

手术治疗结肠癌合并肠梗阻的效果研究

周裕山

宜宾市第五人民医院 644100

〔摘要〕目的 在结肠癌合并肠梗阻患者实施不同手术治疗,分析治疗效果。方法 收集结肠癌合并肠梗阻患者研究,病例 100 例,时间 2019 年 11 月~2021 年 11 月。50 例进入手术 I 组做好开腹手术治疗。50 例进入手术 II 组做好腹腔镜手术治疗。观察临床病情控制优良率、胃肠功能恢复耗时、疼痛评分、下床时间。结果 手术 II 组的临床病情控制优良率 94.00%,同手术 I 组的 80.00% 比较更高 ($p < 0.05$)。手术 II 组胃肠功能恢复耗时 (8.77 ± 1.07) d、下床时间 (13.26 ± 1.14) d,同手术 I 组 (12.39 ± 2.14) d、(16.36 ± 2.59) d 比较更短 ($p < 0.05$)。治疗 1 周后,手术 II 组疼痛评分 (2.44 ± 0.23) 分,同手术 I 组 (3.88 ± 1.31) 分比较低 ($p < 0.05$)。结论 在结肠癌合并肠梗阻患者中,实施腹腔镜手术治疗,能够得到更佳治疗效果,患者术后恢复更快,疼痛更轻。

〔关键词〕手术;结肠癌;肠梗阻;疗效

〔中图分类号〕R735 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 10-021-02

结肠癌合并肠梗阻是临床常见的合并症^[1],若治疗不当,可威胁生命健康。手术疗法,如开腹手术是结肠癌合并肠梗阻最为有效的治疗办法,但具有创伤较大的弊端^[2]。目前,微创手术理念越来越被临床接受,且经过实践,腹腔镜手术可用于治疗此病患者^[3]。因此,本文在结肠癌合并肠梗阻患者实施不同手术治疗,分析治疗效果。现报告如下。

1 资料和方法

1.1 资料

收集结肠癌合并肠梗阻患者研究,病例 100 例,时间 2019 年 11 月~2021 年 11 月。50 例进入手术 I 组,男性 30 例,女性 20 例,44 岁~51 岁,平均 (48.19 ± 2.31) 岁。50 例进入手术 II 组,男性 20 例,女性 30 例,43 岁~51 岁,平均 (48.23 ± 2.44) 岁。

1.2 方法

手术 I 组:开腹手术。行气管插管全身麻醉,常规进腹后,确定病灶情况,分离粘连组织,游离切除段结肠肿瘤,实施肠外减压,术毕关腹,并留置引流管。

手术 II 组专门实施腹腔镜手术。取仰卧位,予以全身麻醉。脐旁留置孔,置入腹腔镜,明确病灶情况,对肿瘤近端肠管、系膜予以结扎,游离切除段结肠肿瘤。离断肿瘤相关的滋养血管、淋巴管。术毕关腹,并留置引流管。

1.3 评价指标

(1) 临床病情控制优良率。优:症状改善 75% 以上;良:症状改善 50%~75%;差:症状改善 50% 以下。(2) 胃肠功能恢复耗时、疼痛评分、下床时间。NRS 疼痛评分,最高分 10 分,分值越高,疼痛越重。

1.4 数据分析

用软件 SPSS22.0 分析数据,计量资料行 t 检验。计数资料行卡方检验。若 $P < 0.05$,代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床病情控制优良率

手术 II 组的临床病情控制优良率 94.00%,同手术 I 组 80.00% 比较更高 ($p < 0.05$)。见表 1。

表 1 研究临床病情控制优良率

分组	患者 (例)	优 (例 / %)	良 (例 / %)	差 (例 / %)	临床病情控制优良率 (例 / %)
手术 I 组	50	24/48.00	16/32.00	10/20.00	40/80.00
手术 II 组	50	29/58.00	18/36.00	3/6.00	47/94.00
χ^2 值					4.3324
P 值					0.0374

2.2 胃肠功能恢复耗时、疼痛评分、下床时间

手术 II 组胃肠功能恢复耗时 (8.77 ± 1.07) d、下床时间 (13.26 ± 1.14) d,同手术 I 组 (12.39 ± 2.14) d、(16.36 ± 2.59) d 比较更短 ($p < 0.05$)。治疗 1 周后,手术 II 组疼痛评分 (2.44 ± 0.23) 分,同手术 I 组 (3.88 ± 1.31) 分比较低 ($p < 0.05$)。见表 2。

