



急性梗阻性左半结直肠癌治疗中应用经肛肠梗阻导管置入清洗减压的临床价值探讨

吴南平

(安化县中医医院 湖南安化 413500)

摘要：目的：探讨急性梗阻性左半结直肠癌治疗中应用经肛肠梗阻导管置入清洗减压的临床价值。方法：选取42例急性梗阻性左半结直肠癌患者，常规组：实施肠胃减压，观察组：实施经肛肠梗阻导管置入清洗减压治疗。结果：观察组患者在腹部疼痛、胀气缓解时间以及术后肛门初次排气时间方面优于常规组，差距较大，有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后，观察组患者在肠道清洁率方面比常规组有一定优势($P < 0.05$)。观察组两组治疗后不良症状发生率为4.76%低于常规组的33.33%($P < 0.05$)。结论：对急性梗阻性左半结直肠癌患者应用经肛肠梗阻导管置入清洗减压治疗，不仅可有效改善临床症状，而且预后效果理想，降低对机体二次损伤，节省医疗费用，值得大力推广应用。

关键词：经肛肠梗阻导管；急性梗阻性左半结直肠癌；清洗减压

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2017)21-089-02

近年来，我国结直肠癌的发生率逐渐递增，而结直肠癌也是导致我国死亡率升高的主要因素。大部分患者初期症状是急性肠梗阻，针对此类情况多应用手术分期治疗，但是随着医疗技术的发展，经肛肠梗阻导管置入清洗减压在临床应用率逐渐增高，可有效缓解患者腹部疼痛，降低腹部张力等临床症状，而且预后效果理想，获得医师认可[1]。因此，针对本院选择急性梗阻性左半结直肠癌患者在治疗过程中，选用经肛肠梗阻导管置入清洗减压治疗，观察其临床价值，现总结报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2016年7月至2017年8月共42例急性梗阻性左半结直肠癌患者，利用电脑抽取单双号的方式，将其划分为常规组和观察组，各组21例。

常规组，男性患者12例，女性患者9例，年龄43至86岁，平均年龄(55.3 ± 2.1)岁。肿瘤直径(3.11 ± 0.31)cm，肿瘤TNM分期：IV期6例，III期10例，II期5例。

观察组，男性患者11例，女性患者10例，年龄44至85岁，平均年龄(56.8 ± 2.32)岁。肿瘤直径(3.20 ± 0.29)cm，肿瘤TNM分期：IV期7例，III期11例，II期3例；两组患者的一般资料方面相比较，差异较小，无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 纳入标准

①通过病理确诊为急性梗阻性左半结直肠癌；②无血液传染性疾病；③无认知异常或者精神系统疾病；④患者自愿签订知情同意书；⑤非绞窄性肠梗阻。

1.3 方法

常规组：实施肠胃减压，对患者的病情和临床症状多加观察，制定手术计划，确定符合手术标准后进行手术治疗。

观察组：实施经肛肠梗阻导管置入清洗减压治疗。告知患者治疗前需禁食禁水12h，给予患者镇痛解痉相关药物。将导管插入，在X光和内镜的透视下，将导丝和支撑导管插入，再将肠梗阻减压管置入，利用造影剂观察是否摆放标准。在向球囊内注入灭菌蒸馏水，在X光下确定球囊扩张是否良好，将支撑导管和导丝拔出，与负压吸引器和接头进行接入。手术完毕后，利用导管实行冲洗引流，直到引流液清洗无粪渣即可。医务人员密切观察患者的恢复情况，当梗阻情况得到缓解后，可

饮用流食，对于无法饮食的患者可适当输入营养液，针对患者病情具体情况，实施相对应手术治疗。

1.4 观察指标

观察两组患者治疗后，腹部疼痛以及胀气的情况是否得到缓解以及术后患者初次排气时间；同时观察患者肠道清洁度，肠道出现膨胀情况，而且积粪为块状，污秽严重属于大量积粪；粪便较少，没有形成块状属于少量积粪；肠道干净，基本没有污秽视为肠道情况。密切观察两组患者在治疗过程中是否有不良情况发生。

