



• 临床研究 •

Hartmann 术与回肠袢式造口术对老年梗阻性结肠癌的治疗效果比较

田仁武 彭 辉 彭万达 (湖南省湘西土家族苗族自治州民族中医院普通外科 湖南湘西 416000)

摘要: **目的** 比较 Hartmann 术与回肠袢式造口术对老年梗阻性结肠癌的治疗效果; **方法** 将 78 例老年梗阻性结肠癌患者运用随机数字表法分为甲组和乙组, 每组各 39 例, 对于甲组患者采取 Hartmann 术的方法治疗, 对于乙组患者行回肠袢式造口术, 比较两组患者的 I、II 期的手术时间、手术情况和术后并发症发生率; **结果** 甲乙两组患者在进行 I 期手术后, 手术时间和术后并发症发生率的差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 乙组患者的首次排气时间明显短于甲组患者, 其差异有统计学意义 ($P < 0.05$); II 期手术后, 两组手术患者的手术时间对比, 其差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 乙组患者的首次排气时间明显短于甲组患者, 其差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 且乙组患者的手术后并发症的发生率明显低于甲组患者, 其差异有统计学意义 ($P < 0.05$); **结论** 对于老年梗阻性结肠癌的患者, Hartmann 术和回肠袢式造口术这两种手术的临床疗效相差不大, 但回肠袢式造口术的方式在术后的肠道功能恢复较快, 且并发症的发生率较低。

关键词: Hartmann 术 回肠袢式造口术 梗阻性结肠癌 疗效

中图分类号: R735.35 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 06-150-02

结肠癌是一种消化道肿瘤, 老年人的发病率较高, 主要发生于直肠与乙状结肠的交汇点, 其治疗方式采取以手术治疗为主, 化疗等相关治疗为辅的综合治疗方式^[1]。肠梗阻是结肠癌患者最常见的并发症, 当结肠癌的患者发生肠梗阻后, 应及早进行手术^[2]。相比右半结肠, 乙状结肠内粪便稠积较多, 相应的细菌数目也会增多, 且肠壁血运较差, 进行 I 期手术可能会使吻合口瘘的发生率增加, 故临床上大多采用 I 期肿瘤切除造口, II 期造口闭合的方法^[3]。笔者对 Hartmann 术和回肠袢式造口术这两种手术方式进行了比较, 现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

将在我院 2014 年 6 月—2015 年 8 月的 78 例梗阻性结肠癌患者随机分为实验组和对照组, 分别为 39 例, 其中试验组患者男 25 例, 女 14 例, 年龄在 51~68 岁, 平均年龄 (56.4 ± 3.8) 岁; 对照组患者男 23 例, 女 16 例, 年龄在 49~69 岁, 平均年龄 (57.1 ± 4.5) 岁。两组患者在一般情况的差异不具有统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法

对甲组采用 Hartmann 术的手术方式: I 期给予患者切除肿瘤, 将直肠或者远端结肠关闭, 并在左下腹对近端结肠行单腔造口术, 术后嘱患者禁食, 并且给予患者胃肠减压、场内营养等对症支持治疗, 注意患者的术后排气时间, 3 个月后检查患者的肠道功能恢复情况, 即可进行 II 期手术闭合造口;

对乙组患者行回肠袢式造口术: I 期切除肿瘤, 在术中时就给予患者全结肠灌肠, 实施降结肠直肠吻合, 并进行回肠袢式造口术, 在术后与甲组同样处理, 3 个月后再行 II 期回肠造口闭合术。

1.3 观察指标

观察两组患者在 I 期、II 期手术的手术时间、手术后首次排气的时间以及并发症的发生率。

1.4 统计学分析

对收集到的数据根据 SPSS18.0 软件进行统计学分析, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间一般资料均数比较采用两独立样本 t 检验, 两组间两期手术的术后并发症发生率的比较采用卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的两期手术时间的对比:

甲组患者进行 I 期手术的手术时间为 (2.8 ± 0.3) 小时, II 期手术的手术时间为 (2.9 ± 0.4) 小时; 乙组患者进行 I 期手术的手术时间为 (2.7 ± 0.2) 小时, II 期手术的手术时间为 (1.4 ± 0.5) 小时。I 期手术时两组患者的手术时间的差异无统计学意义 ($P > 0.05$), II 期手术时乙组患者的手术时间明显要少于甲组的患者, 其差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 1、2。

2.2 两组患者的两期手术后的首次排气时间的对比:

甲组患者进行 I 期手术后的首次排气时间为 (4.2 ± 0.6) 小时,

II 期手术后的首次排气时间为 (4.8 ± 0.3) 小时; 乙组患者进行 I 期手术后的首次排气时间为 (2.8 ± 0.4) 小时, II 期手术后的首次排气时间为 (3.1 ± 0.2) 小时。I 期、II 期两期手术后乙组患者的术后首次排气时间都要明显要少于甲组患者, 其差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 1、2。

2.3 两组患者的两期手术后并发症发生率的比较:

甲组患者进行 I 期手术后并发症发生率为 5.1% (2 例), II 期手术后并发症发生率为 2.6% (1 例); 乙组患者进行 I 期手术后并发症发生率为 7.7% (3 例), II 期手术后并发症发生率为 5.1% (2 例)。两组患者在 I 期、II 期两期手术的术后并发症发生率的差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 如表 1、2。

表 1: 两组患者 I 期手术的术中术后的比较

组别	例数	手术时间 (h)	术后首次排气时间 (h)	术后并发症发生率 (%)
甲组	39	2.8 ± 0.3	4.2 ± 0.6	5.1
乙组	39	2.7 ± 0.2	2.8 ± 0.4	7.7
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05

表 2: 两组患者 II 期手术的术中术后的比较

组别	例数	手术时间 (h)	术后首次排气时间 (h)	术后并发症发生率 (%)
甲组	39	2.9 ± 0.4	4.8 ± 0.3	2.6
乙组	39	1.4 ± 0.5	3.1 ± 0.2	5.1
P		< 0.05	< 0.05	> 0.05

3 讨论

肠梗阻的早期表现为腹胀和消化不良, 结肠癌患者出现肠梗阻后, 除了要治疗肠梗阻的症状外还要对肿瘤进行切除, 结肠癌按其部分为左结肠癌和右结肠癌两种, 其中左半结肠癌发生的梗阻多为慢性过程, 但病情加重比较快, 短时间内出现近端结肠扩张和水肿, 引发肠破裂和穿孔, 从而导致肠段的污染, 因此治疗时要根据患者的实际情况进行分期手术, 在临床我们一般采用 I 期肿瘤切除造口, II 期造口闭合的分期手术方法^[4]。现在较常用的手术方法包括 Hartmann 术与回肠袢式造口术, 两者的区别在于: Hartmann 术为治疗梗阻性结肠癌传统手术方式, 通常是在结肠造口, 而回肠袢式造口术则是回肠端造口^[5], 在学术上, 对于手术方式的选择也没有统一的标准, 以上实验就两种手术方式进行了系统的比较: 在 I 期手术时, Hartmann 术的手术时间 (2.8 ± 0.3) 小时与回肠袢式造口术的手术时间 (2.7 ± 0.2) 小时相差不大; Hartmann 术的手术后首次排气时间 (4.2 ± 0.6) 小时要明显长于回肠袢式造口术的手术时间 (2.8 ± 0.4) 小时; Hartmann 术的术后并发症的发生率 (5.1%、2 例) 与回肠袢式造口术的术后并发症的发生率 (7.7%、3 例) 相差不大; 在 II 期手术时, Hartmann 术的手术时间 (2.9 ± 0.4) 小时要明显多于回肠袢式造口术的手术时间 (1.4 ± 0.5) 小时; Hartmann 术的手术后首次排气时间 (4.8 ± 0.3) 小时要明显长于回肠袢式造口术的手术时间 (3.1 ± 0.2) 小时; (下转第 152 页)



时间少于对照组, $P < 0.05$, 有统计学意义。两组均无不良并发症发生。见表 3。

表 1: 两组患者的止血情况比较

组别	例数	12h	24h	48h
对照组	35	18 (51.43)	22 (62.86)	26 (74.29)
观察组	35	27 (77.14)	29 (82.86)	34 (97.14)
χ^2		5.213	5.142	5.156
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2: 两组患者的临床疗效比较

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率
对照组	35	6 (17.14)	13 (37.14)	16 (45.71)	82.86%
观察组	35	1 (2.86)	9 (25.71)	25 (71.43)	97.14%
χ^2					5.245
P					< 0.05

表 3: 两组患者临床症状比较

组别	引流管 变清 (h)	大便潜血 转阴 (d)	呕血 消失 (d)	肠鸣音 恢复正常	住院 时间 (d)
对照组	28.59 ± 7.49	7.48 ± 0.67	4.19 ± 0.71	4.89 ± 0.95	14.56 ± 1.97
观察组	24.29 ± 6.12	4.33 ± 0.43	2.57 ± 0.51	2.23 ± 0.65	9.83 ± 1.65
t	4.185	8.234	10.142	12.347	10.512
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 并发症发生情况

对照组和观察组在治疗时间内无并发症情况出现, 在手术后均恢复良好。

3 讨论

非静脉曲张性出血, 常见病因为消化性溃疡、上消化道肿瘤、急性慢性上消化道黏膜炎症等, 近年来由于长期口服非甾体抗炎药或抗血小板聚集药我引进的上消化道出血也成为重要病因。对比度随着经济的发展, 人们的生活水平逐渐提高, 饮食习惯也在发生改变, 上消化道出血的发病率上升^[4]。如果救治不及时或治疗不科学会导致生命危险, 属于一种危急病症^[5]。内镜作为一种新兴的先进的医疗技术, 具有损伤小、操作简单方便、费用低的优势, 在上消化道出血治疗中效果明显^[6]。针对非静脉曲张上消化道的患者及时开展病情的评估, 选择急诊无痛胃镜的时机, 对于低危的患者, 及时开展急诊无痛胃镜下金属钛夹联合早期 PPI 大剂量治疗。本文选取了 70 例非静脉曲张

