

# 完整结肠系膜切除手术医治结肠癌的近期和远期临床的效果评价

徐 佟 温新元

1 山东省济宁医学院临床学院 山东济宁 272000 2 济宁医学院附属医院 山东济宁 272000

**〔摘要〕** 目的 探究对结肠癌患者实施完整结肠系膜切除手术医治的效果和价值。方法 此研究抽取我院 2017 年 8 月至 2019 年 9 月内 46 例结肠癌患者并随机分组，其中对照组 21 例接受传统根治术，观察组 25 例实施完整结肠系膜切除手术；观察治疗效果。结果 术后并发症发生率：观察组仅为 4.0%，对照组高达 28.5%，两组数据对比， $P < 0.05$ 。经手术治疗后观察组患者术中出血量少，术后各指标用时较短，CRP、TNF- $\alpha$  炎症因子各指标水平较对照组低，两组数据对比， $P < 0.05$ 。结论 完整结肠系膜切除手术医治结肠癌效果显著，可减少患者术中出血量，降低并发症的同时改善患者预后。

**〔关键词〕** 结肠癌；完整结肠系膜切除手术；并发症；术中出血量；炎症因子

**〔中图分类号〕** R735.35 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2022) 01-055-02

结肠癌属于消化系统常见且典型的恶性肿瘤，现阶段临床治疗该病以外科手术为主；传统根治术对患者造成的损伤较大，因此临床推广受限。完整结肠系膜切除术于 2009 年出现并被临床使用<sup>[1]</sup>。研究指出，该术式的诞生和应用，可作为现阶段临床治疗结肠癌疾病的标准手术。为探究对结肠癌患者实施完整结肠系膜切除手术医治的效果和价值，特此研究。

## 1 资料和方法

### 1.1 临床资料

此研究抽取我院 2017 年 8 月至 2019 年 9 月内 46 例结肠癌患者并随机分组，其中对照组 (21 例)：男、女为 10、11 例；年龄 53-85 (69.56 $\pm$ 5.33) 岁。观察组 (25 例)；男、女为 14、11 例；年龄 53-86 (69.69 $\pm$ 5.85) 岁。此研究所选患者均为我院确诊治疗的结肠癌患者，且手术由同一医疗团队进行。分析两组患者一般资料数据对比无显著差异， $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

对照组：传统根治术：气管插管，全身麻醉，消毒术区，铺巾。调整患者取仰卧位，根据肿瘤部位行根治术，肿瘤周围肠管远近端用纱布扎紧，避免癌细胞扩散，后清扫淋巴结，切除结肠。

观察组：完整结肠系膜切除术：气管插管，全身麻醉，调整患者取仰卧位，脐下穿刺建气腹；大体肿瘤这以中间入路，锐性分离壁层和脏层腹膜，后在肠系膜血管根部作结扎，清除淋巴结。切除右半结肠癌时，从肠系膜根部入手，去除结缔组织，沿间隙分离肠系膜、静脉和动脉，右半结肠整块

切除。切除行左半结肠癌时，结肠脾曲游离，分开横结肠与大网膜等组织，分离输尿管、生殖血管。上述操作完成后切除左半结肠系膜，操作完成后取出标本，腹腔常规冲洗置管引流，关闭腹腔。

### 1.3 观察指标

两组患者临床指标用时：主要观察术中出血量、术后肛门排气、拔管以及住院时间。

两组术后并发症：主要对比肠梗阻、切口感染以及吻合口瘘。

手术前后两组患者炎症因子水平改善情况<sup>[2]</sup>：炎症因子主要观察 C-反应蛋白 (CRP) 和肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )。手术前后清晨，患者空腹状态下采集 5 mL 肘静脉血给予离心处理 (3 000 r/min，离心 5 min)，静置分层并取上层清液。借助全自动生化分析仪，CRP 检查用散射比浊法，TNF- $\alpha$  用化学发光法。

