

完整结肠系膜切除术治疗乙状结肠癌伴肠梗阻的临床疗效分析

杨鹏飞

湘西自治州人民医院普外一科 416000

【摘要】目的 对乙状结肠癌伴肠梗阻应用完整结肠系膜切除治疗的效果进行观察。**方法** 选取2015年1月到2016年1月本院64例乙状结肠癌伴肠梗阻患者,随机分为观察组与对照组,各32例,对照组用传统乙状结肠癌切除术治疗,观察组用完整结肠系膜切除术治疗,对比两组治疗效果。**结果** 在淋巴结清扫总数及切除肠管长度方面对比,观察组均高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 术后1年、3年生存率对比,观察组分别为84.38%、65.23%,均明显高于对照组的59.38%、40.63%,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。**结论** 对乙状结肠癌伴肠梗阻患者应用完整结肠系膜切除术治疗,淋巴结清扫更彻底,延长了患者生存时间,值得推广应用。

【关键词】 乙状结肠癌; 肠梗阻; 完整结肠系膜切除术; 生存

【中图分类号】 R735.35

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 06-073-02

临床恶性肿瘤疾病中,乙状结肠癌比较常见,此类肿瘤患者容易伴发肠梗阻,有报道显示,乙状结肠癌患者中,85%左右的患者均存在肠梗阻情况^[1]。当前,手术治疗是该病主要治疗方法,通过手术对病变肠管进行切除,解除梗阻。本次研究针对本院64例乙状结肠癌伴肠梗阻患者进行研究,对完整结肠系膜切除术治疗的效果进行观察,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

选取2015年1月到2016年1月本院64例乙状结肠癌伴肠梗阻患者,随机分为观察组与对照组,各32例。对照组男17例,女15例,年龄27~76岁,平均年龄(63.3±11.8)岁;肿瘤分化21例、未分化11例,Lukes分期:B期7例、C期19例、D期6例。观察组男18,女14例,年龄26~75岁,平均年龄(63.7±10.9)岁;肿瘤分化22例,未分化10例;Lukes分期:B期6例,C期20例,D期6例。所有入选患者均符合乙状结肠癌临床诊断标准^[2],且伴有不同程度肠梗阻表现,临床资料完整,具备手术指征;本次研究经本院伦理委员会批准,患者及家属均知情,且自愿参与;排除严重脏器功能障碍者、哺乳期及妊娠期女性、不配合此次研究者。一般资料对比,两组无明显差异, $P > 0.05$,有可比性。

1.2 方法

对照组:根据传统的乙状结肠癌进行治疗,手术之前要进行全面检查,进行分析,确认手术的安全和可行,做常规术前准备,取截石位,进行全身麻醉之后对气管进行插管之后进行手术治疗。在进行治疗的时候从肿瘤近端6~8cm与远端4~5cm的地方做切口,将乙状结肠肠管切除,根据乙状结肠后方Toldt间隙实施锐性分离解剖,直到结肠边缘3~5cm,连同结肠系膜,肠管等一起切除,切除之后进行结肠造口处理。

观察组:根据完整结肠系膜切除术进行手术,手术准备方法和对照组一样。在进入腹腔之后,从肿瘤的边缘周围肠管10cm左右,远端4~5cm左右实施乙状结肠细带结扎处理,之后从肿瘤存在的腹腔里把30mg的5-Fu注入,根据乙状结肠后面Toldt间隙进行锐性解剖,把脏层腹膜以及壁层腹膜进行分离,需要对脏层腹膜的完整保存,把肠系膜下动静脉充分暴露,在左结肠的动静脉汇入肠系膜下面的动静脉之前,需要使用肠系膜下动静脉结扎术,使得左结肠动静脉能够很好地保存,之后将肠管持续有力,随着Toldt的空间向下进行,在进行到直肠前空间和骶前方的空间,把直肠前段和直肠系膜进行全部切除手术,然后把淋巴结全面清扫,在手术之后进行降结肠造口。

1.3 观察指标

对两组患者淋巴结清扫综述、切除肠管长度等指标进行对比;术后1年、3年对两组患者生存率进行对比。

1.4 统计学方法

采用SPSS19.0统计软件处理数据,计数资料采用 χ^2 检验,用百分比表示,计量资料用t检验,用均数标准差表示, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组相关指标对比

在淋巴结清扫总数及切除肠管长度方面对比,观察组均高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$,见表1:

