

末端回肠自闭插管保护性造口术在左半结直肠癌合并急性梗阻患者中的应用及安全性分析

刘超坤

(河南省永城市中心医院急诊科 永城 476600)

摘要:目的:探究末端回肠自闭插管保护性造口术在左半结直肠癌合并急性梗阻患者中的应用效果。方法:选取 2017 年 1 月~2020 年 1 月行手术治疗的 112 例左半结直肠癌合并急性梗阻患者作为研究对象,按手术方案的不同分成常规组和研究组,各 56 例。常规组接受袢式回肠造口术治疗,研究组接受末端回肠自闭插管保护性造口术治疗。比较两组围术期指标、营养指标、炎症介质、并发症发生情况。结果:研究组肠道再通时间、造口排便时间、住院时间均短于常规组($P<0.05$)。术后 3 d 两组总蛋白、前白蛋白、白蛋白水平比较无明显差异($P>0.05$);术后 7 d 研究组总蛋白、前白蛋白、白蛋白水平均高于常规组($P<0.05$)。两组术后 3 d、7 d 血清降钙素原、超敏 C 反应蛋白水平比较均无明显差异($P>0.05$)。术后 6 个月内研究组并发症总发生率低于常规组($P<0.05$)。结论:左半结直肠癌合并急性梗阻患者应用末端回肠自闭插管保护性造口术治疗可缩短肠道再通时间、造口排便时间、住院时间,改善早期营养状况,安全性高。

关键词:左半结直肠癌;急性梗阻;末端回肠自闭插管保护性造口术;袢式回肠造口术

中图分类号:R735.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.05.018

左半结直肠癌为临床常见病症,急性梗阻为其常见并发症之一,多见于中老年群体,患者临床表现为腹胀、腹痛、直肠刺激征、高热、局限性腹膜炎等,病情危重,严重者可导致死亡^[1-2]。由于结肠梗阻多是闭袢性梗阻,加之结肠中含大量细菌,因此极易导致感染,此外,肿瘤易转移、扩散,故需尽快手术^[3]。临床针对左半结直肠癌合并急性梗阻患者多以袢式回肠造口术治疗,效果明显,但由于术后需再行造口还纳术,不仅增加并发症发生风险,还会相应增加治疗费用。末端回肠自闭插管保护性造口术是通过分次堵管操作,能使原有回肠再通,无需行造口还纳术,操作简单。本研究从围手术期指标、炎症介质、营养指标及术后并发症发生情况方面,探究末端回肠自闭插管保护性造口术在左半结直肠癌合并急性梗阻患者中的应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月~2020 年 1 月于我院行手术治疗的 112 例左半结直肠癌合并急性梗阻患者作为研究对象,按手术方案的不同分成常规组和研究组,各 56 例。研究组男 35 例,女 21 例;年龄 42~71 岁,平均年龄(56.58 ± 3.82)岁;体质量指数 $18.9 \sim 27.5 \text{ kg/m}^2$,平均体质量指数(22.43 ± 1.23) kg/m^2 。常规组男 32 例,女 24 例;年龄 44~72 岁,平均年龄(57.06 ± 3.65)岁;体质量指数 $18.7 \sim 27.6 \text{ kg/m}^2$,平均体质量指数(22.73 ± 1.04) kg/m^2 。两组一般资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 纳入排除标准 (1)纳入标准:经直肠指检、镜检、盆腔 CT、胸部 X 线片等检查确诊为左半结直肠癌合并急性梗阻;患者及其家属知情并签署知情同

意书。(2)排除标准:依从性差;合并恶性肿瘤;合并肝、肾、心、肺功能障碍;存在认知功能障碍;伴凝血功能异常。

1.3 手术方法

1.3.1 研究组 接受末端回肠自闭插管保护性造口术治疗。于接近回盲部附近肠腔处以 TL60 Ethicon 直线闭合器单排钉闭末端回肠;距钉闭线 10 cm 左右近端回肠预置荷包,切开肠壁,于逆蠕动方向置入 1 根 7 号麻醉用气管导管,关闭荷包。朝气管导管气囊中注入 10 ml 生理盐水,封闭近端肠腔;气囊连接管结扎,连接管离开主管处斜向剪除后半截,并于右下腹壁选择最适合粘贴造口袋的区域中心戳孔引出气管导管尾部;将导管周缘肠壁浆肌层与壁层腹膜间以 3-0 可吸收线缝合;引出腹壁的气管导管尾部用乳胶管套入固定;术毕关腹后粘贴造口袋。待肠蠕动恢复,予以流质饮食,并过渡至细渣食物(依照患者恢复情况过渡)以防止导管堵塞,待肛门有排便或排气,插管处粪便明显减少引流量,则拔除气管导管。术后常规予以抗感染、止痛等基础治疗。

