

腹腔镜下松解术治疗急性粘连性肠梗阻的疗效探析

黄思辉,黄翠萍,李荣江,黄振华

(广东省深圳市宝安区第二人民医院普外科,广东 深圳 518102)

摘要:目的 探讨腹腔镜下松解术治疗急性粘连性肠梗阻的疗效。方法 对2012年1月~2014年1月在我院进行治疗的急性粘连性肠梗阻患者80例的病历资料进行回顾性分析,根据手术方法的不同分为腹腔镜组和开腹组,每组40例,对比两组各相关指标与患者生存质量。结果 腹腔镜组手术时间、术中出血量、镇痛药使用、住院时间、并发症发生率均显著低于开腹组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在急性粘连性肠梗阻治疗中,应用腹腔镜下松解术对患者的创伤小、临床疗效显著,可大幅提高患者生存质量,值得在临床中推广。

关键词: 肠梗阻;腹腔镜检查;松解术

中图分类号: R574.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)05-0743-02
doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.05.033

粘连性肠梗阻是一种比较常见的外科疾病,多为患者行腹部外科手术术后炎症、创伤、出血、异物等形成。内科治疗一般难以达到治疗效果,开腹手术在以往临床中常常使用,虽然可以达到一定治疗效果,但有引发新粘连的危险^[1],因此,治疗急性粘连性肠梗阻应该选择何种方法一直困扰着医生。随着腹腔镜技术的不断进步,腔镜技术在外科中的使用日趋广泛。腹腔镜肠粘连松解术不仅能够彻底解除原粘连,还具有使患者的创伤小、康复快、复发率低等优点,并可预防再粘连的发生,本文应用腹腔镜松解手术治疗急性粘连性致梗阻患者,术后疗效满意,现就治疗体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对2012年1月~2014年1月在我院进行治疗的急性粘连性肠梗阻患者80例的病历资料进行回顾性分析,根据手术的方法不同分为腹腔镜组和开腹组,每组40例,所有患者均根据临床症状和腹部CT与B超检查后确诊。患者年龄28~55岁,平均为(41.8±6.4)岁;粘连程度分级:I级24例,II级40例,III级16例;病因:阑尾切除术21例,胆囊切除术20例,胃大切术10例,剖腹产7例,结肠癌手术15例,脾切除术7例。两组患者在年龄、性别、病情等基本资料方面差异均无统计学意义($P > 0.05$),可展开对比。

1.2 方法 所有患者的手术由同一医师实施,腹腔镜组:在腹腔镜下行肠粘连松解术,患者取平卧位,采用全麻,留置导尿管,手术第一穿刺孔选择在患者脐部周围,和原切口至少保持6cm,避开粘连肠管,置入腹腔镜;取拍片结果未发生明显扩张区域做观察孔,根据腹腔镜探查情况再实施别的穿刺孔,一般穿刺2~4孔,并控制气腹压力为1.60~2.00 kPa;小心钝性或锐性分离粘连肠管及其周围组织、器官;束带粘连导致小肠梗阻患者,在腹腔镜下用电凝钩或者电凝切断束带;肠道与腹壁粘连患者采用电凝分离剪、分离钳或者超声刀实施锐性分离。开腹组:腹壁和肠粘连、肠间粘连等均予以剪刀或电刀实施锐性分离。

1.3 观察指标 观察两组患者的手术时间、术中出血量、镇痛药物使用情况,术后观察住院时间和并发症情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0统计学软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$),采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

腹腔镜组手术时间、术中出血量、镇痛药使用、住院时间、并发症发生率均显著低于开腹组,两组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组各临床指标比较

| 组别 | n | 手术时间 ($\bar{x} \pm s$, min) | 术中出血量 ($\bar{x} \pm s$, ml) | 镇痛药使用量 ($\bar{x} \pm s$, 支) | 住院时间 ($\bar{x} \pm s$, d) | 并发症发生率(n, %) |
|------------|----|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------|
| 腹腔镜组 | 40 | 80.5±12.1 | 120.6±10.6 | 1.9±0.9 | 5.0±0.8 | 1(2.50) |
| 开腹组 | 40 | 108.3±14.6 | 206.5±21.3 | 5.5±2.1 | 9.7±1.5 | 7(17.50) |
| t/χ^2 | | 9.272 | 22.835 | 9.966 | 17.486 | 5.000 |
| P | | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.05 |