### 1.4 统计学方法

此研究所用数据均通过 Microsoft Office Excel 设计表格并整理，后借助 SPSS 22.0 统计学软件录入数据资料并展开分析。临床指标用时和炎症因子水平借助 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示且用 t 检验，术后并发症借助 % 表示且用  $\chi^2$  检验，数据遵从正态分布原则，以“ $P < 0.05$ ”视为研究存在统计学显著。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床指标用时

下表数据可见，观察组患者术中出血量较少，术后各指标用时短于对照组，两组数据对比， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床指标用时

组别	术中出血量 (mL)	术后肛门排气时间 (d)	拔管时间 (d)	住院时间 (d)
观察组 (n=25)	106.41 $\pm$ 10.11	3.23 $\pm$ 0.56	4.56 $\pm$ 1.33	9.41 $\pm$ 2.36
对照组 (n=21)	122.52 $\pm$ 15.41	4.23 $\pm$ 1.45	5.52 $\pm$ 1.45	12.36 $\pm$ 2.45
t	4.2538	3.1826	2.3402	4.1502
P	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

### 2.2 两组术后并发症

观察组术后并发症发生率仅为 4.0%，对照组高达 28.5%，两组数据对比， $P < 0.05$ 。见表 2。

### 2.3 手术前后两组患者炎症因子水平改善情况

下表数据可见，观察组患者 CRP、TNF- $\alpha$  炎症因子各指标水平较对照组低，两组数据对比， $P < 0.05$ 。见表 3。

### 3 讨论

多因素的联合作用下，导致结肠癌发展成为临床常见的一种恶性肿瘤，发病初期患者并无明显症状，因此部分患者极易忽视该病。疾病的进一步加重，会对患者的身心健康造成严重影响，同时还会加大临床治疗难度<sup>[3]</sup>。医疗技术的发展和完善，致使外科手术成为临床治疗该病的主要措施；既往临床多借助传统根治术治疗结肠癌，但在切除癌变组织时操作粗糙，极易积压癌细胞并导致邻近组织浸染，所以部分患者术后复发率较高，继而对患者的术后生存期产生直接影响。医学技术不断发展，致使完整结肠系膜切除术被临床广泛应用，与传统根治术相比，前者手术时间短且创伤小，在操作过程中可保护肠系膜完整性，继而提高治疗效果的同时改善患者预后<sup>[4-5]</sup>。

此研究结果显示：观察组术后并发症发生率仅为 4.0%，对照组高达 28.5%，两组数据对比， $P < 0.05$ 。分析原因：完整结肠系膜切除术可扩大系膜切除范围，同时各种器械的使用，还可准确发现隐藏较深的淋巴结，因此淋巴结清扫效果较好；而并发症的减少，从侧面证实了手术治疗的安全性<sup>[6]</sup>。观察组患者术中出血量少，术后各指标用时较短，CRP、TNF- $\alpha$  炎症因子各指标水平较对照组低，两组数据对比， $P < 0.05$ 。完整结肠系膜切除术以胚胎学、解剖学为基准，术中各项操作的实施具有较高的精确性，可以清晰分离结肠系膜脏层和壁层，继而将对血管的破坏程度控制在最小范围内，因此观察组患者手术时间短且出血量少<sup>[7]</sup>。

