镜完全ISR组明显更低, 如感染率方面, 分析其原因, 可能与常规开腹手术术野暴露较大有关, 一定程度上增加感染风险。研究称^[13], ISR也存在一些不足, 如肛门会受到不可避免的影响, 指标肛门疼痛症状在此次研究不同组间患者中均有所体现。对肿瘤组织作彻底切除同时保留肛门属于治疗超低位直肠癌的要点。通过对此次的研究结果进行分析能够发现, 相较于开腹完全ISR组(肛门功能良好率), 腹腔镜完全ISR组显著处于更高的水平, 表明腹腔镜下ISR术可有效保护肛门功能, 但可能

(下转第106页)

3 讨论

DDH作为先天性畸形常见与多发类型,其关节囊内股骨头与髌臼位置异常,会引起髌臼发育不良、髌关节脱位等,导致髌关节活动受限,步态异常,影响正常生活。目前,对于保守治疗效果不佳或有手术指征的DDH患者,临床多主张早期实施手术治疗,以改善髌关节功能,减轻疾病对日常生活的影响^[7]。但手术侵入性操作会引起患者应激反应,使其产生焦虑、恐惧的情绪,且不良情绪会激活交感-肾上腺髓质系统,促使交感神经异常兴奋,从而导致血压、HR波动,影响手术安全性^[8]。

手术室作为独立的护理单元,常规护理多重重视患者疾病本身与手术的配合,忽略对患者心理的关注,且手术等候期间让患者独立在手术间或走廊等候,以缩短手术衔接时间,但患者等候期间容易出现高度焦虑、恐惧情绪,影响生命体征稳定性,从而影响手术的顺利进行^[9]。研究指出,在手术等候期间施以有效护理,能够消除患者不良情绪,提高手术配合度^[10]。既往患者手术等候期间,护士多直接予心理安抚,告知其切勿过度紧张,但交流内容直白,且仅以口头安慰,整体安抚效果欠佳。正性暗示是一种新型护理理念,其认为护理人员以间接、委婉的形式传递正性信息,利于患者自我控制,缓解心理状况^[11]。双轨正性暗示是将两种轨道相结合,其中冥想轨道在术前引导患者进行身心训练,利于其提高自我掌控能力,保持心态放松,而语言诱导轨道利用医护间有目的的对话,可传递安抚信息,使患者得到正性安抚,从而减轻不良情绪,增强治疗信心^[12-13]。本研究结果显示,观察组麻醉成功时HR、MAP较对照组低,且入手术室时、术后1d SAS评分较对照组低,提示DDH患者手术室等候期间采用双轨正性暗示护理可减轻身心应激反应。分析原因在于:双轨正性暗示护理期间在术前2d即进行冥想训练,引导患者身处安静、舒适的冥想训练室,感受自身肌肉放松过程,感知呼吸变化,可提高其自我掌控能力,摒弃杂念,产生“我很好”“我很放松”的正向信念,从而利于自我心态调节;同时语言诱导轨道自然的传递医护间的对话,间接的传递安抚信心,可提高患者信任度,从而缓解焦虑情绪,减轻身心应激反应^[14-15]。本研究显示,观察组心理等候时间较对照组短,总满意度较对照组高,提示DDH患者手术室等候期间采用双轨正性暗示护理可缩短心理等候时间,提

高满意度。分析原因在于:双轨正性暗示护理后患者身心处于放松状态,可减轻恐惧情绪,从而保持平和心态,缩短心理等候时间,且护患间、医护间有效交流,可使患者感知正性信息,从而提高整体护理满意度。

