

改良右半结肠切除术治疗结肠癌的效果及并发症发生率分析

路明

五常市人民医院, 黑龙江 哈尔滨 150200

摘要: 目的 分析结肠癌患者接受改良右半结肠切除术治疗效果。方法 70例结肠癌患者就诊于2022年8月-2023年8月, 随机数字表分组。A组改良右半结肠切除术, B组传统根治术。对比疗效、手术指标、生存质量评分(SF-36)、并发症差异。结果 A组结肠癌疗效高于B组, $P < 0.05$; A组清扫淋巴结数量多于B组, 手术时间、住院时间短于B组, 出血量小于B组, $P < 0.05$; A组SF-36评分高于B组, $P < 0.05$; A组结肠癌并发症率低于B组, $P < 0.05$ 。结论 结肠癌患者接受改良半结肠切除术治疗, 安全高效。

关键词: 结肠癌; 改良右半结肠切除术; 疗效; 并发症

Analysis of the Effect and Complication Rate of Modified Right Hemicolectomy in the Treatment of Colon Cancer

Lu Ming

Wuchang People's Hospital, Heilongjiang, Harbin 150200

Abstract: Objective To analyze the effect of modified right hemicolectomy in the treatment of colon cancer patients. Methods 70 cases of colon cancer patients were diagnosed in August 2022–August 2023, and were grouped by randomized numerical table. Group A modified right hemicolectomy, group B traditional radical surgery. Differences in efficacy, surgical indexes, survival quality score (SF-36), and complications were compared. Results The efficacy of colon cancer in group A was higher than that in group B, $P < 0.05$; the number of cleared lymph nodes in group A was more than that in group B, the operation time and hospitalization time were shorter than that in group B, and the amount of bleeding was less than that in group B, $P < 0.05$; the SF-36 score of group A was higher than that of group B, $P < 0.05$; and the rate of complications of colon cancer in group A was lower than that in group B, $P < 0.05$. Conclusion It is safe and highly effective for colon cancer patients to be treated by modified right hemicolectomy patients with colon cancer were treated with modified hemicolectomy, which was safe and efficient.

Key words: colon cancer; modified right hemicolectomy; efficacy; complications

结肠癌初期无特异性症状, 随疾病进展, 可出现腹痛、腹胀、排便习惯改变等病症, 甚至继发贫血、肠梗阻、恶病质, 危及生命健康。肠梗阻主要诱因为饮食结构不良, 是常见消化道恶性肿瘤^[1]。随生活水平提升、饮食习惯改变, 结肠癌患者呈年轻化进展, 且发病率逐年增加。目前临床多以清除结肠方案治疗结肠癌, 即直接清除结肠内癌细胞, 以控制结肠癌病情^[2]。但传统根治术创伤大, 术后胃肠功能恢复是时间长, 且癌灶转移率、复发率较高, 部分患者预后不良^[3]。随着相关学者对结肠癌研究不断深入, 改良右半结肠切除术逐渐用于结肠癌治疗中, 可减小手术创伤, 缩短患者术后住院时间^[4]。本文以2022年8月-2023年8月就诊结肠癌患者70例为样本探讨改良右半结肠切除术治疗效果。

一、资料和方法

(一) 资料

70例结肠癌患者就诊于2022年8月-2023年8月, 随机数字表分组。A组结肠癌资料对比B组, $P > 0.05$ 。如表1。

表1 结肠癌患者资料分析

组别	n	性别 (%)		年龄 (岁)		肿瘤直径 (cm)		结肠癌类型 (%)		
		男	女	区间	均值	区间	均值	肝区结肠癌	升结肠癌	盲肠癌
A组	35	20 (57.14)	15 (42.86)	21-79	50.94 ± 2.43	2.0-5.0	3.38 ± 0.61	6 (17.14)	8 (22.86)	21 (60.00)

组别	n	性别 (%)		年龄 (岁)		肿瘤直径 (cm)		结肠癌类型 (%)		
		男	女	区间	均值	区间	均值	肝区结肠癌	升结肠癌	盲肠癌
B组	35	21 (60.00)	14 (40.00)	21-80	50.91 ± 2.41	2.1-5.0	3.41 ± 0.63	7 (20.00)	9 (25.71)	19 (54.29)
χ^2/t	-	0.0589		0.0519		0.2024		0.7925		
P	-	0.8083		0.9588		0.8402		0.8143		

