

- 参考文献:
- [1] 马晓松. 老年人急性胃肠炎诱发急性心肌梗死4例临床分析[J]. 中国医药导报, 2010, 7(2): 182.
- [2] 胡妙珍. 加味藿香正气丸联合左氧氟沙星治疗急性胃肠炎的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2014, 12(5): 178-179.
- [3] 杨然, 孙彩, 谢云峰. 急性胃肠炎的临床治疗分析[J]. 中外妇儿健康, 2011, 19(5): 182.
- [4] 郭杰. 左氧氟沙星联合氯霉素治疗急性胃肠炎68例疗效分析[J]. 内蒙古中医药, 2013(2): 70-71.
- [5] 杨丽华, 李学彪, 陈生民. 46例急性胃肠炎的临床治疗分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(18): 491-492.
- [6] 余天奉. 急性胃肠炎的临床治疗效果分析[J]. 中外医学研究, 2013, 11(21): 27-28.
- [7] 袁亭亭. 44例急性胃肠炎的临床治疗疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(30): 371-372.

收稿日期: 2014-06-03

腹腔镜与开腹直肠癌 Dixon'根治术术后炎症反应与早期恢复的对比研究

唐军¹, 黄许森¹, 覃忠卫¹, 吕建生¹, 陆佳明¹, 岑小宁¹, 黄海舸¹, 韦维¹, 梁亮¹, 杨静芳²①

(1. 右江民族医学院附属医院胃肠外科, 广西 百色 533000 E-mail: 576708512@qq.com;

2. 右江民族医学院附属医院重症医学科, 广西 百色 533000)

摘要: 目的 比较腹腔镜与开腹直肠癌 Dixon'根治术术后炎症反应与早期康复情况。方法 2010年5月~2014年2月, 由同一手术组完成直肠癌 Dixon'根治术腹腔镜组80例, 开腹组58例, 分析比较两组患者近期血中白细胞、中性粒细胞百分数、C-反应蛋白(CRP)。用 *t* 检验进行显著性检验。结果 两组患者在术后第1 d、第3 d、第5 d、第7 d血中白细胞、中性粒细胞百分数、CRP 差异无统计学意义。腹腔镜组患者术后排气时间、术后进食时间、术后住院天数均短于开腹组患者, 差异有统计学意义。术后切口感染腹腔镜组少于开腹组, 差异有统计学意义。结论 腹腔镜直肠癌 Dixon'根治术术后炎症反应与开腹手术相似。早期康复疗效优于开腹手术, 具有创伤小、术后恢复快、并发症少等优势。

关键词: 直肠肿瘤; 腹腔镜; 结直肠外科手术; 根治术; 术后炎症反应; 早期恢复

中图分类号: R735.37 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0379-03

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.029

腹腔镜手术与传统开腹手术相比具有创伤小、恢复快、术后粘连少及患者痛苦小等特点^[1]。近年来得到较快的发展, 特别以腹腔镜下直肠癌根治术发展得更为迅速, 在不少的高等级医院得到了广泛的开展^[2-4], 但在广大的基层医院腹腔镜手术并没有得到普及。2010年5月~2014年2月我院逐步进行了腹腔镜下的直肠癌根治术, 现将同期具有可比性的138例病例进行比较, 探讨腹腔镜与开腹直肠癌 Dixon'根治术对术后炎症反应与早期恢复的影响, 以观察其疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010年5月~2014年2月, 我院行直肠癌 Dixon'根治术138例(排除姑息性切除、因肠梗阻、肠穿孔急诊手术及有远处转移的病例), 其中男82例, 女56例, 年龄28~78岁, 平均45岁。全都行了TNE标准的Dixon'直肠癌保肛根治术。病理分型: 高分化腺癌41例, 中分化腺癌63例, 低分化腺癌34例。TNM分期I期29例, II期50例, III期59例。依据知情同意原则, 由患者选择进入腹腔镜组80例, 开腹组58例, 两组临床资料差异无统计学意义。所有手术都由同一组医师完成。