1.5 统计学方法

采用SPSS 16.0统计软件进行数据分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用 χ^2 检验，两组计量资料组间对比采用t检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者基本治疗效果

观察组患者在腹部疼痛、胀气缓解时间以及术后肛门初次排气时间方面优于常规组，两组相比，差异显著，有统计学意义($P < 0.05$)。见表1

表1 对比两组患者基本治疗效果($\bar{x} \pm s, d$)

小组	例数	腹部疼痛、胀气缓解时间	术后肛门初次排气时间
常规组	21	61.45 $\pm$ 3.42	6.11 $\pm$ 0.43
观察组	2	42.55 $\pm$ 3.04	3.25 $\pm$ 0.38

2.2 对比两组患者肠道清洁度情况

治疗后，观察组患者在肠道清洁率方面比常规组有一定优势，两组相比，差距较大，有统计学意义($P < 0.05$)。见表2

表2 对比两组患者肠道清洁度情况(n, %)

小组	例数	大量积粪	少量积粪	肠道清洁
常规组	21	8(38.10)	10(47.62)	3(14.29)
观察组	21	3(14.28)	6(28.57)	12(57.14)

2.3 对比两组患者治疗后不良症状发生情况

观察组两组治疗后不良症状发生率为4.76%低于常规组的33.33%，两组进行比较，差距较大，有统计学意义($P < 0.05$)。见表3



•临床研究•

表3 对比两组患者治疗后不良症状发生情况 (n, %)

小组	例数	切口感染	造口周围 发炎	腹腔脓肿	总发生 率
常规组	21	3 (14.28)	3 (14.28)	1 (4.76)	33.33
观察组	21	1 (4.76)	0 (0)	0 (0)	4.76

3 讨论

多数结肠癌患者在就诊时, 初期症状就是急性梗阻, 针对此类情况对实施外科急诊处理[2]。因为机械性肠梗阻的影响, 很多患者会出现不同程度的贫血、水电解质紊乱、低蛋白血症或者感染等一系列疾病, 使肠壁水肿而无法实施肠道准备, 近远端肠管直肠存在一定差距, 更加降低了肠管吻合成功率以及增加了根治性手术难度。即使在手术过程中实行结肠灌注洗后一期进行结肠肠切除吻合, 术后极易出现感染以及吻合口漏等情况[3]。

在临床中, 急性梗阻性左半结肠癌患者预后效果不理想是治疗中难点, 因为此疾病较为特殊, 因为回盲瓣会导致闭袢性或者机械性的低位肠梗阻, 从而诱发结肠穿孔或者坏死的情况; 结肠内细菌较多, 结肠膜屏障受到损伤之后会出现菌群紊乱的情况, 进而引发感染、败血症等; 一般此疾病发生率较高的人群为中老年人, 此类人群存在很多基础病, 当肠梗阻发生后, 会导致其他病情出现恶化的情况, 从而导致患者死亡或者诱发并发症。

治疗急性梗阻性左半结肠癌很多较多, 较为传统的方法就是实施结肠灌注联合根治性切除吻合, 但是此方法弊端就是需实施二期手术, 不仅增加医疗费用, 更对其心理产生一定影响。而且一期术后患者易出现局部水肿的情况, 增加淋巴清扫难度, 导致根治性手术受限。

经肛肠梗阻导管置入清洗减压治疗时, 通过减压治疗可有效降低患者腹部围度, 降低腹部张力, 但是在导管减压引流量前2天冲洗量

超过引流量, 在第3天, 引流量明显递增, 并保持在300-800ml/d, 这可能与前2天大便比较干燥, 肠道冲洗大便稀释, 后期因为肠腔压力减少, 肠壁水肿也出现消退的情况, 大部分水被肠道吸收, 水化的大便顺着引流管排出。相关报道研究得出: 减压成功后, 服用石蜡油利于大便引流, 但是有报道称: 石蜡油会导致大便凝集, 因为石蜡油有疏水性, 从而影响了冲洗引流效果, 建议不应用[4]。减压时间上, 一般7天左右即可, 但是也存在10天左右患者的肠管仍存在水肿的情况, 所以为提升安全性, 可增大切除范围。减压时间可根据梗阻情况而定, 患者清洗引流通畅并且没有粪渣后的4-5天为宜[5]。