表 2 研究胃肠功能恢复耗时、疼痛评分、下床时间

分组	患者 (例)	疼痛评分 (分)		胃肠功能恢复耗时 (d)	下床时间 (d)
		治疗前	治疗 1 周后		
手术 I 组	50	6.59 ± 2.12	$3.88 \pm 1.31^*$	12.39 ± 2.14	$16.36 \pm 2.59^*$
手术 II 组	50	6.61 ± 2.09	$2.44 \pm 0.23^*$	8.77 ± 1.07	$13.26 \pm 1.14^*$
t 值		0.0475	7.6556	10.6985	7.7463
P 值		0.9622	0.0000	0.0000	0.0000

注: * 代表本组治疗前、治疗 1 周后相比, $p < 0.05$ 。

目前,结肠癌合并肠梗阻临床发病率呈现上升趋势,越来越引起临床重视。此病发病较为隐匿,一经发现,患者应

3 讨论

积极配合治疗, 以免病情发生恶化, 让患者的生命受到威胁。对于本病患者, 积极采取有效方案医治, 非常必要。目前, 传统开腹手术可用于此病的临床治疗, 但患者所遭受的痛苦较大, 且受到手术器械操作、切口等因素的影响, 患者术后并发症发生风险高, 较大的切口可引发明显术后疼痛, 导致术后康复较为漫长, 整体疗效欠佳^[4]。

结果显示, 做好腹腔镜手术后, 患者的临床病情控制优良率, 对比开腹手术更高 ($p < 0.05$); 胃肠功能恢复耗时、下床时间, 对比开腹手术更短 ($p < 0.05$); 疼痛评分, 对比开腹手术更低 ($p < 0.05$)。证明, 对结肠癌合并肠梗阻, 落实好腹腔镜手术, 可达到更佳的治疗目的。这主要是因为, 腹腔镜术的创伤较小, 不需要开一个大切口, 仅仅是处理几个操作孔, 能够降低因切口过大导致疼痛严重、感染风险高等问题, 对于术后患者疼痛减轻更加有利, 同时更利于术后症状的好转, 病情的尽快康复^[5]。此外, 腹腔镜能够清晰观察病灶, 并予以精确切除, 从而提高临床疗效。

综上所述, 在结肠癌合并肠梗阻患者中, 实施腹腔镜手术治疗, 能够得到更佳治疗效果, 患者术后恢复更快, 疼痛

更轻。

[参考文献]

- [1] 刘学武, 李宏, 王珏, 吴春红, 吕春雨, 李秀荣, 蓝霞, 张涵. 腹腔镜结合肠镜治疗结肠癌合并肠梗阻患者的疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(09):1370-1372.
- [2] 周亮华, 王明元, 戴文捷, 黄锦训. 支架置入联合腹腔镜手术治疗左半结肠癌合并肠梗阻患者的效果[J]. 中国民康医学, 2022, 34(06):29-31.
- [3] 马磊, 曹军, 王欣, 张昊. 腹腔镜治疗结肠癌合并肠梗阻的临床效果及预后影响因素分析[J]. 中国现代普通外科进展, 2022, 25(02):143-147.
- [4] 辛学永. 腹腔镜辅助手术治疗大肠癌合并肠梗阻患者的安全性分析及近期生存质量研究[J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(10):78-79.
- [5] 吴秋明, 吕俊生, 林秋瞳, 马松. 结肠癌合并肠梗阻老年患者外科手术治疗预后的影响因素分析[J]. 癌症进展, 2019, 17(22):2702-2705.