1.2 手术方法 两组病人的术前准备均相同, 常规清肠, 术前30 min用抗生素。按全直肠系膜切除(TME)的原则: 高位根部结扎离断肠系膜下血管, 清扫系膜根部血管, 切除足够长度的

肿瘤远近端肠管, 完整切除直肠系膜, 保持肠管浆膜的完整性等。均用管形吻合器吻合肠管, 术中严格执行无菌操作。开腹组取下腹中切口长约13 cm; 腹腔镜组取5孔法操作, 左下腹开一长约4 cm的切口取出标本。

1.3 观察指标 ①两组病人术前和术后第1 d、3 d、5 d、7 d到分别记录一般情况和生命体征的变化, 留取血标本检测血常规、中性粒细胞百分比、C-反应蛋白(CRP)等。②术后恢复情况: 排气时间、进食时间和术后住院时间。③术后并发症: 吻合口瘘、切口感染。

1.4 统计学方法 数据结果采用SPSS 11.0统计软件进行分析, 定量指标以($\bar{x} \pm s$)表示, 定性指标以N和%表示。两组率的比较用 χ^2 检验, 必要时用Fisher确切概率法。两组独立均数比较采用方差分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 炎症反应的变化 两组病人术前白细胞数、中性粒细胞比例以及CRP差异均无统计学意义。两组病人术后1、3、5、7 d白细胞数、中性粒细胞比例以及CRP较术前增高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组病人术后第3 d白细胞数、中性粒细胞比例以及CRP都为最高值。术后第5 d、第7 d递次降低。但两组病人术后1、3、5、7 d白细胞数、中性粒细胞比例以及CRP值比较差异无统计学意义。以上结果见表1。

① 通讯作者, E-mail: 125999128@qq.com

表 1 两组病人行手术治疗观察期间炎症反应的变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	WBC 计数($\times 10^9/L$)	中性粒细胞(%)	CRP(mg/L)
开腹组			
术前	7.2493 \pm 2.1061	62.8457 \pm 9.4506	6.5143 \pm 2.9871
术后第 1 d	10.26 \pm 4.182	79.3500 \pm 12.4706	35.9200 \pm 38.4539
术后第 3 d	11.9795 \pm 3.9685	84.3900 \pm 6.9285	92.9316 \pm 58.1094
术后第 5 d	8.8455 \pm 2.6322	78.1364 \pm 6.8828	58.1545 \pm 31.5285
术后第 7 d	7.6543 \pm 2.0245	68.9286 \pm 8.9472	24.8714 \pm 16.2145
腹腔镜组			
术前	7.1113 \pm 2.2392	60.3147 \pm 10.7815	5.9211 \pm 2.4379
术后第 1 d	10.7917 \pm 2.3476	80.0000 \pm 9.7073	34.6917 \pm 15.5931
术后第 3 d	12.0038 \pm 4.0811	85.2239 \pm 5.5569	84.4115 \pm 64.1845
术后第 5 d	9.0778 \pm 4.1629	79.2556 \pm 8.1221	70.5667 \pm 58.2687
术后第 7 d	7.2 \pm 2.4290	67.1000 \pm 9.5939	29.0583 \pm 24.2820
两组比较			
术前	$t = 0.3663, P = 0.7147$	$t = 1.4325, P = 0.1543$	$t = 1.2826, P = 0.2018$
术后第 1 d	$t = 0.8736, P = 0.3816$	$t = 0.3309, P = 0.7402$	$t = 0.2299, P = 0.8177$
术后第 3 d	$t = 0.0349, P = 0.9722$	$t = 0.7838, P = 0.4345$	$t = 0.8006, P = 0.4248$
术后第 5 d	$t = 0.4007, P = 0.6880$	$t = 0.8509, P = 0.3963$	$t = 1.6081, P = 0.1075$
术后第 7 d	$t = 1.1614, P = 0.2475$	$t = 1.1367, P = 0.2577$	$t = 1.2136, P = 0.2244$