性上消化道出血住院患者进行分析发现, 经治疗, 观察组的三个时段的止血率都明显高于对照组, $P < 0.05$, 有统计学意义。观察组治疗的总有效率为 97.14%, 对照组的总有效率为 82.86%, $P < 0.05$, 有统计学意义。两者患者的临床症状比较, 观察组的症状改善情况明显优于对照组, 且住院时间少于对照组, $P < 0.05$, 有统计学意义。两组均无不良并发症发生。

综上所述, 急诊无痛内镜下金属钛夹联合早期 PPI 大剂量治疗急性非静脉曲张上消化道出血的效果比较具有明显的临床效果, 止血效果好、症状改善明显, 安全性能高, 值得临床推广。

参考文献

- [1] Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality[J]. Digestion, 2011, 84(2): 102-113.
- [2] 上消化道内镜学 / 许国铭, 李兆申主编, - 上海: 上海科学技术出版社, 2003.11:98
- [3] 王海燕, 顿晓熠, 柏愚, 等. 中国上消化道出血的 I 类床流行病沈永祥, 陈军贤. 内镜下金属钛夹治疗上消化道出血的效果比较[J]. 中国医药导报, 2014, 11(9):51-53.
- [4] Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality[J]. Digestion, 2011, 84(2):102-113.
- [5] 赖日辉, 刘锐. 内镜下不同方法治疗非静脉曲张性上消化道出血的效果比较[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(12):2797-2798.
- [6] 樊红, 冯彦虎, 张德奎等. 内镜下金属钛夹与注射肾上腺素治疗非静脉曲张性上消化道出血的疗效及安全性[J]. 临床荟萃, 2013, 28(2):208-209.
- [7] 张东伟, 许树长, 王志荣等. 内镜下金属钛夹与注射止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2013, 27(9):931-932.
- [8] 梁万金, 黎昌群. 内镜下金属钛夹联合止血治疗上消化道出血的临床分析[J]. 局解手术学杂志, 2011, 20(2):183-184.
- [9] 喻德林, 胡希亚. 内镜下金属钛夹与喷洒药物治疗上消化道出血的对照观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 20(6):673-675.

(上接第 149 页)

肝硬化腹水的有效性及其安全性。

综上所述, 应用恩替卡韦与前列地尔联合治疗乙型肝炎肝硬化腹水具有理想效果, 值得推广。

参考文献

- [1] 毛海鹰, 康涛, 邱邦东等. 乙型肝炎肝硬化失代偿期应用恩替卡韦并发乳酸酸中毒 1 例[J]. 中国医院药学杂志, 2013, 33(15):1297-1298.
- [2] 吴建军, 蔡卫华, 汤卫国等. 前列地尔预处理对移植肝 TNF- α 和细胞凋亡的影响[J]. 肝胆外科杂志, 2012, 20(6):468-469.

(上接第 150 页)

Hartmann 术的术后并发症的发生率 (2.6%、1 例) 与回肠祥式造口术的术后并发症的发生率 (5.1%、2 例) 相差不大。总之, 对于老年梗阻性结肠癌的患者, Hartmann 术和回肠祥式造口术这两种手术的临床疗效相差不大, 但回肠祥式造口术的方式在术后的肠道功能恢复较快, 且并发症的发生率较低。

参考文献

- [1] 穆炳革. Hartmann 术与回肠祥式造口术治疗老年梗阻性直乙状结肠癌的疗效及安全性探讨[J]. 重庆医学, 2014, (23): 3067-3069.

[3] 陈晓春, 李宁, 朱坚胜等. 前列地尔注射液辅助治疗对重型肝炎合并肝肾综合征患者血清 TNF- α 、 β 2-MG 及 sIL-2R 的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36(6):73-75.

[4] 任辉, 马雪梅, 于德磊等. 恩替卡韦治疗失代偿期乙型肝炎肝硬化病人的长期疗效观察[J]. 药学服务与研究, 2014, 14(6):443-446.

[5] 李海军, 郭志梅, 杨新英等. 前列地尔治疗乙型肝炎肝硬化合并肝性胸水患者的效果观察[J]. 国际流行病学传染病学杂志, 2016, 43(5):300-304.

[6] 赵得良. 猪苓汤加减联合恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化腹水 40 例临床研究[J]. 饮食保健, 2016, 3(22):56-57.

[2] 庄彪, 倪熊, 瞿惠龙, 等. 高龄结肠癌并发急性肠梗阻的外科治疗体会[J]. 上海医学, 2012.35 (11): 973-974

[3] 林锡汉, 庄丹, 袁炜嗣, 等. 术中结肠灌洗与常规手术在梗阻性左半结肠癌 I 期吻合中应用的比较[J]. 广东医学, 2012.33 (10): 1458-1459

[4] 邓殿忠. 两种手术治疗方法在老年梗阻性直乙状结肠癌患者中的疗效比较[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(6):58-59.

[5] Bhatta A, Peacock O, Tierney GM, Tou S, Hurst NG, Speake WJ, Williams JP, Lund JN. Day-case closure of ileostomy: feasible, safe and efficient. Colorectal Disease. 2015.17(9):820-823