

# 腹腔镜与开腹结直肠癌根治术后粘连性肠梗阻发生情况比较

蔡巧英 徐江南 李丽军 叶锋

**【摘要】** 目的 比较腹腔镜与开腹结直肠癌根治术后粘连性肠梗阻发生情况。方法 收集行腹腔镜与开腹结直肠癌根治术的患者各 60 例,比较两组患者术后 3 年内粘连性肠梗阻发生及治疗情况。结果 腹腔镜组患者术后发生粘连性肠梗阻 2 例(3.3%),均发生在术后 1 个月内,经保守治疗后痊愈,无复发。开腹组患者术后发生粘连性肠梗阻 8 例(13.33%),其中 6 例经保守治疗痊愈,2 例采取手术治疗;再次发作 4 例,多次发作 2 例。腹腔镜组术后粘连性肠梗阻发生率明显低于开腹组( $P < 0.05$ )。结论 与开腹手术相比,腹腔镜下结直肠癌根治术后粘连性肠梗阻发生率降低。

**【关键词】** 腹腔镜 开腹 结直肠癌 粘连性肠梗阻

对于腹部外科手术,腹腔镜的应用日趋成熟。一般行结直肠癌根治术患者的分期相对较早,手术难度不大;因此,腹腔镜结直肠癌根治术后患者恢复较好,相关并发症较少。有研究报道腹腔镜结直肠癌根治术后并发症发生率明显低于开腹手术<sup>[1]</sup>,但关于术后粘连性肠梗阻发生情况的单项研究相对少见,本文就腹腔镜与开腹结直肠癌根治术后粘连性肠梗阻发生情况作一比较。

## 1 对象和方法

**1.1 对象** 选择 2012 年 8 月至 2015 年 3 月东阳市人民医院(31 例)和浙江大学医学院附属第一医院(89 例)结直肠癌患者为研究对象,所有患者术前经肠镜病理检查确诊,且腹部 CT、X 线胸片及 B 超检查明确无转移。入组标准:(1)既往无腹部手术史;(2)均行结直肠癌根治术(其中直肠癌患者均为高位),术前检查未见肿瘤远处转移,术前未进行放、化疗;(3)术后无腹腔感染、吻合口漏等并发症;(4)术后腹部触诊未扪及肿物,腹部 CT 未见肿瘤复发;(5)腹腔镜下手术无中转开腹;(6)术后存活时间超过 1 年以上。120 例患者中行腹腔镜、开腹结直肠癌根治术各 60 例,两组患者性别、年龄、肿瘤部位、病理分期等比较,差异均无统计学意义(均  $P > 0.05$ ),见表 1。

**1.2 手术方式** (1)腹腔镜结直肠癌根治术:按照中华

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别	年龄 (岁)	肿瘤部位(n)		病理分期(n)		
		男/女,n		直肠	结肠	I 期	II 期	III 期
腹腔镜组	60	41/19	56.75 ± 25.45	21	39	11	28	21
开腹组	60	39/21	53.12 ± 24.74	18	42	13	27	20
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05			

医学会外科学分会 2008 年制定的《腹腔镜结直肠癌手术操作指南》进行。采用气管插管全麻,患者取头低足高膀胱截石位,脐孔穿刺建立气腹,分别于脐下置观察孔,依结直肠癌疾病部位而定于左、右麦氏点及左、右锁骨中线置操作孔,置入腹腔镜、超声刀及操作钳。先探查腹腔内脏器,明确肿瘤有无腹腔内脏器转移或腹腔种植,并结合术前辅助检查进一步明确肿瘤所在部位。切开后腹膜及肠系膜,用超声刀对结肠和直肠相应组织进行游离,切除肿瘤组织,并清扫周围淋巴结,操作过程中注意保护输尿管。根据术中手术方式的不同,其中高位前切除术 19 例,低位前切除术 24 例,腹会阴联合切除术 14 例,Hartmann 术 3 例。(2)开腹结直肠癌根治术:按照常规标准结直肠癌根治术进行操作。采用气管插管全麻,患者取平卧位,以脐为中心行腹腔正中切口,进腹后根据患者病情的不同选择手术方式,其中行 Dixon 术 23 例,右半结肠癌根治术 22 例,Mile's 术 13 例,Hartmann 术 2 例。

**1.3 观察指标** 手术时间、术中出血量;术后肠道排气时间、首次进食时间、首次下床活动时间、住院天数;术后 3 年内粘连性肠梗阻发生及治疗情况。粘连性肠梗阻的诊断标准:(1)有腹腔镜或开腹结直肠癌根治手术

doi: 10.12056/j.issn.1006-2785.2017.39.18.2016-1846

作者单位:322109 东阳市人民医院肛肠科(蔡巧英、徐江南、李丽军);浙江大学医学院附属第一医院肛肠科(叶锋)

