

茯苓、炒薏苡仁、黄精、五味子、山茱萸、菟丝子、白花蛇舌草、仙鹤草、半枝莲、陈皮、炙甘草等药物构成。方中太子参、黄芪为君药补益脾气，俾“养正积自消”之意。白术、茯苓益气健脾渗湿，助参芪共奏健脾之功；黄精、五味子、山茱萸、菟丝子补肾益肺；以上诸药共为臣药。白花蛇舌草、仙鹤草、半枝莲解毒抗癌，陈皮理气，炙甘草调和诸药，共为佐使。全方合用，标本兼顾，共奏益气健脾、补肾益肺、抗癌解毒之功。

2009 年在中国上市的新药替吉奥，即 S-1，是由日本大鹏药品工业公司开发，1999 年在日本首次获准上市，商品名 TS-1。替吉奥是抗肿瘤药替加氟 (tegafur) 的一种改进型制剂，它是替加氟、吉美嘧啶和奥替拉西钾的复方制剂，组成摩尔比为 1:0.4:1。其中替加氟为 5-Fu 的前体药物，口服吸收后经肝内酶作用转化为 5-Fu 发挥抗癌作用。吉美嘧啶是二氢嘧啶脱氢酶的强效抑制剂，可以延长肿瘤组织及血液中 5-Fu 的药物持续时间。奥替拉西钾口服吸收后可在胃肠道内选择性地作用于乳清酸磷酸核糖基转移酶，从而阻止 5-Fu 的磷酸化，减轻其胃肠道副反应^[6]。国外临床研究表明替吉奥单药治疗结直肠癌的总有效率达到 36.5%，在日本作为胃肠道肿瘤的一线

药已广泛运用于临床^[7-9]。替吉奥的疗效类似于连续输注氟尿嘧啶加亚叶酸 (leuco-vorin) 方案，然其毒性较低且易管理。一项探索性的日本 II 期试验显现，替吉奥用作这些人群的三、四线疗法安全且能被很好耐受，其治疗的响应率为 14.3%，另有 42.9% 的个体疾病稳定。本研究结果显示，健脾补肾益肺法结合替吉奥治疗晚期肠癌可提高近期疗效，改善临床症状，降低化疗不良反应，可望延长患者的生存期。

参考文献

[1] 汤钊猷现代肿瘤学[M].第2版.上海:上海医科大学出版社,2000.775-780
[2] 杨林,王金万.结直肠癌内科治疗进展[J].癌症进展,2007,5(2):143-150
[3] 王铁山,李凤玉,王舒琦.多西他赛与替吉奥联合治疗晚期非小细胞肺癌[J].华南国防医学杂志,2011,25(3):261-262
[4] 佐志刚,潘东风,蔡晓军,等.替吉奥化疗联合三维适形放射治疗 56 例中晚期食管癌[J].第三军医大学学报,2010,32(22):2446-2447
[5] 曹洋,刘展华,陈志坚.陈锐深教授治疗大肠癌的经验[J].中医药学刊,2005,23(10):1 750-1 751
[6] Chollet P,Schoff ski P,Weigang-Kohler K,et al.Phase II trial with S-1 in chemotherapy-naïve patients with gastric cancer. A trial performed by the EORTC Early Clinical Studies Group(ECSG)[J].Eur J Cancer, 2003,39(9):1 264-1 270
[7] Blum M,Suzuki A,Ajani JA.A comprehensive review of S-1 in the treatment of advanced gastric adenocarcinoma [J].Future Oncol, 2011,7(6):715-726
[8] 徐瑞华,邱妙珍.晚期结直肠癌化疗的研究进展[J].癌症(英文版), 2008,27(6):661-666

(收稿日期:2014-08-07)

I 期肿瘤切除肠吻合术联合术中全结肠灌洗治疗左半结肠癌并梗阻患者的临床效果

周林根

(湖南省长沙市湖湘中医肿瘤医院 长沙 410000)

摘要:目的:探讨分析左半结肠癌并梗阻患者应用 I 期肿瘤切除肠吻合术联合术中全结肠灌洗术进行治疗的临床效果。方法:选择我院收治的该类患者作为研究对象并进行分组治疗,观察组给予 I 期肿瘤切除吻合术联合全结肠灌洗进行治疗,对照组给予分期吻合术进行治疗。对两组的吻合口瘘发生率、切口感染情况以及住院时间、术后质量等相关情况进行对比分析。结果:经过相应治疗后,两组患者均痊愈出院,观察组患者并发症发生率以及平均住院时间显著低于对照组,术后生活质量显著高于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。结论:针对左半结肠癌并梗阻患者应用 I 期肿瘤切除肠吻合术联合术中全结肠灌洗术进行治疗安全可靠,切口感染率低、并发症发生率低、患者满意度高,具有较大的推广应用价值。

关键词:左半结肠癌;肠梗阻;术中全结肠灌洗;一期切除吻合术

中图分类号:R735.35

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.021

近年来,我国左半结肠癌合并肠梗阻发病率明显增加。作为一种常见的急腹症,对患者的健康以及生命安全造成严重威胁。癌性肠梗阻是癌症晚期患者的常见严重并发症,若未得到有效控制,极易导致破裂穿孔^[1-2]。目前,针对左半结肠癌并肠梗阻进行 I 期切除吻合术已经得到普遍认同并执行。但针对左半结肠癌并梗阻的治疗方法目前还存在一定的争议,以往一般应用分期手术进行治疗,但其治疗周期过长、患者满意度低、效果不好。尤其是手术处理不善将可能导致吻合口瘘,这一严重并发症是手术

