

〔文章编号〕 1007-0893(2021)04-0149-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.073

# 腹腔镜 ISR 联合回肠预防性造口治疗超低位直肠癌的效果

韦万程 李 维 陈志军

(高州市人民医院, 广东 高州 525200)

〔摘要〕 目的: 探讨腹腔镜经括约肌间切除 (ISR) 联合回肠预防性造口治疗超低位直肠癌的临床疗效。方法: 选取 2018 年 10 月至 2019 年 10 月高州市人民医院收治的 62 例超低位直肠癌患者, 按照随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 31 例。观察组采取腹腔镜 ISR 联合回肠预防性造口治疗, 对照组采取腹腔镜超低位前切除联合回肠预防性造口治疗。比较两组患者手术相关指标、预后情况、术后肛门功能恢复情况及术中不良事件发生情况。结果: 两组患者术中出血量和术后住院时间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 观察组的手术时间长于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 两组患者术后并发症总发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 但观察组术后 1 年内局部复发率明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者术前和术后 1 个月的肛门功能各项指标比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 观察组术后 6 个月的最大静息压肛管、肛管最大收缩压、直肠便意感觉容量、直肠顺应性均显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 且各指标与术前比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 两组患者术后并发症总发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 腹腔镜 ISR 联合回肠预防性造口治疗超低位直肠癌效果确切, 可有效改善患者肛门功能且短期局部复发率低。

〔关键词〕 超低位直肠癌; 经括约肌间切除; 腹腔镜; 回肠预防性造口

〔中图分类号〕 R 735.3<sup>7</sup> 〔文献标识码〕 B

直肠癌是临床上常见的恶性肿瘤之一, 其中超低位直肠癌占总直肠癌发病率的 75%<sup>[1]</sup>, 是指肿瘤下缘与齿状线距离  $\leq 5$  cm 的一种直肠肿瘤<sup>[2]</sup>, 其传统手术方式多是采用不保肛联合下腹造瘘。该方式由于不能保留肛门且复发率较高, 导致患者术后生活质量极差, 因此保肛治疗成为直肠癌治疗的新方向<sup>[3]</sup>。目前临床上对超低位直肠癌患者的保肛手术方式主要有腹腔镜经括约肌间切除 (intersphincteric resection, ISR) 和腹腔镜超低位前切除两种。虽然这两种方式均可以保留肛门, 但目前关于这两种手术方式的比较研究鲜有报道, 因此本研究旨在探讨和比较这两种手术方式的可行性和安全性。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选择 2018 年 10 月至 2019 年 10 月于本院肛肠外科治疗的超低位直肠癌患者 62 例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 31 例。对照组男 17 例, 女 14 例, 年龄 55 ~ 76 岁, 平均  $(62.5 \pm 10.7)$  岁, 肿瘤距肛缘距离 2.8 ~ 5 cm, 平均  $(4.5 \pm 0.5)$  cm, 术前盆腔 MRI 显示临床分期: T1 期 5 例, T2 期 26 例; 观察组男 18 例, 女 13 例, 年龄 56 ~ 76 岁, 平均  $(61.8 \pm 9.5)$  岁, 肿瘤距肛缘距离 2.8 ~ 5 cm, 平均  $(4.3 \pm 0.4)$  cm, 术前盆腔 MRI 显示临床分期: T1 期 4 例, T2 期 27 例。两组患者性别、年龄、肿瘤距肛缘距离、肿瘤分期等一般资料比较, 差异均无统计学

意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

纳入标准: (1) 符合《结直肠癌诊疗规范》<sup>[4]</sup> 中对低位直肠癌的诊断标准; (2) 肿瘤下缘距肛缘  $\leq 5$  cm; (3) 盆腔 MRI 未发现淋巴结肿大和远处转移; (4) 未经过放化疗; (5) 患者要求保肛并知情同意参与本研究。排除标准: (1) 严重肝肾功能不全者; (2) 患有神经精神等疾病者; (3) 肛门括约肌功能障碍者; (4) 治疗依从性差或中途放弃治疗者。

### 1.2 方法

所有患者术前 3 d 开始食用流质饮食, 并使用甲硝唑 (亚宝药业太原制药有限公司, 国药准字 H14023992) 抑制肠道细菌,  $0.5$  g · 次<sup>-1</sup>, 3 次 · d<sup>-1</sup>, 口服。手术前 1 晚实施清洁灌肠。

1.2.1 观察组 采用腹腔镜 ISR 手术治疗。(1) 腹部手术部分: 采用 5 孔法, 中间清扫 No.253 组淋巴结, 按全直肠系膜切除 (total mesorectal excision, TME) 原则, 保留自主神经的直肠游离达肛提肌平面后, 继续向下游离, 后侧离断直肠尾骨韧带进入直肠和耻骨直肠肌间隙。沿该间隙向肛门一侧分离然后进入括约肌间沟, 再向下分离达齿状线平面。(2) 肛门手术部分: 首先充分暴露肛管, 然后缝合远端直肠, 在癌灶下缘约 2 cm 处垂直于肛管长轴切开肛管和肛门内括约肌全层。然后沿着肛门内外括约肌的间隙向上与腹部手术部分会合, 此时癌组织可经过肛门拖出, 然后距肿瘤