1.3.2 常规组 接受袢式回肠造口术治疗。距回盲部 10~15 cm 回肠在右下腹进行袢式回肠造口,于术后肠蠕动恢复后予以肠内营养支持,依照患者情况,3~6 个月进行造口还纳术治疗。术后常规予以抗感染、止痛等基础治疗。

1.4 观察指标 (1)两组围术期指标比较,包括肠道再通时间、造口排便时间、住院时间。(2)两组术后 3 d、7 d 营养指标比较,以单向免疫扩散法测定总蛋白、前白蛋白、白蛋白。(3)两组术后 3 d、7 d 炎症介质比较,以酶联免疫法检测超敏 C 反应蛋白

(hs-CRP)、降钙素原(PCT)。(4)两组术后 6 个月内并发症发生情况比较,包括造口旁疝、切口感染、吻合口漏等。

1.5 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围术期指标比较 研究组肠道再通时间、造口排便时间、住院时间均短于常规组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组营养指标比较(g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	总蛋白		前白蛋白		白蛋白	
		术后 3 d	术后 7 d	术后 3 d	术后 7 d	术后 3 d	术后 7 d
研究组	56	57.58± 2.81	66.24± 2.25	180.02± 11.94	211.08± 13.27	27.81± 1.76	34.73± 2.24
常规组	56	57.04± 2.77	63.57± 2.43	177.94± 10.86	205.19± 11.48	27.59± 1.73	31.29± 2.35
t		1.024	6.033	0.964	2.512	0.667	7.929
P		0.308	<0.001	0.337	0.014	0.506	<0.001

2.3 两组炎症介质水平 两组术后 3 d、7 d 血清 PCT、hs-CRP 水平比较均无明显差异 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PCT(ng/ml)		hs-CRP(mg/L)	
		术后 3 d	术后 7 d	术后 3 d	术后 7 d
研究组	56	2.38± 0.36	1.76± 0.18	88.84± 6.51	47.85± 4.51
常规组	56	2.44± 0.31	1.71± 0.22	89.91± 6.48	48.19± 4.35
t		0.945	1.316	0.872	0.406
P		0.347	0.191	0.385	0.686

2.4 两组并发症发生情况比较 术后 6 个月内研究组并发症总发生率低于常规组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	造口旁疝	切口感染	吻合口漏	总发生
研究组	56	0(0.00)	1(1.79)	0(0.00)	1(1.79)
常规组	56	3(5.36)	2(3.57)	3(5.36)	8(14.29)
χ^2					4.350
P					0.037

3 讨论

近年来,随着社会不断发展,人们饮食结构及生活方式不断改变,左半结肠直肠癌合并急性梗阻发病率呈逐年递增趋势,对患者生活质量造成极大影响^[4-5]。故临床应采取有效治疗方案,以提高患者生活质量。

祥式回肠造口术为临床针对左半结肠直肠癌合并急性梗阻患者治疗的常用术式,虽具有一定疗效,但由于术后 3~6 个月需再予以造口还纳,不仅会增加患者痛苦,还会增加医疗风险。与传统祥式回肠造口术相比,末端回肠自闭插管保护性造口术治疗左半结肠直肠癌合并急性梗阻患者具有以下四点优势:(1)

见表 1。

表 1 两组围术期指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	肠道再通时间(d)	造口排便时间(h)	住院时间(d)
研究组	56	25.82± 6.39	12.62± 3.77	18.82± 2.56
常规组	56	152.35± 21.63	18.83± 5.62	27.54± 5.15
t		41.982	6.867	11.346
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组营养指标比较 术后 3 d 两组总蛋白、前白蛋白、白蛋白水平比较无明显差异 ($P > 0.05$); 术后 7 d 研究组总蛋白、前白蛋白、白蛋白水平均高于常规组 ($P < 0.05$)。见表 2。