(二) 纳排标准

纳入标准：①结肠镜提示结肠癌；②预计生存期 > 1年，具备手术指征；③知情同意；④凝血指标正常。

排除标准：①脏器衰竭；②癌灶转移；③免疫指标异常；④代谢紊乱。

(三) 治疗方法

A组：仰卧位，全麻，于右侧腹直肌开切口，将腹壁打开，随后结扎横结肠、回结肠末端，观察肿瘤具体位置后，结扎大网膜靠右侧血管，对邻近淋巴结进行清扫。精确结肠系膜根部位置，并在下方将结肠系膜切开，切断结肠系膜根部后结扎。分离胃结肠韧带，随后将回肠、横结肠切断，分离、切除右半结肠，吻合回肠。完成上述操作，重建消化道，冲洗腹腔，缝合。

B组：仰卧位，全麻，于腹直肌区域开切口，将右侧结肠充分暴露，切开横结肠中段、回肠末端区域肠系膜，随后将右结肠、回结肠分离，同时将结肠动脉右侧分支、结肠静脉等分离、切断、结扎处理。完成上述操作，经升结肠外后方切开腹膜，使右结肠、结肠系膜移向中线，切开肝结肠韧带，随后分离结肠肝曲。将靠右侧胃结肠韧带切开，随后对横结肠右段分离处理，将肿瘤组织清除，闭合肠系膜，关闭腹腔。

(四) 观察指标

疗效：复查B超未残留肿瘤组织，术后癌灶未复发、未出现并发症，记治愈；复查B超未残留肿瘤组织，术后癌灶未复发、并发症轻微，记显效；复查B超未残留肿瘤组织，术后出现复发迹象，或发生中重度并发症，记有效；术后复发或死亡，记无效。

手术指标：记录清扫淋巴结数量、手术时间、住院时间、出血量等指标。

SF-36指标：SF-36分数与结肠癌生存质量呈正比，四维度各0-100分。

并发症：记录淋巴结转移、吻合不良、感染等发生情况。

(五) 统计学研究

SPSS 21.0处理资料，计数数据 χ^2 验证、%描述，计量数据 t

验证、 $\bar{x} \pm s$ 描述。具备对比差异， $P < 0.05$ 。

二、结果

(一) 结肠癌疗效

A组结肠癌患者疗效高于B组， $P < 0.05$ 。如表2。

表2 结肠癌疗效比较 (n, %)

组别	治愈	显效	有效	无效	有效率
A组 (n=35)	30 (88.57)	3 (8.57)	2 (5.71)	0 (0.00)	35 (100.00)
B组 (n=35)	21 (60.00)	6 (17.14)	4 (11.43)	4 (11.43)	31 (88.57)
χ^2	-	-	-	-	4.2424
P	-	-	-	-	0.0394

(二) 结肠癌手术指标

A组结肠癌患者清扫淋巴结数量多于B组，手术时间、住院时间短于B组，出血量小于B组， $P < 0.05$ 。如表3。

表3 结肠癌手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	清扫淋巴结数量 (个)	手术时间 (min)	住院时间 (d)	出血量 (ml)
A组 (n=35)	14.21 ± 1.25	72.84 ± 0.49	10.21 ± 0.26	71.62 ± 3.25
B组 (n=35)	10.06 ± 1.11	96.11 ± 0.32	16.36 ± 0.39	131.44 ± 5.69
χ^2	14.6866	235.2340	77.6237	54.0078
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

(三) 生存质量指标

术后，A组结肠癌 SF-36 评分高于B组， $P < 0.05$ 。如表4。

表4 结肠癌生存质量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	身体健康 (分)		精神健康 (分)		生理职能 (分)		社会职能 (分)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
A组 (n=35)	62.91 ± 2.43	87.43 ± 3.18	63.42 ± 2.48	88.36 ± 3.28	62.42 ± 2.47	89.36 ± 3.42	63.43 ± 2.58	90.31 ± 3.36
B组 (n=35)	62.85 ± 2.41	81.69 ± 3.06	63.39 ± 2.46	81.24 ± 3.11	62.36 ± 2.45	81.25 ± 3.06	63.41 ± 2.61	82.06 ± 3.12
t	0.1037	7.6948	0.0508	9.3191	0.1020	10.4550	0.0322	10.6446
P	0.9177	0.0000	0.9596	0.0000	0.9190	0.0000	0.9744	0.0000