3 讨论

腹部外科手术常会引发诸多并发症,其中肠梗阻是最常见并发症,据统计,手术后引发肠梗阻粘连约占80%^[2],腹壁切口下方为粘连最常见部位,其次为肠管间的粘连,粘连对人体的危害很大,可引起肠管走行异常、内疝等,造成肠梗阻。现阶段,临床治疗急性粘连性肠梗阻比较常用的方法包括保守治疗与手术治疗,内科保守治疗只能对患者的临床症状予以一定程度缓解,无法达到更好的根治效果^[3]。手术治疗是急性粘连性肠梗阻综合治疗中的重要组成部分,他可以通过解除梗阻、消除病因来彻底治疗疾病,恢复肠道的生理功能,传统开腹手术治疗虽可对患者原有粘连加以有效解除,但由于术后容易引发并发症,造成粘连,且粘连的面积和程度会越来越重,同时会给患者造成较大创伤,促使腔内发生感染概率大幅提高,术后再

梗阻率高^[4]。随着腹腔镜手术技术的不断进步以及术者手术水平的不断提高,腹腔镜手术已经广泛地应用于肠梗阻治疗领域,相较于传统开腹手术而言,腹腔镜下松解术具有微创及体外操作的特点,手术视野更加广阔,微创手术给患者带来的伤害更小,术中出血量相对较少、术后恢复更快,可有效降低术后发生切口粘连的概率,多中心研究结果表明,腹腔镜粘连松解术再发肠梗阻率低,可成为粘连性肠梗阻的首选治疗方法^[5]。在本组研究中,腹腔镜组患者给予腹腔镜下松解术,与传统开腹手术比较,其手术时间、术中出血量、镇痛药使用、住院时间、并发症发生率均显著降低($P < 0.05$),这说明了腹腔镜下行松解术治疗急性粘连性肠梗阻的良好疗效。之前有报道认为在急性发作期行肠粘连松解术为禁忌证^[6],本文的研究中也表明,只要术前充分胃肠减压、积极做好肠道准备,同时严

谨的进行手术操作,虽然腹腔操作空间小,但不影响手术的完成,也还能取得满意效果。

临床使用中,为保证手术效果,在应用腹腔镜下松解术治疗急性粘连性肠梗阻患者时需要注意以下几个方面:①应对穿刺孔进行合理选择。尤其是第一个操作孔位置的选择会对手术是否成功产生重要作用,一般穿刺空的选择应根据既往手术史和腹壁切口瘢痕的位置,选取没有粘连或较少粘连的位置,一般选择在新旧切口二者相距约6~9 cm位置,同时兼顾手术操作的方便。②手术中松解方法的选择应根据患者不同的粘连而不同,分离过程中要全面检查以避免遗漏,分离原则是“宁伤腹壁,勿伤肠管”,尽量保护好肠壁的完整^[7]。③为避免粘连再次出现,操作者一定要格外小心,动作轻柔,切记不要使用大组织钳夹结扎组织。

综上所述,腹腔镜下松解术治疗急性粘连性肠梗阻具有手术创伤小,术中出血少、患者恢复快、术中术后并发症少等众多优势,疗效明确、安全、简单易行,治疗粘连性肠梗阻效果理想,有广阔的应用前景,值得临床推广。

参考文献:

[1] 陈小勋,周永醇,张兆明,等.腹腔镜与开腹手术治疗急性

粘连性肠梗阻[J].中华普通外科杂志,2010,25(11):924-925.

[2] 郭爱莲.腹腔镜下肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻效果观察[J].现代中西医结合杂志,2012,21(25):2770-2771.

[3] 占小平,邵静涛,潘德光.腹腔镜在肠粘连松解术中的应用体会[J].浙江创伤外科,2012,17(6):804-805.

[4] 陈小勋,李强辉,周永醇,等.腹腔镜治疗急性粘连性肠梗阻的手术效果[J].中国普通外科杂志,2012,21(1):122-124.

[5] 吕金利,李雪平,马志勇,等.腹腔镜粘连松解术治疗粘连性肠梗阻40例[J].实用医药杂志,2012,29(11):981-982.

[6] 王顺灿,敖学斌,张永周,等.腹腔镜下肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻的体会[J].中外医学研究,2012,10(34):133-134.

[7] 陈小龙,周永醇,张兆明.腔镜手术治疗急性粘连性肠梗阻的体会[J].右江民族医学院学报,2012,34(5):124.