〔收稿日期〕 2021 - 01 - 11

〔作者简介〕 韦万程, 男, 主治医师, 主要从事肛肠外科工作。

近端约 10 cm 处离断肠管，完成结肠肛管吻合，最后沿着右下腹的主操作孔向上延长切口约 2~3 cm，行回肠预防性造口。

1.2.2 对照组 采用腹腔镜超低位前切除联合回肠预防性造口治疗。同观察组游离到齿状线平面后，向头侧牵拉直肠，于可达到的肿瘤最远端离断肠管。沿着右下腹的主操作孔向上延长切口至能取出癌组织即可。然后距肿瘤近端约 10 cm 处离断肠管，近断端置入管型吻合器抵钉座后放回腹部，重建气腹，经肛门置入管型吻合器机身，完成结肠肛管吻合。最后经癌组织取出处行回肠预防性造口。

两组患者术后均予以常规抗炎、补液、营养补充等支持疗法，术后 1 d 逐渐尝试流质饮食，3 d 尝试半流质饮食，期间无异常情况的发生，术后 2 周便可以开始肛门功能锻炼。

### 1.3 观察指标

(1) 两组患者手术相关指标，包括手术时间、术中出血量、术后住院时间；(2) 术后并发症发生情况，包括切口感染、吻合口瘘和肠梗阻发生情况；(3) 术后 1 年内局部复发情况；(4) 术后 1 个月和 6 个月的肛门功能恢复情况，包括最大静息压肛管、肛管最大收缩压、直肠便意感觉容量和直肠顺应性；(5) 术中不良反应发生情况。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件分析数据，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者手术相关指标比较

两组患者术中出血量和术后住院时间比较，差异无统计

学意义 (*P* > 0.05)，观察组的手术时间长于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.01)，见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标比较 (*n* = 31,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	手术时间/min	术中出血量/mL	术后住院时间/d
对照组	278.49 ± 26.63	84.27 ± 10.26	9.13 ± 1.02
观察组	304.61 ± 25.22 <sup>a</sup>	86.33 ± 11.08	9.47 ± 0.98

与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.01

### 2.2 两组患者并发症发生率比较

两组患者术后并发症总发生率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较 (*n* = 31, *n*(%))

组别	切口感染	吻合口瘘	肠梗阻	总发生
对照组	1(3.23)	2(6.45)	2(6.45)	5(16.13)
观察组	0(0.00)	1(3.23)	0(0.00)	1( 3.23)

### 2.3 两组患者术后 1 年内局部复发情况比较

对照组患者术后 1 年内局部复发 6 例，复发率为 19.35%，观察组无局部复发情况，复发率为 0.00%，组间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

### 2.4 两组患者术后 1 个月和 6 个月的肛门功能恢复情况比较

两组患者术前和术后 1 个月的肛门功能各项指标比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)；观察组术后 6 个月的肛管最大静息压、肛管最大收缩压、直肠便意感觉容量、直肠顺应性均显著优于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.01)，且各指标与术前比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者术后 1 个月和 6 个月的肛门功能恢复情况 (*n* = 31,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	最大静息压肛管/mmHg	肛管最大收缩压/mmHg	直肠便意感觉容量/mL	直肠顺应性/mmHg
对照组	术前	45.72 ± 5.33	179.41 ± 15.12	87.54 ± 7.81	5.40 ± 0.23
	术后 1 个月	28.41 ± 4.83	143.73 ± 17.80	51.97 ± 7.12	2.39 ± 0.54
	术后 6 个月	39.88 ± 5.11	165.12 ± 14.73	79.32 ± 7.83	4.62 ± 0.37
观察组	术前	44.77 ± 5.27	178.73 ± 16.02	86.85 ± 8.16	5.35 ± 0.34
	术后 1 个月	29.55 ± 5.01	142.70 ± 17.84	54.68 ± 6.13	2.68 ± 0.44
	术后 6 个月	44.72 ± 4.49 <sup>b</sup>	178.55 ± 13.20 <sup>b</sup>	87.36 ± 8.15 <sup>b</sup>	5.15 ± 0.59 <sup>b</sup>

与对照组同时段比较，<sup>b</sup>*P* < 0.01

### 2.5 两组患者术中不良反应发生情况比较

两组患者术中均无不良反应情况发生。

## 3 讨论

目前临床上治疗直肠癌仍然以手术治疗为主，而传统手术治疗不仅需要切除肛门，还具有局部复发率高、预后不良等缺点<sup>[5]</sup>。随着医学技术的不断进步和患者需求的提高，保留肛门、提高患者生存率已成为直肠癌手术急需突破的挑战。近年来，随着微创技术在医学上的不断推广，直肠癌的保肛治疗有了新的进展<sup>[6]</sup>。目前临床上主要采用腹腔镜 ISR 和腹