综上所述,DDH患者手术室等候期间采用双轨正性暗示护理可减轻生理应激反应,改善焦虑程度,缩短心理等候时间,提高满意度。

参考文献

- [1]季策,李长伟,邓康夫.发育性髌关节发育不良的发生与防治研究进展[J].中华骨科杂志,2022,42(1):54-64.
- [2]雷超,毛新展.全髌关节置换术治疗成人发育性髌关节发育不良的难点及处理策略[J].生物骨科材料与临床研究,2023,20(4):24-28.
- [3]陈静,胡蓉,胡颖婷.音乐干预对手术室等候区病人影响的Meta分析[J].全科护理,2022,20(30):4200-4205.
- [4]王丽娜,麻朴,李春燕.曼陀罗绘画疗法联合正性暗示性语言对PCI术后患者负性情绪及生活质量的影响[J].国际精神病学杂志,2023,50(5):1233-1235.
- [5]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学(第4版)[M].北京:人民军医出版社,2012:326.
- [6]张娇,闫城,黄芳.Zung氏焦虑抑郁量表测评心血管内科住院患者的适用性分析[J].实用预防医学,2017,24(8):909-912.
- [7]庞治田,王亦维,范民杰,等.三维打印个体化手术导航模板在发育性髌关节发育不良手术中的应用[J].中华小儿外科杂志,2022,43(4):365-372.
- [8]单丹丹,支慧,樊孝文,等.手术室个性化心理护理在髌关节置换术腰硬联合麻醉患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2022,28(4):547-550.
- [9]朱娟丽,魏钰,李春宝,等.仰卧牵引体位髌关节镜手术的护理要点[J].中国矫形外科杂志,2022,30(5):478-480.
- [10]蒋新艳,来伟,章晓玲,等.手术室环境对膝关节镜检查术患者等待期应激反应的影响[J].护理学报,2023,30(14):65-69.
- [11]魏粉妮,侯青青.正性暗示下预见性护理对老年神经性耳聋耳鸣患者生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(11):137-139.
- [12]王莉莉,刘龙秀,潘俊,等.循经冥想联合积极心理暗示对乳腺癌化疗患者心境及疲乏睡眠障碍症状群的影响[J].上海护理,2022,22(6):30-34.
- [13]周建英,廖袁英,徐丽,等.时效性激励结合正性暗示语言在二胎首次自然分娩孕妇第二产程中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(9):113-116.
- [14]徐颖丽,高亚洲,程颖珍.冥想放松训练结合时效性激励干预改善广泛性子宫切除术患者术后性功能的效果观察[J].中国性科学,2022,31(9):124-128.
- [15]宣炜嘉.音乐背景下正性暗示语言在改善病人手术室等候期间心理状态中的应用[J].全科护理,2019,17(30):3790-3792.

(收稿日期:2024-03-25)

(校对编辑:孙晓晴)

(上接第90页)

存在短期排便异常症状。排便次数异常增加,可能与术中内括约肌受损,肠道耐受容积引起机体排便异常,但这为可逆过程,术后积极通过有效康复锻炼可以改善排便异常症状。远期随访发现,两组患者死亡率、局部复发率及远端转移率方面比较, $P>0.05$,表明腹腔镜完全ISR安全性、有效性高。

综上所述,临床上在不同术式的选择方面,超低位直肠癌患者应用腹腔镜完全ISR的效果更为显著,在多方面(并发症风险低、出血量少等)均更具优势。然而不足之处主要在于,本研究属于回顾性研究,后续可增加前瞻性对照研究进一步深入分析,以佐证相关论点。

参考文献

- [1]杨阳,高守红,张凤,等.靶向超高效液相色谱-串联质谱联用方法同时测定结肠直肠癌患者血浆中32种氨基酸含量[J].分析化学,2022,50(7):1083-1092.
- [2]杜振福.手术对超低位直肠癌患者术后胃肠功能及生存质量的影响[J].中国现代药物应用,2022,16(3):84-86.
- [3]张娟娟,郑文都,郭海燕.Miles手术与改良Dixon手术在超低位直肠癌保肛手术的临床疗效观察[J].包头医学,2017,41(4):23-25.
- [4]彭吒,李坚,丁海波.腹腔镜联合完全内括约肌切除术治疗极低位直肠癌[J].中南大学学报(医学版),2018,43(11):1223-1229.

- [5]陈楷.ERCP+EST+LC联合治疗胆囊并胆总管结石的效果评估[J].医学信息,2016,29(33):263-264.
- [6]楼征,张卫.中国直肠癌手术吻合口漏诊断预防及处理专家共识2019版解读[J].临床外科杂志,2020,28(1):41-42.
- [7]王占文,段国强,张伦,等.三联腹腔镜手术在低位直肠癌保肛手术中的应用价值[J].中国微创外科杂志,2022,22(3):213-217.
- [8]张海生.行全直肠系膜切除术联合经括约肌间切除术与腹会阴联合切除术治疗低位直肠癌的临床对照研究[J].数理医药学杂志,2021,34(4):485-487.
- [9]何金鑫.腹腔镜关闭盆底腹膜的腹会阴联合切除术治疗低位直肠癌的临床优势评价[J].中外医学研究,2021,19(26):103-105.
- [10]郝阳,裴正浩,王钧,等.腹腔镜关闭盆底腹膜的腹会阴联合切除术治疗低位直肠癌的临床疗效及安全性评价[J].临床研究,2021,29(11):38-39.
- [11]毛争强,范金阳,杜波涛.腹腔镜联合完全内括约肌切除术治疗超低位直肠癌的效果分析[J].中国内镜杂志,2022,28(1):60-65.
- [12]章斐然,李威,王怀明,等.腹腔镜全系膜切除术联合经肛内括约肌切除术治疗超低位直肠癌42例[J].中华普通外科文献(电子版),2013(4):303-306.
- [13]姚宏伟,安勇博,王权,等.腹腔镜辅助经肛全直肠系膜切除术治疗低位直肠癌近期疗效的前瞻性和多中心病例登记研究[J].中华消化外科杂志,2021,20(12):1351-1357.

(收稿日期:2022-11-25)

(校对编辑:姚丽娜)