修回日期:2014-09-09;修回日期:2014-09-23

不同非手术方案在治疗大肠癌术后异时性肝转移中的疗效比较

练森¹,黄冀华²

(1. 广东省高州市马贵镇卫生院普通外科,广东 高州 525237

E-mail:shenliangaozhou@163.com;

2. 广东省高州市人民医院普通外科,广东 高州 525200)

摘要:目的 研究不同的非手术治疗方法对大肠癌术后异时性肝转移及患者生存率的影响。方法 选取我院2008年3月~2011年5月进行术后辅助化疗后发生异时性肝转移而无法手术切除的180例大肠癌患者为研究对象,随机分为A、B、C三组,A组进行射频消融(RFA)门静脉化疗泵植入;B组进行门静脉持续化疗联合腹腔大容量化疗;C组进行单纯全身化疗,对全部病例随访3年,比较三组患者术后肝转移再次发生率和术后生存率。结果 A、B、C三组的3年肝转移再次发生率的差异具有统计学意义($P < 0.05$),两两比较时,仅A组与C组的差异具有统计学意义,A组的3年肝转移发生率低于C组($P < 0.01$);在生存率方面,A、B、C三组的差异具有统计学意义($P < 0.05$),两两比较结果显示,仅B组3年生存率与C组比较差异具有统计学意义($P < 0.01$)。结论 RFA门静脉化疗泵植入在减少大肠癌患者术后再次肝转移方面优于单纯化疗,门静脉持续化疗联合腹腔大容量化疗在患者生存率方面优于单纯化疗。

关键词: 大肠肿瘤;肝转移;非手术方案

中图分类号: R735.34

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2014)05-0744-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.05.034

目前公认治疗单发肠癌肝转移患者的最佳治疗方法是手术治疗,但是因为多数癌症患者的身体素质比较差或因为癌细胞扩散使肝脏内出现病灶、肿瘤广泛转移等情况,无法采取手术治疗等方法,因此需要选择非手术治疗^[1-2]。对于该类患者不能轻易放弃,只要通过采取积极合理的综合治疗措施可以获得一定疗效^[3]。为了研究不同的非手术治疗方法对大肠癌术后异时性肝转移的治疗效果,本研究对术后并辅助化疗后异时性肝转移无法手术切除的患者采用不同的治疗措施,获得良好效果,现总结报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院自2008年3月~2011年5月进行过大肠癌根治性切除术,术后均对其实行术后常规化疗,在术后半年的时间仍发生肝转移但无法再次实行手术的180例

患者为研究对象,对其进行不同的非手术治疗方法,其中男性患者76例,女性患者104例,平均年龄在(67±3.4)岁,将180例患者随机分为A、B、C三组,每组患者60例,以大肠癌被根治性切除、异时性出现肝转移、排除肝外转移为入选标准。

1.2 方法 A组进行射频消融(RFA)门静脉化疗泵植入方案:进行RFA同时对植入化疗泵进行注药[采取5-氟尿嘧啶(5-Fu)联合奥沙利铂或伊立替康],注药间隔为3周,连续进行6个疗程。注射药物均应用微量泵经化疗泵注入,化疗药物应同时混合肝素注入;B组进行门静脉持续化疗联合腹腔大容量化疗方案:将化疗泵导管插入胃网膜右静脉,并在切口旁埋置皮下腹腔化疗泵,定期重复向化疗泵中注入药物,持续6个疗程;C组单纯进行全身化疗。

所有患者在化疗前均进行除禁忌证以外的常规检查,并静

脉注射生理盐水 100 ml 加地塞米松 5 mg, 另加静脉输注 2 天加入 1 支格拉司琼的 100 ml 以防止不良反应。

1.3 观察指标 在施行分组治疗后的 3 个月开始, 每隔 3 个月做腹部 B 超或 CT 检查以及 CEA 检测, 随访 3 年, 观察记录患者的身体情况并了解肝转移的恢复情况。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS 17.0 软件进行分析, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义; 两两比较时检验水准调整为 0.0167, 以 $P < 0.0167$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者发生再次肝转移的情况比较 通过对 A、B、C 三组术后 3 年肝转移再次发生率的比较, 三组差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。A 组 3 年肝转移再次发生率与 B 组比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.288, P = 0.591$); 与 C 组 3 年肝转移再次发生率比较, 差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 8.076, P = 0.004$); B 组 3 年肝转移再次发生率与 C 组比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 5.502, P = 0.019$)。见表 1。

表 1 三组患者发生再次肝转移的情况比较 (n, %)

| 组别 | n | 肝转移再次发生率 | | | |
|-----|----|----------|----------|-----------|-----------|
| | | 术后第 1 年 | 术后第 2 年 | 术后第 3 年 | 总计 |
| A 组 | 60 | 1(1.67) | 2(3.33) | 4(6.67) | 7(11.67) |
| B 组 | 60 | 1(1.67) | 3(5.00) | 5(8.33) | 9(15.00) |
| C 组 | 60 | 2(3.33) | 6(10.00) | 12(20.00) | 20(33.33) |

