

不同肠癌位置接受腹腔镜下完整肠系膜切除术的治疗效果与预后情况比较

张剑

肠癌是消化系统常见恶性肿瘤,临床主要表现为粪便性状改变、腹部肿块等,发病率和致死率均较高,外科手术是治疗肠癌的重要手段。完整肠系膜切除术(complete mesocolic excision, CME)是目前治疗肠癌的一种规范化手术理念,临床效果较好,且可显著降低患者术后的复发风险,临床应用较为广泛^[1,2]。腹腔镜技术是近年来发展的微创技术,相比于开腹术式具有创伤小、术后恢复快等特点^[3,4]。肠癌根据发病位置主要分为乙状结肠、横结肠和升结肠。目前,临床上CME对于不同位置肠癌的应用效果差异研究较少。基于此,本次研究考察不同肠癌位置接受腹腔镜下CME的治疗效果与术后预后情况。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年7月至2018年10月

在杭州市临安区第一人民医院诊治的肠癌患者124例作为研究对象,其中男性58例、女性66例;年龄43~78岁,平均年龄(57.21±12.01)岁。纳入标准包括:①经病理诊断为肠癌患者;②年龄≥18岁;③美国麻醉医师协会(American society of anesthesiologists, ASA)分级 I~III期患者;④本次研究经医院伦理委员会审批通过;⑤患者知情并签署同意书;并剔除:①溃疡性结肠炎患者;②合并肠梗阻患者;③临床基线数据不完整患者;④急诊患者;⑤合并其他部位恶性肿瘤患者。所有患者根据手术位置的不同分为乙状结肠癌组(44例)、横结肠癌组(40例)和升结肠癌组(40例)。三组患者在年龄、性别、腹部手术史、ASA分级及体重指数比较见表1。三组患者的临床资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

表1 三组患者的临床资料比较

组别	n	性别(男/女)	ASA 分级 (I+II级/III级)	平均年龄/岁	腹部手术史/ 例(%)	体重指数/kg/m ²
乙状结肠癌组	44	21/23	26/18	57.42 ± 11.51	7(15.91)	23.13 ± 2.85
横结肠癌组	40	19/21	29/11	56.94 ± 12.42	5(12.50)	22.43 ± 3.32
升结肠癌组	40	18/22	28/12	57.26 ± 11.81	6(15.00)	23.03 ± 3.56

1.2 方法 所有患者均行常规术前检查和肠道准备,全麻后取改良截石位,根据肿瘤位置,应用常规五孔法置入腹腔镜,CO₂气腹压力为12~14 mmHg,应用CME,术中严格遵循肿瘤根治的原则,并清扫血管根部淋巴结,不同肠癌类型应用相对应的手术方式:乙状结肠癌组患者应用高位直肠前切除术或左半结肠切除术,横结肠癌组患者应用扩大左半结肠、横结肠及扩大右半结肠切除术,升结肠癌组患

者应用右半结肠切除术。术后密切观察患者生命体征,术后均给予抗感染治疗。

1.3 观察指标 ①记录三组患者的术中相关指标,主要包括术中出血量、手术时间及淋巴结清扫数目;②记录三组患者的术后相关指标:住院时间、术后排气时间及术后进食时间。③并发症发生情况:记录三组患者术后1个月内出现腹腔感染、切口感染、吻合口瘘和肠梗阻等并发症的发生情况。④术后康复情况:比较三组患者术后3年内的复发率和生存率。采取门诊和电话随访方式获取相关信息。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2022.007.024

作者单位:311300 浙江临安,浙江省杭州市临安区第一人民医院普外1科

数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。组间计量资料比较采用单因素方差分析和 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者术中相关指标比较见表2

表2 三组患者术中相关指标比较

组别	术中出血量/ml	手术时间/min	淋巴结清扫数目/个
乙状结肠癌组	87.97 ± 54.13	197.15 ± 78.25	12.72 ± 5.72
横结肠癌组	88.50 ± 38.74	195.35 ± 67.50	13.25 ± 6.26
升结肠癌组	85.95 ± 56.48	188.07 ± 54.91	12.98 ± 4.88

由表2可见,三组患者在术中出血量、手术时间

表4 三组患者术后1个月内并发症发生情况比较/例(%)

组别	n	腹腔感染	切口感染	吻合口瘘	肠梗阻	总发生率
乙状结肠癌组	44	1(2.27)	2(4.55)	0	1(2.27)	4(9.09)
横结肠癌组	40	1(2.50)	1(2.50)	0	1(2.50)	3(7.50)
升结肠癌组	40	2(5.00)	1(2.50)	1(2.50)	0	4(10.00)