以直线闭合器单排钉闭末端回肠,粪流彻底转流,粪便不会进至结肠,更利于吻合口愈合,加之气管插管,具有硬管支撑性,利于少渣粪便排出,对保持造口通畅更具积极意义^[6]; (2) 术后通过分次堵管,避免二期造口回纳术,进而有效减少并发症发生风险^[7]。本研究结果显示,研究组肠道再通时间、造口排便时间、住院时间均较常规组短 ($P < 0.05$), 术后 6 个月并发症总发生率较常规组低 ($P < 0.05$), 提示左半结肠直肠癌合并急性梗阻患者应用末端回肠自闭插管保护性造口术治疗于缩短肠道再通时间、造口排便时间、住院时间方面更具优势,且更能有效减少术后并发症发生,安全性更高。此外,本研究结果显示,术后 7 d 研究组营养指标(总蛋白、前白蛋白、白蛋白)优于常规组 ($P < 0.05$), 原因可能与吻合口愈合更快有关,可尽早为患者提供早期肠内营养支持。但行末端回肠自闭插管保护性造口术时仍需注意以下几点: (1) 术后待患者肠蠕动恢复,予以流质饮食,并逐渐过渡至细渣食物(依照患者恢复情况过渡)以防止导管堵塞,避免肠梗阻发生; (2) 术中动作轻柔,避免对机体产生较大损伤而影响预后效果。综上所述,左半结肠直肠癌合并急性梗阻患者应用末端回肠自闭插管保护性造口术治疗可缩短肠道再通时间、造口排便时间、住院时间,改善早期营养状况,安全性高,值得临床推广。

参考文献

[1]王刚,毕聪,潘鑫.DSA 引导下自膨式金属支架治疗晚期左半结肠癌合并急性肠梗阻的临床分析[J]现代肿瘤医学,2020,28(12):2075-2079.
[2]崔君鹏,林美艺,吴华锦,等.支架植入时间对左半结肠癌伴急性梗阻患者术后生存率的影响[J].中国医科大学学报(下转第 55 页)

2.2 两组治疗前后肺功能指标对比 治疗前,两组 FEV₁、FEV₁/FVC 指标对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗 2 周后,观察组 FEV₁、FEV₁/FVC 指标水平较对照组更高,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后肺功能指标对比(%、 $\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	FEV ₁	FEV ₁ /FVC
观察组	22	治疗前	65.04± 5.24	56.90± 6.21
		治疗后	80.35± 5.92 [#]	86.21± 6.78 [#]
对照组	22	治疗前	65.11± 5.62	57.82± 6.12
		治疗后	75.10± 6.47 [#]	80.15± 6.24 [#]

注:与同组治疗前比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 两组凝血功能对比 治疗前,两组 FIB、D-D 指标比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗 2 周后,观察组 FIB、D-D 指标水平较对照组更低,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组凝血功能对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	FIB(g/L)	D-D(ng/ml)
观察组	22	治疗前	6.89± 1.68	241.61± 24.61
		治疗后	3.18± 0.52 [#]	80.41± 12.51 [#]
对照组	22	治疗前	6.77± 1.58	238.60± 25.20
		治疗后	4.15± 0.76 [#]	125.54± 15.61 [#]

注:与同组治疗前比较,[#] $P<0.05$ 。

2.4 两组血气指标对比 治疗前,两组 PaO₂、PaCO₂、SaO₂ 对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后,观察组 PaO₂、SaO₂ 指标水平高于对照组,PaCO₂ 指标水平低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组血气指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	PaO ₂ (mm Hg)	PaCO ₂ (mm Hg)	SaO ₂ (%)
观察组	22	治疗前	56.7± 5.6	63.5± 5.8	73.1± 7.8
		治疗后	70.7± 5.2 [#]	40.9± 4.6 [#]	88.5± 5.2 [#]
对照组	22	治疗前	57.2± 5.9	64.1± 6.2	74.2± 8.2
		治疗后	65.5± 6.4 [#]	46.8± 5.9 [#]	82.5± 6.9 [#]