注: $\chi^2 = 10.208, P = 0.006$

2.2 三组患者生存率比较 卡方检验结果显示, 三组患者的 3 年生存率差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两两比较结果显示, A 组与 B 组 3 年生存率差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.714, P = 0.190$); A 组与 C 组 3 年生存率差异无统计学意义 ($\chi^2 = 4.848, P = 0.028$); B 组与 C 组的 3 年生存率差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 12.037, P = 0.001$), 见表 2。

表 2 三组患者的 3 年生存率比较 (n, %)

| 组别 | n | 术后 3 年生存率 |
|-----|----|-----------|
| A 组 | 60 | 33(55.00) |
| B 组 | 60 | 40(66.67) |
| C 组 | 60 | 21(35.00) |

注: $\chi^2 = 12.335, P = 0.002$

3 讨论

大肠癌是一种常见的恶性肿瘤, 其发生率呈逐年上升的趋势^[4]。大肠癌切除术后常见局部转移, 肝脏是重点转移部位, 多数学者认为患者在术后发生肝转移的原因与肝脏的解剖生理有关, 肝脏接受双重血供, 血供多来自门静脉血, 其具有高

糖、低氧等为转移癌细胞提供最佳的生长条件^[5]。大肠癌合并肝转移是导致大肠癌手术失败的主要因素, 而且肝转移是很严重的致死因素^[6]。约 1/4 的大肠癌患者一经确诊就已出现肝转移, 约 1/4 的患者在大肠癌手术后 1 年或几年内出现肝转移, 约 1/3 的大肠癌患者死于肝转移癌^[7]。因此, 临床上关于有效治疗肠癌术后异时性肝转移的相关研究具有重要的现实意义。

本研究结果显示, 在三组患者 3 年肝转移再次发生率方面, 两两比较结果显示, 仅 A 组与 C 组差异具有统计学意义。其原因可能在于从门静脉转移来的恶性肿瘤细胞, 主要由门静脉供血, 多在门静脉末端的小静脉内形成癌栓, 继之通过对基底膜造成的局部小缺损进入血管周围间质。RFA 为大肠癌肝转移的患者提供了一种很好的非手术治疗方案, 直接在门静脉区给药, 阻断门静脉为肿瘤供血, 降低肝转移的再次发生率, 与刘驰等^[8]研究结果一致。在三组患者的 3 年生存率方面, 两两比较结果显示, 仅 B 组与 C 组的比较差异具有统计学意义。近年来, 作为新兴的化疗措施, 大容量腹腔化疗受到了极大的重视。有实验表明大剂量 5-Fu 腹腔内给药后, 腹腔中血药浓度最高的就是肝组织, 说明腹腔化疗具有高度区域选择的药代动力学特点, 可在腹腔液、门静脉和肝脏中保持恒定持久抗癌浓度, 达到良好的治疗效果, 提高患者生存率。

综上所述, RFA 门静脉化疗泵植入在减少大肠癌患者术后再次肝转移方面优于单纯化疗, 门静脉持续化疗联合腹腔大容量化疗在患者生存率方面优于单纯化疗。临床上可以在充分保障知情同意的前提下选择合理的治疗方式。

参考文献:

- [1] 肖仲贤, 于杰, 左峻林, 等. 同时性大肠癌肝转移腹腔镜一期手术切除 1 例报道[J]. 昆明医学院学报, 2011, 32(2): 155-156.
- [2] 陈涛. 异时性多原发大肠癌的诊治和预后[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(13): 114-115.
- [3] 季加孚, 陕飞. 胃癌综合治疗的研究进展与评价[J]. 中华外科杂志, 2011, 49(3): 193-197.
- [4] 李润铭, 曾隆桂, 陈琼驹, 等. 基层医院大肠癌切除术中肠镜检查的临床研究[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(2): 221-222.
- [5] 徐建国. 大肠癌肝转移的分子靶向治疗进展[J]. 肿瘤基础与临床, 2012, 25(05): 458-460.
- [6] 王炜, 黄世锋, 陈德伦, 等. 结肠癌肝转移术后经脐静脉置管门静脉灌注化疗的效果[J]. 江苏医药, 2012, 38(23): 2837-2839.
- [7] 王志军, 徐鸿兵. 肝动脉栓塞化疗联合无水酒精治疗结肠癌肝转移[J]. 现代肿瘤医学, 2012, 20(3): 559-561.
- [8] 刘驰, 万春, 曾峰, 等. 射频消融合并化疗泵植入治疗大肠癌异时性肝转移的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(16): 3553-3554.

收稿日期: 2014-07-29; 修回日期: 2014-08-25