(上接第 19 页)

低患者生存质量, 严重的 RP 还会危及患者生命。RP 可以分为早期的急性 RP 和后期的放射性肺纤维化。RP 诊断标准中将出现在放射治疗后 90d 内的 RP 称为急性 RP。有研究进行回顾性分析显示肺 V20 是影响 RP 发生的独立危险因素。RTOG 的一项关于非小细胞胸部肿瘤的前瞻性研究中指出, 双肺 V20 的高低不仅影响 RP 发生率, 而且影响 RP 的严重程度。有研究显示放射治疗计划参数 V20 结合年龄、V5 等对 2 级及以上 RP 的预测价值, 要高于单一放射治疗计划参数 V20。放射治疗的总剂量, 肺 V20 和肺 MLD 是发生 2 级以上 RP 的独立影响因素, 任意两项放射治疗计划参数结合对 2 级以上 RP 的预测能力均优于单一参数。本研究多因素回归分析显示双肺 V20 为 2 级及以上 RP 的独立影响因素。单因素分析结果显示, 双肺 V20 及照射总剂量可以预测 2 级以上的 RP, 而双肺 V5、双肺 V10、双肺 V30 及双肺 MLD 与 2 级及以上 RP 的发生无相关性。这可能是由于比较关注双肺 V5、双肺 V10、双肺 V30 及双肺

MLD, 在计划设计时尽量满足其剂量限值。由上述可见, 双肺 V20 的高低及照射总剂量与 2 级以上 RP 的发生呈正相关。因此, 在制定放疗计划时要尽量降低双肺 V20, 同时照射总剂量也是临床中要综合考虑的重要因素^[3]。

综上所述, 在胸部放射治疗开始前, 要关注患者肺疾病史。计划满足临床要求的前提下, 尽量降低总照射剂量和双肺 V20。中药应用可以降低 2 级以上 RP 的发生。

[参考文献]

- [1] 江承川, 李茉莉, 刘莎, 朱中山, 李小兵. 不同剂量调强放疗联合同步化疗对局部晚期肺癌患者生存期和毒副作用的影响[J]. 中国医学物理学杂志, 2022, 39(11):1345-1348.
- [2] 丁国伟, 姜明哲, 李国忠, 梁春梅, 王英. 肺癌调强放疗患者放射性肺炎合并肺部感染影响因素及血清 Th1/Th2 细胞水平[J]. 中华医院感染学杂志, 2022(21):3234-3238.
- [3] 许艳. 三维适形放疗和调强放疗对乳腺癌术后患者的疗效对比分析[J]. 临床研究, 2022, 30(11):19-22.

(上接第 20 页)

者气道产生较多分泌物, 使患者呼吸道堵塞, 再加上老年患者多数均具有长期慢性疾病或咳嗽反射较差, 造成排痰无力, 因此堵塞呼吸道, 对无创机械通气治疗疗效产生影响^[5-6]。无创机械通气可以降低内源性呼气末正压, 减少呼吸做功损耗, 改善通气, 缓解呼吸肌疲劳和减轻二氧化碳潴留。本次研究结果显示, 试验组治疗总有效率 (96.67%) 高于对照组 (66.67%), 有差异, ($p < 0.05$)。本次研究结果证明, AECOPD 患者采用无创机械通气, 可以有效提高患者的治疗总有效率。

综上所述, AECOPD 患者采用无创机械通气, 可以有效提高患者的治疗总有效率。

[参考文献]

- [1] 邓世忠, 王龙, 吴登峰, 等. 纳洛酮联合无创呼吸机正压通气在 COPD 合并肺性脑病抢救中的应用[J]. 海南医学, 2022, 33(1):24-27.
- [2] 刘峰, 许曼丽. 无创正压通气联合序贯肠内外营养

支持治疗对改善老年慢性阻塞性肺疾病急性加重合并呼吸衰竭患者严重营养不良的效果[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(19):4221-4224.

- [3] 杨少敏, 刘芝芳. 纳美芬联合无创正压机械通气治疗老年 COPD 合并重症 II 型呼吸衰竭的疗效及对患者血清人 Clara 细胞分泌蛋白、巨噬细胞刺激蛋白水平的影响研究[J]. 贵州医药, 2021, 45(4):516-518.
- [4] 李中祎, 张治, 曹路, 等. N-乙酰半胱氨酸联合无创正压通气治疗 COPD 急性发作的临床分析[J]. 中华肺部疾病杂志 (电子版), 2020, 13(2):188-192.
- [5] 林颖, 段红萍, 邹天士, 等. 肺康复联合无创正压通气治疗 COPD 合并呼吸衰竭患者疗效观察[J]. 海南医学, 2021, 32(11):1396-1399.
- [6] 赵立群, 万印利, 张娟妮, 等. 噻托溴铵联合无创正压通气治疗对老年 COPD 合并呼吸衰竭患者生化指标的影响[J]. 海南医学, 2020, 31(1):34-37.