2.2 术后恢复情况 腹腔镜组患者术后排气时间、术后进食时间、术后住院天数均短于开腹组患者,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。术后切口感染:腹腔镜组 1 例,开腹组 8 例,腹腔镜组少于开腹组($\chi^2 = 6.742, P = 0.003$)。两组吻合口瘘差异无统计学意义。

表 2 两组患者术后恢复情况比较

观察指标	开腹组 ($n = 58$)	腹腔镜组 ($n = 80$)	t/χ^2	P
术后排气时间($\bar{x} \pm s, d$)	3.8 \pm 1.9	2.6 \pm 1.4	4.273	<0.001
术后进食时间($\bar{x} \pm s, d$)	4.5 \pm 2.5	3.0 \pm 1.8	4.100	<0.001
术后住院时间($\bar{x} \pm s, d$)	12.5 \pm 3.5	9.0 \pm 2.3	7.084	<0.001
术后并发症(n)				
切口感染	8	1	6.742	0.003
吻合口瘘	1	1		
肠梗阻	0	0		

3 讨论

直肠癌是常见的恶性肿瘤,在全其发病率和病死率约位于恶性肿瘤的第 3 位。据不完全统计,2012 年其发病率和病死率在我国总体位于第 5 位,消化道肿瘤第 2 位。在我国发病率约为 20%,在发达城市这个数字更高。达到 30%且有持续上升的趋势。我国国人直肠癌与西方人比较,有三个流行病学特点:①直肠癌比结肠癌发生率高,约 150:100;②低位直肠癌所占的比例高,约为 2/3,大部分可在直肠诊时触及;③青年人(年龄 < 30 岁)直肠癌占的比例大,约 10%~15%。其中只有约 30%的病人有手术机会。手术是直肠癌病人获得痊愈的唯一机会。直肠癌根治性切除术后 5 年存活率在 60%左右,早期直肠癌术后的 5 年存活率可达 80%~90%。

直肠癌可分为低位直肠癌(距肛门齿状线 5 cm 以下);中位直肠癌(距齿状线 5~10 cm);高位直肠癌(距直肠癌 10 cm 以上)。大量的临床病理学研究提示:直肠癌向远端肠壁浸润超过 2 cm 发生率 < 3%;肿瘤下缘平面以下的淋巴结阳性约为 6.5%,平面以下 2 cm 仍有淋巴结阳性者仅 2%。直肠癌根治术依据恶性肿瘤的根治原则切除肿瘤两侧足够长的肠管,上端

距离肿瘤应不少于 10 cm,下端应达 5 cm(低位直肠癌的下切缘应距肿瘤边缘 2 cm 即可)。全部直肠系膜或至少包括肿瘤下缘下 5 cm 的直肠系膜、周围淋巴结及受侵的组织。

炎症是具有血管系统的活体组织对损伤因子所发生的防御反应。炎症的原因包括:①物理因子:高温、机械性创伤等;②化学因子:坏死组织的分解产物,强酸、强碱等;③生物因子:细菌、病毒、立克次体、原虫、真菌、螺旋体和寄生虫等;④坏死组织;⑤变态反应或异常免疫反应。炎症的局部基本病理变化有变质、渗出、增生。渗出是炎症最具特征性的变化包括白细胞渗出。炎症反应最重要的功能是将白细胞输送到损伤部位,白细胞游出是炎症反应最重要的指征。白细胞在局部的作用有:①吞噬作用:直接清除细菌等;②免疫作用:分泌细胞因子及抗体;③组织损伤作用:释放溶酶体酶等进一步加重损伤。

白细胞的正常值为 $(4 \sim 10) \times 10^9/L$ 。白细胞总数的增多或减少主要受中性粒细胞的影响。中性粒细胞百分比正常值是 50%~70%。病理性增高多见于:急性感染;严重的组织损伤及大量血细胞破坏如严重外伤,较大手术后,大面积烧伤,严重的血管内溶血;急性大出血;急性中毒;白血病。CRP 是一种由肝脏合成的,能与肺炎双球菌细胞壁 C-多糖起反应的急性时相反应蛋白。参考值 < 2.87 mg/L(速率散射比浊法)。CRP 增高见于化脓性感染、组织坏死(心肌梗死、严重创伤、大手术、烧伤等)、恶性肿瘤、结缔组织病、器官移植、急性排斥等。