腔镜超低位前切除进行直肠癌肿切除，不仅可以保留肛门还能有效改善患者预后。

腹腔镜超低位前切除是在腔镜下使用直线切割吻合器在盆腔内完成肿瘤远端的直肠离断，该方法由于盆腔内空间有限，因此对医生的操作要求较高<sup>[6]</sup>。而腹腔镜 ISR 可通过在距离癌肿尽量远的位置实施切除术，从而实现极限保肛，同时在腹腔镜的帮助下，医生对盆腔内环境的判断和手术入路的选择更加精确<sup>[7]</sup>。

由研究结果可知，两组患者术中出血量和术后住院时间比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，观察组的手术时间

长于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ )；两组患者术后并发症总发生率比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；但观察组术后 1 年内局部复发率明显低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。这可能与腹腔镜 ISR 在保留肛门的前提下能够更大程度地切除肿瘤且是从肛门处取出癌组织，从而减少了癌组织切除不完全和医源性肿瘤种植的情况。众所周知，肛门功能的恢复是对患者术后生活质量的重要保障指标。本研究结果显示，观察组术后 6 个月的肛门功能各项指标均明显优于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ )，且各指标与术前比较，差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，这可能与腹腔镜 ISR 对患者的手术创伤更小，更利于患者尽快恢复有关。

综上所述，腹腔镜 ISR 联合回肠预防性造口治疗超低位直肠癌效果确切，可有效改善患者肛门功能且短期局部复发率低。

〔参考文献〕

(1) 刘毓妹, 姜桂春. 综合护理干预对超低位直肠癌前切除术

患者排便及排尿功能的影响评价 (J). 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(4): 651-653.  
 (2) 梁磊, 赵德明. 腹腔镜 ISR 术治疗超低位直肠癌的疗效及对肛门功能的影响 (J). 现代消化及介入诊疗, 2019, 24(9): 1031-1034.  
 (3) 艾旭, 龙舟, 马旭, 等. 腹腔镜下拉下式和双吻合器直肠超低位前切除术对直肠癌患者肛门功能及术后并发症的影响比较 (J). 实用肿瘤杂志, 2019, 34(1): 43-47.  
 (4) 中华人民共和国卫生和计划生育委员会医政医管局, 中华医学会肿瘤学分会. 中国结直肠癌诊疗规范 (2017 年版) (J). 中华外科杂志, 2018, 56(4): 241-258.  
 (5) 沈晓明, 刘如钱, 鲍传庆. 腹腔镜下全直肠系膜切除术联合经肛括约肌间切除术在超低位直肠癌保肛手术中的应用效果分析 (J). 实用临床医药杂志, 2017, 21(17): 131-132.  
 (6) 屈景辉, 贺佳蓓, 张琦, 等. 腹腔镜经括约肌间切除联合回肠预防性造口治疗超低位直肠癌的疗效观察 (J). 中国肿瘤临床, 2019, 46(3): 122-125.  
 (7) 闫瑞锋, 安海民, 赵宏升, 等. 腹腔镜治疗超低位直肠癌的研究进展 (J). 癌症进展, 2019, 17(5): 526-528.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)04-0151-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.074

# 采用口腔种植修复与常规修复治疗牙列缺失的临床有效性

张智慧

(开封市人民医院, 河南 开封 475000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨口腔种植修复与常规修复治疗牙列缺失的临床有效性。**方法:** 选择开封市人民医院 2015 年 4 月至 2018 年 10 月收治的 100 例牙列缺失患者作为研究对象, 按照治疗方法的不同分组, 常规修复组患者进行常规修复技术治疗, 口腔种植修复组进行口腔种植修复技术治疗, 比较两组的治疗效果、患者对牙齿修复的外观满意度、牙齿稳固性、语言功能, 治疗后患者咀嚼功能, 牙龈炎出血率。**结果:** 口腔种植修复组的治疗效果、咀嚼功能水平、患者对牙齿修复的外观满意度、牙齿稳固性、语言功能、牙龈炎出血率均优于常规修复组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 牙列缺失患者行口腔种植修复技术治疗效果确切, 牙齿稳固性好, 能更好地改善修复的美观度和咀嚼功能, 减少牙龈炎。

〔关键词〕 牙列缺失; 口腔种植修复; 常规修复治疗

〔中图分类号〕 R 783.6      〔文献标识码〕 B

牙列缺失是口腔科常见的口腔疾病。这将严重影响患者的牙齿功能, 影响咀嚼情况, 带来很多不便<sup>[1-2]</sup>。临床上, 牙列缺失的治疗一般主要通过口腔常规修复或者种植修复实现<sup>[3]</sup>, 本研究选择 100 例牙列缺失患者作为研究对象, 按照治疗方法的不同分组, 常规修复组患者进行常规修复技术治疗, 口腔种植修复组进行口腔种植修复技术治疗, 旨在探讨

口腔种植修复与常规修复治疗牙列缺失的临床有效性, 具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择本院 2015 年 4 月至 2018 年 10 月收治的 100 例牙

〔收稿日期〕 2020 - 12 - 08

〔作者简介〕 张智慧, 女, 主治医师, 主要研究方向是口腔医学。