注:与同组治疗前比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

肺心病作为中老年群体常见慢性疾病,对患者生活影响极大,肺组织或肺血管的病变导致肺功能异常,肺血管阻力增加,引起呼气困难、喘息等症状,继而造成右心负荷增加,长期的低氧状态和高碳酸血症又导致右心室肥大向心力衰竭发展,最终形成

肺心病。前列地尔是治疗肺心病的一种常用药物,可通过抑制血小板释放血栓烷、调节前列环素/血栓素 A₂(TXA₂) 比值、改善血栓周围已活化的血小板逆转,获得舒张血管平滑肌、扩张血管、调节血液黏稠度、改善血流状态的作用。

相关文献指出,中医对于治疗肺疾病有独到之处,中医学认为肺心病属“喘证、肺胀、心悸”范畴,其病因为阳虚阴盛、情志不节、饮停于内等,易感风邪,久之发病。小青龙汤有宣肺平喘、利水消肿、燥湿化痰的功效^[4],由黄芪、麻黄、白术等诸药组成。其中黄芪有健脾宣肺、补气固表的功效;麻黄有发汗解表、利水消肿的功效;半夏有助脾运化、消痞散结的功效;芍药有酸甘敛阴的功效;葶苈子有祛痰平喘、行水下气的功效;配伍干姜、桂枝、炙甘草等诸药有补肺益气、温肺化饮等功效^[5]。本研究结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组 ($P<0.05$); 观察组肺功能、凝血功能、血气指标改善明显优于对照组 ($P<0.05$),表明在治疗肺心病中,小青龙汤可与前列地尔发挥协同效应,提升疗效,提示使用小青龙汤+前列地尔治疗肺心病对患者肺血管高凝血状态、血氧含量均有明显的改善作用,治疗疗效确切。

综上所述,小青龙汤联合前列地尔治疗肺心病治疗效果理想,可使患者的血流状态得到调节,呼吸功能得以改善,提升质量得以保障。

参考文献

- [1]牛永红,康丽惠,康林,等.左西孟旦联合前列地尔治疗左心疾病相关性肺动脉高压的疗效观察[J].中国心血管病研究,2019,17(6):568-571.
- [2]中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会全科医学分会,等.慢性肺源性心脏病基层诊疗指南(实践版·2018)[J].中华全科医师杂志,2018,17(12):966-969.
- [3]钟连江,张连生,顾春枫,等.小青龙汤联合无创呼吸机治疗对老年 AECOPD 患者 PCT、血气分析及呼吸功能的影响及临床意义[J].中国中药杂志,2018,43(14):3026-3030.
- [4]张兰兰,闫军堂,刘敏,等.小青龙汤对 TSLP 诱导 DCs 表达 IL-4、IL-12、IFN- γ 、IL-10 的干预作用[J].中华中医药学刊,2018,36(6):1316-1319.
- [5]熊为锋,贺娟.《黄帝内经》“形寒饮则伤肺”理论阐释与临床应用[J].现代中医临床,2019,26(4):65-67.

(收稿日期:2020-04-20)

(上接第 38 页),2020,49(2):175-178.

- [3]邹科见,胡艳,贺雄辉,等.介入引导肠梗阻导管放置在老年左半结肠直肠癌性肠梗阻患者的临床应用价值[J].中国医师杂志,2018,20(11):1687.
- [4]李忠南,张强,马英杰,等.自膨式金属支架植入术治疗急性左半结肠直肠癌性梗阻[J].中国介入影像与治疗学,2019,16(4):211-214.
- [5]郭永团,杜洪涛,李德春.经肛型肠梗阻导管置入在急性左半结肠直

肠梗阻中的应用[J].医学影像学杂志,2018,28(10):1698-1700.

- [6]王道荣,徐明皓,汤东,等.改良式回肠末端自闭式造口术在腹腔镜低位直肠癌保肛术中的应用价值[J].中华消化外科杂志,2018,17(2):188-193.
- [7]汪祖来,黄顺荣,邓懋春,等.自闭性保护性回肠造口与传统祥式回肠造口在高危结肠吻合口患者中的应用效果观察[J].结直肠肛门外科,2018,24(4):343-346.

(收稿日期:2020-12-13)