表1: 两组淋巴结清扫总数及切除肠管长度

组别	淋巴结清扫总数/枚	切除肠管长度/mm
观察组 (n=32)	20.41±5.58	257.04±28.64
对照组 (n=32)	9.34±3.62	156.94±13.56
t	5.032	6.824
P	< 0.05	< 0.05

2.2 两组术后随访情况对比

术后1年、3年,对照组中生存率均低于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$,见表2:

表2: 两组术后1、3年生存情况对比 [n(%)]

组别	术后1年	术后3年
观察组 (n=32)	27 (84.38%)	21 (65.23%)
对照组 (n=32)	19 (59.38%)	13 (40.63%)
χ^2	6.692	6.574
P	< 0.05	< 0.05

3 讨论

乙状结肠癌容易伴发肠梗阻,这个病症有其特殊性,治疗难度也比较大,而治疗的情况和方法也一直备受重视和探索。目前,梗阻能不能对乙状结肠预后产生影响的问题一直没有得到解决^[3]。无论是国内还是国外都没有足够的临床病例探索。手术治疗对于乙状结肠伴肠梗阻的治疗是经常使用的方法,而传统的手术方法对于患者的长期生存效果并不能满足,切除肠管的长度比较少,清扫的淋巴结的数量不多,所以要寻找更加有效的方法。

完整结肠系膜切除术作为比较科学标准的手术方法临床应用很多,大部分探索证明这种方法可以使治疗效果更有效,在提高预后的前提下要注意的是:首先,对于脏层和壁层筋膜进行锐性分离,对于不同部位结肠癌进行不一样的锐性分离;其次,清扫淋巴结尽可能全面,乙状结肠癌淋巴结随着乙状结肠动脉进行移动,所以需要在肠系膜下方的动脉进行中央结扎术,这样可以得到最有效的淋巴结彻底清扫^[4-5];最后,对于中央血管的结扎需要关注,高位结扎是为了使淋巴结能够被清扫,如果没有进行高位结扎,就很难判定清扫的是否为系膜根部淋巴结,中间淋巴结,也不能证明应该使用D2还是D3手术,而本次研究中,因样本量相对较少,随访时间也不到五年,研究结果可能存在偏差,后续还需加大样本量、延长随访时间进行深入研究。从本组研究结果来看,观察组患者应用完整结肠系膜切除术治疗,在淋巴结清扫总数及切除肠管长度方面对比,观察组均高于对照组 ($P < 0.05$),提示完整结肠系膜切除术可病变肠管可有效切除,淋巴结清扫更彻底;术后1年、3年随访显示,观察组生存率分别为84.38%、65.23%,均高于对照组的59.38%、40.63%,差异显著 (P

(下转第76页)

对于病情较轻的患者停药,对于病情较重的患者进行相对应治疗, 保证儿童机体健康。

表 2: 药品类型超声说明书情况 (n, %)

药品类型	药品名称	药品类型超声说明书			
		个数	剂量	年龄	无儿童用药信息
β-内酰胺类与抑制剂	头孢硫脒	9 (13.85)	1 (11.11)		
	氟氯西林钠	9 (13.85)			9 (13.85)
	头孢唑林钠	8 (12.31)	8 (100)		
	头孢替安	8 (12.31)	8 (100)		
	头孢曲松钠	20 (30.77)		5 (25)	
	头孢呋辛钠	1 (1.54)			
	阿莫西林	1 (1.54)			
	舒巴坦钠	12 (18.46)	12 (100)		
头霉素类	头孢美唑钠	9 (13.85)			
	头孢西丁钠	2 (3.08)			
大黄内脂类	阿奇霉素	6 (9.23)			6 (100)
抗真菌类	两性霉素 B 脂质体	3 (4.62)	3 (100)		
碳青霉烯	美罗培南	1 (1.54)	1 (100)		

参考文献

[1] 赵瑞玲, 张冠东, 张丽锋, 等. 山西省儿童医院严重药品不良反应 / 事件报告分析 [J]. 中国药房, 2016, 72(2):197-199.

[2] 陆少娟. 分析哌拉西林舒巴坦联合利福霉素治疗小儿大叶性肺炎临床疗效 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2015, 2(10):1972-1972.

[3] 张伶俐, 李幼平, 曾力楠, 等. 15 国超说明书用药政策的循证评价 [J]. 中国循证医学杂志, 2012, 12(4):426-435.