综上所述，对结肠癌患者实施手术治疗，与传统根治术相比，完整结肠系膜切除术更具优势，可提高治疗效果的同时改善患者预后。

#### [参考文献]

- [1] 周珩, 曹会鲲, 胡晓东, 等. 不同入路腹腔镜下完整结肠系膜切除术治疗右半结肠癌并发不全性肠梗阻的疗效 [J]. 局解手术学杂志, 2021, 30(4):325-329.
- [2] 刁德昌, 廖伟林. 右半结肠癌 D3 淋巴清扫术与完整结肠系膜切除术的异同 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2021, 24(1):81-84.
- [3] Du S, Zhang B, Liu Y, et al. A novel and safe approach: middle cranial approach for laparoscopic right hemicolon cancer surgery with complete mesocolic excision[J]. Surgical Endoscopy, 2018, 32(3):1-8.
- [4] 李嫦娥, 崔庆丰. 斑蝥酸钠维生素 B6 联合腹腔镜完整结肠系膜切除术治疗结肠癌临床研究 [J]. 中国药业, 2021, 30(19):102-104.
- [5] 杨钦民, 井晓亮. 腹腔镜下 D3 淋巴结清扫术联合完整结肠系膜切除术治疗右半结肠癌的临床效果 [J]. 河南医学研究, 2021, 30(15):2790-2792.
- [6] V Kornél, H Ildikó, C Gábor, et al. [Laparoscopic and open complete mesocolic excision in right-sided colon cancer compared with open and laparoscopic surgery][J]. Magyar sebeszet, 2020, 73(1):23-28.
- [7] 李勃. 腹腔镜下完整结肠系膜切除术治疗右半结肠癌并发不全性肠梗阻的临床效果分析 [J]. 中国实用医药, 2021, 16(29):11-13.

表 2 两组术后并发症

组别	肠梗阻	切口感染	吻合口瘘	总发生率 (n, %)
观察组 (n=25)	0	1	0	1 (4.0)
对照组 (n=21)	1	3	2	6 (28.5)
$\chi^2$	--	--	--	5.3404
P	--	--	--	$P < 0.05$

表 3 治疗前后炎症因子水平

组别	TNF- $\alpha$ (ng/mL)		hs-CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=25)	12.34 $\pm$ 1.25	2.40 $\pm$ 0.44	14.24 $\pm$ 2.44	6.23 $\pm$ 0.57
对照组 (n=21)	12.16 $\pm$ 1.36	5.00 $\pm$ 0.22	14.62 $\pm$ 2.52	10.42 $\pm$ 1.44
t	0.4673	24.5894	0.5183	13.3767
P	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$

(上接第 54 页)

照组 ( $P < 0.05$ )，见下表 1。

#### 2.3 两组应激指标水平

干预前，两组应激指标对比无差异， $P > 0.05$ ；干预后，观察组肾上腺素、去甲肾上腺素、皮质醇水平上升幅度低于对照组， $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

本文就高龄骨科手术患者，实施不同的麻醉方式，对比结果表明全身麻醉患者术后 DVT 发生率显著高于椎管内麻醉组。可见，麻醉方式会对患者术 DVT 发生率产生影响<sup>[2]</sup>。目前学术界，关于麻醉对 DVT 的影响研究较多，椎管内麻醉效果比全身麻醉效果更佳已获共识。

椎管内麻醉借助硬膜外麻醉，阻滞面以下的血管呈扩张状态，在此状态下，患者下肢动脉血流速度回加快，能够增强静脉排空速率，可有效预防血栓的形成<sup>[3]</sup>。硬膜外麻醉，

还能够增强红细胞的变形性，可加速血液循环，预防 DVT 的发生。炎症因子会损坏血管内皮，能够激活机体血小板，使得血小板的粘附性与聚集性增强，血液的粘滞性增加，能够激活机体内源、外源凝血途径，使得血栓性疾病发生。

综上所述，针对高龄骨科患者，选择椎管内麻醉，可减少手术应激反应，降低 DVT 发生率。

#### [参考文献]

- [1] 黄雯静. 不同麻醉方式对高龄骨科患者术后深静脉血栓发生率的影响 [J]. 血栓与止血学, 2021, 27(03):465-466.
- [2] 李行, 张敏, 刘竞. 不同麻醉方式对老年患者全膝关节置换术后 MMSE 评分、精神错乱和深静脉血栓发生的影响 [J]. 河北医科大学学报, 2021, 42(01):81-84.
- [3] 陆蓉, 马国平. 不同麻醉方案对骨科老年患者术后深静脉血栓发生率的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(11):208-209.