通信作者:蔡巧英,E-mail:Dykg575@163.com

史;(2)临床表现为腹痛、腹胀、恶心、呕吐和肛门停止排便排气;(3)查体可见腹部有肠型及蠕动波,腹壁软,可伴有压痛。腹部叩诊多呈鼓音,肠鸣音亢进或减弱;(4)CT 检查提示肠管扩张,腹盆腔可见明显的积液。

1.4 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验;计数资料用率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验或 Fisher 确切概率法。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

表 2 两组患者术中及术后情况比较

组别	<i>n</i>	术中出血量(ml)	手术时间(min)	肠道排气时间(h)	首次进食时间(d)	首次下床时间(d)	住院天数(d)
腹腔镜组	60	81.29 ± 72.83	197.53 ± 88.77	37.65 ± 32.76	3.0 ± 1.1	1.5 ± 1.7	11.87 ± 10.56
开腹组	60	213.56 ± 132.40	180.14 ± 82.39	61.32 ± 35.46	3.4 ± 2.4	3.2 ± 2.5	15.46 ± 20.87
<i>P</i> 值		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者术后粘连性肠梗阻发生及治疗情况比较 腹腔镜组患者术后发生粘连性肠梗阻 2 例(3.3%),均发生在术后 1 个月内,经保守治疗后痊愈,无复发。开腹组患者术后发生粘连性肠梗阻 8 例(13.33%),其中 6 例经保守治疗痊愈,2 例采取手术治疗;再次发作 4 例,多次发作 2 例。腹腔镜组术后粘连性肠梗阻发生率明显低于开腹组( $P < 0.05$ )。两组患者术后 3 年均未见肿瘤复发。

### 3 讨论

近年来国内报道腹腔镜与开腹直肠癌根治术后粘连性肠梗阻发生率不尽相同<sup>[2-3]</sup>。Schwarz 等<sup>[4]</sup>认为手术操作会引起肠壁充血水肿,从而导致肠壁通透性增加、细菌易位;最终引起炎症反应,触发抑制性胃肠神经通路,导致胃肠蠕动减慢。腹腔镜技术的优势在于术野清晰,不需要过度挤压肠壁;因此发生肠粘连的机会更小。此外,微创手术创口小,患者术后恢复快且下床活动时间明显缩短,也在一定程度上减少了肠粘连的发生。开腹结直肠癌根治术在显露术野过程中需要有较大的切口,拉钩对肠壁的牵拉与挤压相对较大,肠管暴露在空气中时间较长,更易造成炎症反应,引起肠道蠕动恢复变慢,增加术后肠粘连、肠梗阻的发生率。本研究结果显示腹腔镜组粘连性肠梗阻发生率明显低于开腹组,差异有统计学意义。

然而,近年来国内相关报道腹腔镜与开腹手术后肠梗阻发生率基本无差异<sup>[5-6]</sup>,总结原因如下:中晚期结直

## 2 结果

2.1 两组患者术中及术后情况比较 与开腹组比较,腹腔镜组患者术中出血量明显减少( $P < 0.05$ ),术后肠道排气时间、首次进食时间、首次下床时间及住院天数均明显缩短(均  $P < 0.05$ )。两组患者手术时间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 2。

肠癌患者较多,这类患者往往肿瘤与周围组织出现粘连甚至浸润,并伴有淋巴结转移等,因此腹腔镜手术难度增大,手术及全身麻醉时间延长,手术创伤亦增大,从而增加了术后肠粘连的机会;对于中晚期患者一般行腹腔化疗,化疗药物会对腹膜及浆膜造成刺激,引起炎症反应并导致肠粘连;中晚期直肠癌患者在手术前后行辅助放疗,会导致放射性盆腔炎、放射性肠炎等,从而增加术后肠梗阻发生率。而本研究收集的病例避免了此因素可能带来的影响,因此所得结论较为客观。

## 4 参考文献

- [1] 许钊荣. 腹腔镜与开腹结直肠癌根治术后并发症发生率的比较[D]. 福建医科大学, 2012.
- [2] 王会斌, 王迎辉, 齐海鹏. 直肠癌术后并发症的防治[J]. 现代肿瘤医学, 2006, 14(3):317.
- [3] 陶峰, 叶民峰, 吕杰青, 等. 腹腔镜与开腹结直肠癌根治术的近期疗效对比研究[J]. 中华全科医学, 2014, 8(8):1248-1250.
- [4] Schwarz N T, Beer-Stolz D, Simmons R L, et al. Pathogenesis of paralytic ileus: intestinal manipulation opens a transient pathway between the intestinal lumen and the leukocytic infiltrate of the jejunal muscularis[J]. Ann Surg, 2002, 235 (1) :31-40.
- [5] 郑晓风, 林卫红, 蒋飞照, 等. 腹腔镜结直肠肿瘤切除术 36 例报告[J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(4):364-365.
- [6] 徐少明. 术后肠梗阻的手术选择[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23 (8): 505-506.

(收稿日期:2016-11-08)

(本文编辑:陈丹)