中的难点和重点。我院积极开展该项研究,针对收治的该类患者应用 I 期肿瘤切除肠吻合术联合术中全结肠灌洗术进行治疗,取得了显著效果。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 本研究选取我院 2012 年 6 月~2013 年 8 月收治的左半结肠癌合并肠梗阻患者 150 例,其中男 87 例,女 63 例;年龄 44~72 岁,平均(56.2±3.5)岁。所有患者入院时,均存在一定程度的腹痛、呕吐、腹胀等症状,均经 B 超、腹部平片以

及CT等病理检查确诊。所有患者均知情并签署同意书。随机将患者分为观察组与对照组各75例,两组患者性别、年龄等数据不存在显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者术前均进行纠正贫血、水电解质和酸碱平衡、胃肠减压以及中心静脉置管等相应对症处理。取膀胱截石位,进行全身麻醉后,常规消毒、铺单,于腹部正中位置切口,逐层切开皮肤及其以下组织达腹腔,套入4 cm直径螺纹管,固定后,常规切除阑尾,于阑尾根部荷包线内插入尿管,连接好输液管,注入36℃左右的碘伏生理盐水3 000 mL。确保生理盐水经尿管、结肠以及管状塑料套排出,封闭式顺行。最后用16万单位庆大霉素加入200 mL甲硝唑灌洗一次。拔硅胶管,对阑尾末端妥善缝合,再进行结肠远近端缝合。观察组患者均在灌洗后进行I期切除吻合术。对照组则先进行I期肿瘤切除吻合术,再进行II期结肠造口关闭,结肠端吻合。两组患者均于术后进行预防感染治疗,并对其生命体征进行严密观察。

1.3 观察指标 对两组吻合口瘘发生率、切口感染情况以及住院时间、术后质量等相关情况进行对比分析。

1.4 统计学分析 应用SPSS18.0软件进行处理。数据资料应用t或 χ^2 检验, $P<0.05$ 示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症及住院时间比较 两组患者均于术后发生不同程度的吻合口感染和切口感染,观察组切口感染发生率显著低于对照组,并发症发生率显著低于对照组,住院时间显著少于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者术后并发症及住院时间比较 ($\bar{X}\pm S$) 例(%)					
组别	n	吻合口感染	切口感染	吻合口瘘	住院天数(d)
观察组	75	6(8.0)	9(12.0)	3(4.0)	14.5±4.5
对照组	75	3(4.0)	21(28.0)	3(4.0)	28.7±4.3
χ^2/t		0.47	6.00	0.17	19.757
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者术后生活质量评分比较 生活质量主要为健康指数、情感指数以及心理指数等内容。观察组患者术后生活质量显著高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者术后生活质量评分比较 ($\bar{X}\pm S$) 分				
组别	n	健康指数	情感指数	心理指数
观察组	75	13.53±2.34	57.45±7.89	8.82±1.45
对照组	75	6.27±1.89	31.34±5.07	4.25±1.19
t		26.660	24.110	21.099
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

目前,针对左半结肠癌一般采用手术方式进行治疗,主要有分期手术和I期手术。由于人体的结肠生理位置比较特殊,进行手术后比较容易发生吻合口瘘,造成切口感染^[9]。分期手术患者住院时间较长,费用增加,尤其是二次手术给患者带来较大的痛苦和风险,对患者的生活质量造成一定影响,患者满意度不高。随着医学研究的不断发展,抗生素的推广应用,学术界认为针对该类患者开展I期肿瘤切除吻合联合全结肠灌洗术,能够有效确保肿瘤得以切除,同时还可有效清除患者肠内的细菌,减少毒素以及病菌对患者造成的损害^[4-5]。同时,可以极大地降低患者切口感染率,并且通过全结肠灌洗加强结肠吻合,改善肠管血运,有效杜绝吻合口瘘发生,确保取得良好的效果。

通过本研究,我认为在该手术中全结肠灌洗的作用非常重要。主要有以下原因:(1)在进行肠灌洗时,要对肿瘤近端肠腔内粪便进行彻底清除,通过这种方式降低肠管压力,确保手术过程中肠管完好,切实防止对患者腹腔造成污染。(2)部分患者肠管扩张不够明显,要进行开放式顺行灌洗,必要时可以扩肛,确保肠腔内液体顺利排出,有效减少肠腔内压力。(3)在进行灌洗过程中,必须确保清洁彻底,要确保吸出液透明度达到标准,同时应用低浓度碘伏灌入,可提升抗菌效果。(4)严格控制I期手术及灌洗适应证,可降低手术风险。

参考文献

[1]沈瑾,周波,张述,等.一期肿瘤切除肠吻合术联合术中结肠灌洗治疗急性梗阻性左半结肠癌效果观察[J].山东医药,2010,50(50):48-49
[2]沈剑,曹义战,王伯良.一期切除吻合术治疗左半结肠癌并急性肠梗阻临床疗效观察(附46例报告)[J].结直肠肛门外科,2013,19(5):280-282
[3]张红亮,胡敦蓉,马韶霞.左半结肠癌并梗阻I期手术切除吻合可行性探讨[J].河南外科学杂志,2014,20(1):14-16
[4]何志国,侯正利.结肠灌洗在左半结肠癌并肠梗阻一期吻合术中的应用[J].中国现代医生,2012,50(28):145-146
[5]宋明东,谢伟,林良辉.I期切除吻合术治疗左半结肠癌并急性肠梗阻的可行性分析[J].中国当代医药,2013,20(23):50-51
(收稿日期:2014-07-09)