直肠癌 Dixon'根治术切除范围广,损伤大,术中牵扯翻动骚扰腹腔脏器及组织结构均为致炎症的物理因子。手术分离操作过程中使用电刀、超声刀、术中结扎等均会产生一定的坏死组织。坏死组织进一步分解形成致炎症的化学因子。直肠癌根治术切口属 2 类切口即可能污染切口,常见的致病菌有大肠杆菌、厌氧菌,手术过程中会有一定数量的细菌污染术野,细菌及其所释放的内毒素和外毒素,是致炎症的生物性因子。恶性肿瘤由于消耗了体内的营养,浸润并破坏了局部的结构致局部的抵抗力低。综合以上因素可致本研究中直肠癌术后患者发生炎症反应过程,表现有白细胞升高,中性粒细胞百分比增高,CRP 增高。

相对开腹手术,腹腔镜手术开展较晚。但发展很快,在一些大医院当中已经得到了相当程度的开展。腹腔镜直肠癌根

治术与开腹直肠癌根治术一样^[5],要求切除的范围包括肿瘤两侧足够长的肠管,上端距离肿瘤应不少于10 cm,下端应达5 cm。所属血管根部淋巴结及其所属系膜。但其采用的是微创的技术,在保证根治性切除的前提下只有3~4个长约0.5~1 cm的小切口及一个长约4 cm的切口,较传统的手术长约12~14 cm的手术切口小。加之采用小的腹腔镜后对器官的挤压等骚扰比传统手术少,所以本研究中腹腔镜组直肠癌术后患者术后恢复较传统开腹手术组快。表现为术后排气时间、术后进食时间、术后住院时间较开腹手术组短^[6],差异具有统计学意义。两组病人术后炎症反应比较无明显的差异。表现为白细胞、中性粒细胞百分比、CRP均无明显的差异。这可能是由于腹腔镜组术中建立CO₂气腹会有部分CO₂吸收入血形成潜在的致炎症因子;再加上相对较高的腹压可能会增加炎症因子如细菌、坏死组织的吸收。这样两组病人手术当中产生综合的致炎症因子达到了相当的级别,所产生的炎症反应无明显的差异。两组患者术后吻合口瘘、肠梗阻腹腔镜组与开腹组差异无统计学意义。

总之相对于传统开腹直肠癌全切除根治术,腹腔镜下直肠癌根治术患者手术损伤小,术中对组织器官骚扰少^[7]。故术后恢复相对时间短;术后肠排气恢复时间较短,进食时间增快,术后住院时间缩短。CO₂气腹并不加重手术的炎症反应。术后切口感染腹腔镜组较开腹组少,差异有统计学意义。腹腔镜

下直肠癌根治术可能优于传统开腹直肠癌全切除根治术。

参考文献:

- [1] 范莹,吴硕东,于宏,等.腹腔镜结直肠癌根治术与同期开腹手术对比的单中心回顾性研究[J].中国普外基础与临床杂志,2009,16(5):384-388.
- [2] 李国新,梁耀泽.腹腔镜结直肠癌手术应用及其评价[J].中国实用外科杂志,2010,30(3):186-190.
- [3] 毛志海,金珏,李健文,等.老年患者腹腔镜结直肠手术的安全性研究[J].中华胃肠外科杂志,2009,12(3):244-248.
- [4] 黄许森,韦维,黄海舸,等.112例腹腔镜辅助胃癌手术与同期胃癌开放手术对比研究[J].右江民族医学院学报,2013,35(1):12-13.
- [5] 郑民华,马君俊.腹腔镜外科在争议中发展[J].中国普外基础与临床杂志,2007,5(14):503-505.
- [6] Liersch T, LanCec C, Ghadimi BM, et al. Present treatment strategies for rectal carcinoma [J]. Chirurg, 2005, 76(3):309-332.
- [7] Trastulli S, Cirocchi R, Listorti C, et al. Laparoscopic vs open clinical trials[J]. Colorectal Dis, 2012, 14:277-296.