由表4可见,三组患者术后1个月内总并发症发生率比较,差异均无统计学意义($\chi^2=1.19, P>0.05$)。

2.4 三组患者术后3年复发率和生存率比较见表5

表5 三组患者术后3年复发率和生存率比较/例(%)

组别	n	复发率	生存率
乙状结肠癌组	44	3(6.82)	42(95.45)
横结肠癌组	40	5(12.50)	38(95.00)
升结肠癌组	40	3(7.50)	37(92.50)

由表5可见,三组患者的复发率和生存率比较,差异均无统计学意义(χ^2 分别=0.26、1.32, P 均 >0.05)。

3 讨论

近年来随着饮食结构的转变及生活质量的提高,肠癌的发病率不断提高,严重威胁居民的生命健康及生活质量,外科手术治疗是临床上的主要手段^[5]。CME是德国医生Hohenberger于2009年在全直肠系膜切除术的基础上提出,其理论基础已延伸至胚胎学层面,科学性较强。美国国家综合癌症网络(national comprehensive cancer network, NCCN)于2011年提出结肠癌环周切缘的概念,对于CME意义重大。相比于传统肠癌手术,CME能够显著提高肠癌患者的生存率、降低局部复发率,且患者并发症

及淋巴结清扫数目上比较,差异均无统计学意义(F 分别=1.34、1.18、0.98, P 均 >0.05)。

2.2 三组患者术后相关指标比较见表3

表3 三组患者术中相关指标比较/d

组别	住院时间	术后排气时间	术后进食时间
乙状结肠癌组	11.03 ± 5.97	2.55 ± 1.35	3.14 ± 1.75
横结肠癌组	10.81 ± 6.26	2.85 ± 1.15	2.92 ± 1.54
升结肠癌组	10.58 ± 5.07	2.62 ± 1.56	3.02 ± 1.44

由表3可见,三组患者在住院时间、术后排气时间及术后进食时间比较,差异均无统计学意义(F 分别=1.83、1.39、1.25, P 均 >0.05)。

2.3 三组患者术后1个月内并发症发生情况比较见表4

的发生率较低安全性高^[6,7]。主要优势在于:①CME采用锐性游离方式,可显著降低肿瘤细胞的转移率;②CME采用中央血管结扎方式,避免肿瘤细胞远处转移;③CME符合整块切除原则,能够深层次的将肿瘤侵犯层面游离;④CME可大范围、深层度的清扫淋巴结,提高淋巴结阳性率^[8]。腹腔镜下CME在清扫淋巴结上针对不同的肿瘤位置有不同方法:针对乙状结肠肿瘤,于根部高位将肠系膜下血管结扎,清扫乙状结肠及左结肠血管附近的淋巴结;针对升结肠肿瘤,清扫结肠右支、回结肠及右结肠附近的淋巴结;针对横结肠肿瘤,清扫结肠中血管区域的淋巴结。

近年来随着微创技术的不断发展,腹腔镜技术在治疗腹部手术上广泛应用,具有出血少、创伤小、粘连少、术后恢复快及并发症少等诸多优点^[9,10]。本次研究结果显示,不论是升结肠癌、横结肠癌还是乙状结肠癌,给予腹腔镜下CME,三组患者的术中出血量、手术时间及淋巴结清扫数目,住院时间、术后排气时间及术后进食时间均无明显差异($P>0.05$),提示CME对于升结肠癌、横结肠癌和乙状结肠癌的临床术中效果均较好。同时,本次研究结果还显示,在腹腔感染、切口感染、吻合口瘘和肠梗阻等并发症上,以及长期随访结果显示,三组患者的

(下转第659页)

显示,观察组干预措施能够更有效的降低 T2DM 患者的体重指数 ($P < 0.05$),表明薄荷 APP 结合 PDA 进行饮食管理对 T2DM 患者的远期生活质量有着更好的改善作用。在患者自我管理能力和饮食习惯有明显改善后,患者的血糖水平控制良好,高血糖水平引起的相关症状有明显改善^[9]。

综上所述,基于薄荷饮食系统植入 PDA 干预对于 T2DM 患者的自我管理意识、饮食行为、糖代谢能力以及体重指数均有显著改善作用,有助于 T2DM 患者的疾病管理。但由于本次研究重点放在软件中,护理人员相较而言缺乏与患者的沟通,因此在护理质量管理方面还有待加强。

参考文献

- 1 王迪,倪翠萍,潘颖丽.移动医疗 App 在社区糖尿病饮食管理中的应用现状[J].护理学杂志,2019,34(9):106-109.
- 2 中华医学会糖尿病学分会.中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)[S].中华糖尿病杂志,2021,13(4):315-409.
- 3 朱帆,傅荣,张子嫣,等.优化管理项目在初始应用基础膜

胰岛素的 2 型糖尿病病人中的应用[J].护理研究,2018,32(11):1765-1769.