[4] 朱庆龄, 杨声坪, 叶新华, 等. 阿奇霉素与红霉素治疗小儿支原体肺炎的系统评价 [J]. 儿科药学杂志, 2013, 19(11):10-15.

[5] 仪吉, 金有豫, 陈永红, 等. 中国国家处方集 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2013:63-625

(上接第 72 页)

采用氨氯地平阿托伐他汀钙片进行治疗的为 B 组, 结果发现在治疗总有效率方面的比较, A 组患者为 83.72%, B 组患者为 95.35%, B 组明显高于 A 组 ($P<0.05$); 在高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、总胆固醇、三酰甘油等临床指标方面的比较, B 组患者均明显优于 A 组患者 ($P<0.05$), 与大多数学者的研究结果相符^[5]。于是可以得出结论, 在治疗高血压合并冠心病患者时应用氨氯地平阿托伐他汀钙片有较好的临床效果, 患者的相关临床指标改善明显, 所以值得推广应用。

参考文献

[1] 高海春. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的疗效观察 [J]. 中外女性健康研究, 2019(12):46+51.

[2] 王玉清. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的疗效观察 [J]. 名医, 2019(05):254.

[3] 季凤兰. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(12):91-92.

[4] 李晚云. 应用氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察 [J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(06):92-93.

[5] 杨文多, 夏冰. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的疗效观察 [J]. 首都食品与医药, 2019, 26(05):73.

(上接第 73 页)

<0.05), 提示完整结肠系膜切除术治疗乙状结肠癌伴肠梗阻, 患者生存时间明显延长。

综上所述, 和传统手术比起来, 完整结肠系膜切除术治疗效果更好, 术后患者生存时间更长, 值得推广应用。

参考文献

[1] 伊西明. 完整结肠系膜切除术治疗结肠癌临床研究分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(A1):96.

[2] 王亚军. 用腹腔镜下完整结肠系膜切除术治疗结肠癌的效果探析 [J]. 当代医药论丛, 2018, 16(23):99-100.

[3] 孙贺, 孟刚, 王小明, 邢宝成. 完整结肠系膜切除在结肠癌手术治疗中的应用 [J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9(22):59-60.

[4] 夏建权. 探讨完整结肠系膜切除术与传统根治术治疗结肠癌的临床疗效 [J]. 中国医药指南, 2018, 16(32):73-74.

[5] 李琰. 腹腔镜完整结肠系膜切除术治疗结肠癌的效果观察 [J]. 河南医学研究, 2018, 27(20):3758-3759.

(上接第 74 页)

一种是采用常用药物进行治疗, 尽管也有一定的成效, 但因受多种因素的制约, 并没有获得理想的疗效, 因此亟需寻求一种有效的治疗方式, 本文在常规治疗的基础上增加了替普瑞酮对患者进行治疗。

替普瑞酮属于对胃肠粘膜起保护作用的一种新型的萜烯类的药剂, 具有较强的抗溃疡的功效。患者在服用药物之后, 其胃黏膜会通过药物的作用对其起到相应的保护作用, 可以达到较大程度提升胃粘液内的重碳酸盐含量的目的。而且合理使用该药还可使患者胃粘膜中合成前列腺生物的能力显著提高, 在改善其胃黏膜的流血情况只发挥着重要的促进作用。

本文通过研究得出, 观察组慢性萎缩性胃炎患者的治疗总有效率、幽门螺杆菌的转阴率、治疗后复发率和对照组患者相比, 改善情况都比较明显, 且两组对比差异体现出一定的统计学意义 (P

<0.05), 也是消化内科常规治疗慢性萎缩性胃炎患者时结合替普瑞酮进行治疗的有效性的重要体现。

综上所述, 消化内科常规治疗配合替普瑞酮对慢性萎缩性胃炎进行治疗获得的治疗效果较好, 在临床治疗中推广和应用的價值较大。

参考文献

[1] 钱额莫胡. 慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗分析 [J]. 世界最新医学信息文摘 (电子版), 2017(90):156.

[2] 刘华裕. 慢性萎缩性胃炎患者的消化内科临床治疗方法研究 [J]. 心电图杂志 (电子版), 2018(03):79.

[3] 张淑霞. 慢性萎缩性胃炎患者的临床治疗研究 [J]. 当代医学, 2017(01):107-108.

[4] 韩东赫. 慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗分析 [J]. 临床医药文献杂志 (电子版), 2017(47):9196.