综上所述: 对急性梗阻性左半结肠癌患者应用经肛肠梗阻导管置入清洗减压治疗, 不仅可有效改善临床症状, 而且预后效果理想, 降低对机体二次损伤, 节省医疗费用, 值得大力推广应用。

参考文献:

- [1] 张宇光, 周晓初, 陈洁生, 等. 左半结肠癌合并急性肠梗阻一期切除吻合器端侧吻合的临床分析[J]. 实用癌症杂志, 2013, 28(4): 360-361.
- [2] 蒋邦好, 梁伟雄, 谢志荣, 等. 肠梗阻导管减压后一期手术救治梗阻性左半结肠癌[J]. 中国现代医药杂志, 2011, 13(4): 15-16.
- [3] 姚宏伟, 傅卫, 袁炯, 等. 经肛肠梗阻导管治疗急性左半结肠恶性梗阻性疾病的临床研究[J]. 中国微创外科杂志, 2006, 6(12): 941-943.
- [4] 朴大勋, 朱安龙, 姜洪池, 等. 左半结肠癌致急性肠梗阻的急诊治疗策略[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(8): 640-641.
- [5] 王振军, 马华崇. 结肠癌合并急性肠梗阻的外科处理策略[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(7): 455-457.

(上接第88页)

心脏疾病的末期或极为严重的阶段, 发病率极高, 为对患者生命安全有着严重威胁的疾病之一, 通过对该疾病的研究, 发现, 该疾病的产生与患者的心脏结构病变和功能病变有着一定程度的联系, 发病机制主要为心肌死亡和神经内分泌系统过度激活; 当患者出血这两种病症时, 应提前对心力衰竭症状进行预防, 提高患者的生存质量和生存率[4]。

临床上, 针对该疾病的治疗多为强心、利尿剂、扩血管药等常规西药治疗, 治疗效果不甚理想, 随着我国中医学的发展, 该疾病在中医学上属于“喘证”、“水肿”、“胸痹”、“心悸”等范畴, 中医学上认为该疾病的产生与气血不足、饮食失调、脏腑内伤有着密切的联系, 治疗主要为扶正通阳、益气养血; 基础药方为麦门冬、五味子、人参; 针对气虚血瘀型患者, 加用生黄芪、茯苓、丹参、泽兰、当归、炙甘草、三七粉、珍珠粉; 针对阳虚水泛型患者, 加用生龙骨、生牡蛎、茯苓、桑白皮、北五加皮、桂枝; 这些药物混合在一起制成药剂, 对患者的治疗效果显著, 能够有效的改善6min步行距离、左心室射血分数、血浆脑钠肽水平, 提高患者的生活质量和满意度, 因此, 中医

辨证康复治疗值得优先选用[5]。

综上所述, 中医辨证康复治疗慢性心力衰竭的应用效果显著, 症状和生活质量得到改善, 提高了治疗效果和满意度, 中医辨证康复治疗值得慢性心力衰竭患者应用。

参考文献:

- [1] 王彩云. 慢性心力衰竭中医辨证施护效果分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(14): 112-113.
- [2] 关鸿项, 王璐, 毕明微. 探讨中医辨证康复治疗慢性心力衰竭的临床观察[J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(8): 89-90.
- [3] 殷守华. 慢性心衰的中医病机分析及临床辨证治疗探究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(40): 8070-8071.
- [4] 孟媛, 毛秉豫, 韦汉文. 西医辨病与中医辨证相结合的慢性心衰辨证论治[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(6): 474-477.
- [5] 刘镇, 古春花, 雷健, 等. 慢性心力衰竭患者红细胞体积分布宽度、心力衰竭计分及中医辨证的相关性研究[J]. 中医学报, 2015, 30(10): 1485-1487.