- 4 郭梦婷,安园园,郭艳.基于行为改变理论的远程营养干预在 2 型糖尿病患者饮食管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(28):3945-3949.
- 5 魏文婧.饮食随访管理在老年糖尿病院外饮食控制中的应用研究[J].实用临床医药杂志,2017,21(12):39-41,48.
- 6 Storch K, Graaf E, Wunderlich M, et al. Telemedicine-assisted self-management program for type 2 diabetes patients[J]. Diabetes Technol Ther, 2019, 21(9):514-521.
- 7 阿丽亚·托合提,热衣拉·艾力尤甫,桂晨晨,等.精准营养治疗在 2 型糖尿病患者饮食管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(5):623-628.
- 8 Viigimaa M, Sachinidis A, Toumpourleka M, et al. Macrovascular complications of type 2 diabetes mellitus[J]. Curr Vasc Pharmacol, 2020, 18(2):110-116.
- 9 蒋永会,尹建华,冯贺军,等.延续护理联合智能管理系统对社区老年糖尿病生活质量的影响[J].医学临床研究,2018,35(8):1658-1660.

(收稿日期 2021-12-18)

(本文编辑 高金莲)

(上接第 656 页)

复发率和生存率比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),提示腹腔镜下 CME 治疗乙状结肠癌、横结肠癌和升结肠癌的安全性均较高。

综上所述,腹腔镜下 CME 治疗乙状结肠癌、横结肠癌和升结肠癌的临床效果及预后均较好,3 年生存率较高。但由于纳入样本量相对较少,且均为单中心样本,后续应加大样本量,纳入多中心样本,进一步研究论证。

参考文献

- 1 何兴政,张传国,蔡玉建.完整结肠系膜切除术治疗结肠癌患者效果及对术后恢复质量的影响[J].中国医药科学,2022,12(4):150-153.
- 2 史景轶.比较完整结肠系膜切除术与传统术式治疗结肠癌的远期疗效[J].当代医学,2021,27(1):144-145.
- 3 陈柏羽.腹腔镜下完整结肠系膜切除术与传统结肠癌根治术治疗中青年及老年 III 期结肠癌的效果比较[J].中华普外科手术学杂志:电子版,2018,12(1):68-70.
- 4 杜旭东,刘军,周威,等.腹腔镜下全结肠系膜切除术联合肠系膜血管根部结扎治疗右半结肠癌的临床效果[J].临

床和实验医学杂志,2021,20(23):2544-2548.

- 5 江雪峰,梁志宏,刘书强,等.“翻页式”完全中线入路完整结肠系膜切除术在右半结肠癌患者的价值分析[J].中华普外科手术学杂志:电子版,2021,15(3):279-282.
- 6 黄文伟,曾国祥.传统结肠癌根治术与完整结肠系膜切除术对老年结肠癌近期疗效的比较观察[J].安徽医药,2018,22(8):1503-1506.
- 7 王铁,韩亚妹,韩锦胜,等.腹腔镜辅助完整结肠系膜切除术与传统开腹术后并发症分析[J].中国中西医结合外科杂志,2019,25(1):30-34.
- 8 杨晓晔,豆发福,李恒.腹腔镜辅助 D2 根治性全胃切除术联合 DC-CIK 治疗胃癌及对血清 CA19-9、SRF 的影响[J].中南医学科学杂志,2020,48(3):253-256.
- 9 何海山,付小兰,杜尖,等.腹腔镜下完整结肠系膜切除术治疗老年横结肠癌的临床效果[J].中国现代普通外科进展,2019,22(12):974-976.
- 10 罗晓波.老年人结肠癌手术治疗中完整结肠系膜切除术应用的安全性及可行性分析[J].中国现代医生,2020,58(9):108-110.

(收稿日期 2021-12-20)

(本文编辑 高金莲)