(四) 并发症指标

A组结肠癌患者并发症率低于B组, $P < 0.05$ 。如表5。

表5 结肠癌并发症指标比较 (n, %)

组别	淋巴结转移	吻合不良	感染	发生率
A组 (n=35)	0 (0.00)	1 (2.86)	0 (0.00)	1 (2.86)
B组 (n=35)	2 (5.71)	2 (5.71)	2 (5.71)	6 (17.14)
χ^2	-	-	-	3.9683
P	-	-	-	0.0464

三、讨论

结肠癌在消化道恶性肿瘤中较常见, 高发于中老年人群, 与高脂饮食关系密切^[5]。目前临床多以手术方案治疗结肠癌, 利用器械切除病变肠段, 阻断癌细胞扩散, 进而延长患者生存期^[6]。传统根治术治疗结肠癌, 对机体创伤大, 且机械操作对胃肠刺激性高, 不利于术后胃肠功能康复^[7-8]。此外, 传统根治术治疗, 易遗留切口感染、吻合口瘘等病症, 致术后恢复时间延长, 可加重患者家庭经济压力^[9-10]。近年来, 改良右半结肠切除术逐渐用于结肠癌治疗中, 基于传统根治术改良机械操作顺序, 由内至外完成手术操作, 可规避肿瘤细胞随血运转移问题, 进而彻底清除结肠癌病灶^[11]。此外, 改良右半结肠切除术期间, 切断血管根部, 彻底清扫肿瘤区域淋巴结, 能够规避肿瘤细胞恶性扩散, 整体疗效优良^[12]。

结合本文数据分析, A组结肠癌疗效高于B组, $P < 0.05$; A组清扫淋巴结数量多于B组, 手术时间、住院时间短于B组, 出血量小于B组, $P < 0.05$ 。表明改良右半结肠切除术疗效优于传统根治术, 可缩短结肠癌患者康复周期。分析原因, 改良右半结肠切除术期间, 完成血管处理后再切除, 能够彻底切除癌灶、彻底清扫淋巴结, 且手术时间短, 患者术后恢复优良^[13]。此外, 遵循“由内至外”原则完成改良右半结肠切除术, 先将血管根部切断, 可规避肿瘤组织转移至健康组织, 进而规避脏器受损, 降低结肠癌术后复发风险, 疗效更佳^[14-15]。另一组数据表明, A组结肠癌 SF-36 评分高于B组, $P < 0.05$ 。表明改良右半结肠切除术可优化患者生存质量。分析原因, 结肠癌术后淋巴结转移、癌灶复发风险高, 且复发患者病死率较高, 故不同术式治疗后患者生存质量不同^[16]。传统根治术治疗, 虽能完全清扫淋巴结, 但癌细胞存在经血液转移风险, 术后复发率仍居高不下。选用改良右半结肠切除术治疗, 改良手术操作步骤, 并在术中先将系膜根部血管切断, 能够从源头预防癌灶转移问题, 故术后病灶复发风险更低, 患者整体生存质量升高^[17-18]。最后一组数据表明, A组结肠癌并发症率低于B组, $P < 0.05$ 。表明改良右半结肠切除术安全性高。分析原因, 新型术式改良右半结肠切除术治疗, 将肿瘤视为整体彻底清除, 能够规避癌细胞随血液转移问题, 能够减少术后淋巴结转移, 故术后并发症风险更低^[19]。但结肠癌患者实际接受改良右半结肠切除术治疗期间, 要注意以下事项: ①广泛性切除病灶组织, 依据预先制定淋巴结清扫顺序对病灶区域、淋巴引流区域淋巴结开展清扫处理; ②切除肠管操作前, 要先对肠管、