收稿日期:2014-04-29;修回日期:2014-05-19

乳腺癌改良根治术后常见并发症的防治体会

韦文田¹, 韦德高²

- (1. 广西巴马瑶族自治县妇幼保健院, 广西 巴马 547500 E-mail: weiwentian371@163.com;
2. 广西巴马瑶族自治县人民医院, 广西 巴马 547500)

摘要:目的 探讨乳腺癌改良根治术后常见并发症发生的原因、预防措施及处理方法。方法 回顾性分析2007年1月~2013年12月在巴马瑶族自治县人民医院行乳腺癌改良根治术治疗的75例乳腺癌患者的临床资料,总结常见并发症发生的原因、预防措施及处理方法。结果 75例乳腺癌患者中有11例(14.67%)发生术后并发症,其中皮下积液5例(6.67%),皮瓣坏死3例(4.00%),患侧上肢淋巴水肿2例(2.67%),切口感染1例(1.33%),经治疗后均痊愈。结论 乳腺癌改良根治术术后并发症的原因较多、较复杂,一方面应采取有效的预防措施,另一方面一旦出现了并发症后及时妥善的处理均能获得良好的效果。

关键词: 乳腺肿瘤;手术后并发症

中图分类号: R737.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0381-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.030

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,在欧美等西方发达国家乳腺癌居女性肿瘤的首位,在我国占女性全身恶性肿瘤的7%~10%,近年来发病率呈上升趋势,其发病年龄也趋于年轻化^[1-2]。目前,乳腺癌的治疗仍然是以手术治疗为主的综合性治疗,手术方式有标准乳腺癌根治术、乳腺癌改良根治术、乳腺癌扩大根治术、单纯乳房切除术及乳腺癌保乳术等,其中又以乳腺癌改良根治术最为多用。由于手术范围较广泛,创伤较大,术后易引起并发症,如术后皮下积液、皮瓣坏死、患侧上肢肿胀、切口感染等。这些并发症的出现一方面影响切口愈合,延长了住院时间,从而不可避免地影响了手术后化疗、放疗等一系列的治疗,不利于整个综合治疗,另一方面增加了患者的经济负担及给患者带来巨大的心理压力,降低了患者的生活质量。因此,有效的预防术后并发症的发生及及时有效处理这些并发症也是乳腺癌治疗过程中的重要环节。本文回顾性分析2007年1月~2013年12月在巴马瑶族自治县人民医院行乳腺癌改良根治术治疗的75例乳腺癌患者的临床资料,总结常见并发症发生的原因、预防措施及处理方法,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组75例乳腺癌患者均为女性,年龄28~79岁,平均47.8岁。根据国际抗癌协会(UICC)乳腺癌TNM分期:Ⅰ期7例,Ⅱ期32例,Ⅲ期36例。所有病例均经术后病理确诊,其中导管内癌4例,浸润性导管癌31例,浸润性小叶癌21例,乳头状癌9例,炎性乳腺癌1例,黏液性腺癌7例,髓样癌2例。

1.2 手术方法 75例患者均行保留胸大肌和胸小肌的改良根治术,均采用横梭形切口,切口距癌肿边缘大于3~5 cm,使用手术刀或电刀游离皮瓣,上至锁骨下缘,下达腹直肌上缘,内至胸骨旁,外至背阔肌前缘,将乳腺从胸大肌筋膜浅面分离。电刀止血,结扎或缝扎较粗的血管和淋巴管。将胸大、小肌分离,在胸大肌深面清除肌间淋巴组织。将胸小肌向内向上提起,暴露腋血管,清扫腋窝淋巴结,保留胸长神经、胸背神经和肩胛下血管支。创面彻底止血、冲洗,于腋下留置多孔硅胶引流管一根,外接一次性负压引流器,创面用小纱布团均匀加压包扎。