邻近血管进行结扎, 进而预防肿瘤细胞随血液扩散; ③术中需评估患者是否存在结肠梗阻问题, 对于合并肠梗阻患者, 要重视结肠减压处理, 完成减压后再进行手术游离操作; ④术中注意右输尿管保护工作, 尽可能减轻机械操作损伤; ⑤术中明确病变肠管后, 要同时结扎肠管上端及下端, 以防癌细胞扩散; ⑥术后为规避残留, 利用生理盐水反复冲洗腹膜, 以保障手术效果^[20]。

综上所述, 结肠癌患者接受改良右半结肠癌切除术治疗, 能够提升疗效、减少术中出血、增加淋巴结清扫数量, 还可缩短术后恢复时间、减少术后并发症, 可推广应用。

参考文献:

- [1] 周建平, 孙健. 腹腔镜横结肠癌手术淋巴结清扫范围争议及共识 [J]. 中国实用外科杂志, 2023, 43(10): 1139-1144.
- [2] 朴成林, 蓝妍, 司振铎, 等. 局部晚期右半结肠癌行结肠根治联合胰十二指肠切除术疗效分析: 附5例报告 [J]. 中华临床医师杂志 (电子版), 2023, 17(6): 666-670.
- [3] 郭释琦, 于涛, 崔明明, 等. CT三维重建导航下行中间入路“六步法”腹腔镜右半结肠切除术近期疗效研究 [J]. 中国实用外科杂志, 2023, 43(2): 184-192.
- [4] 汪良亮, 钟礼顺, 钟玉春, 等. 主刀中间站位改良五孔法在腹腔镜下右半结肠切除术的效果 [J]. 南昌大学学报 (医学版), 2023, 63(5): 42-48.
- [5] 秦蒙华, 李建锋. 以肠系膜动脉左侧为清扫内侧界的腹腔镜全结肠系膜切除术治疗右半结肠癌的临床效果 [J]. 临床医学工程, 2023, 30(7): 895-896.
- [6] 陈传奇, 韩冬, 赵志浩, 等. 腹腔镜下右半结肠根治性切除术对结肠癌患者胃肠功能、复发转移及生存情况的影响 [J]. 癌症进展, 2023, 21(2): 218-220.
- [7] 黄彬, 田跃, 郑辉超, 等. 机器人与腹腔镜辅助右半结肠全系膜切除术治疗右半结肠癌短中期疗效单中心、单外科医生经验 [J]. 中国普通外科杂志, 2023, 32(4): 497-505.
- [8] 许伟, 周细华, 周锋, 等. 小切口右半结肠切除对右半结肠癌患者术后应激、免疫功能和生存情况的影响 [J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2023, 20(2): 70-73.
- [9] 雷书林. 肠减压后腹腔镜辅助右半结肠切除术在右半结肠癌伴肠梗阻中的应用 [J]. 中文科技期刊数据库 (全文版) 医药卫生, 2023(12): 26-28.
- [10] 华胜和, 李亚芸, 李上上, 等. 腹腔镜辅助右半结肠癌根治术不同侧侧吻合方式临床效果的对比研究 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2023, 28(11): 816-820.
- [11] 罗威, 宋彦伟, 孙胜, 等. III期右半结肠癌行腹腔镜完整结肠系膜切除术与 D₃根治术的远期疗效对比 [J]. 中国现代普通外科进展, 2021, 24(7): 522-526.
- [12] 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.
- [13] 晁祥嵩, 王强, 陈秉魁. 不同入路方式在腹腔镜辅助右半结肠癌 D₃根治术中的应用效果对比 [J]. 中国医学创新, 2022, 19(8): 24-28.
- [14] 袁浩, 徐通海, 贾贵清, 等. 改良腹腔镜辅助右半结肠癌 D₃根治术头侧入路疗效评价 [J]. 四川医学, 2020, 41(1): 74-78.
- [15] 徐毅. 腹腔镜下中线入路右半结肠完整系膜切除术治疗右半结肠癌患者的临床疗效分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(19): 3110-3111.
- [16] 周珩, 曹会麒, 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.
- [17] 张璐. 肥胖患者右半结肠癌腹腔镜完整结肠系膜切除术术后肠道菌群变化及预后的影响因素 [J]. 中国现代普通外科进展, 2020, 23(1): 31-35.
- [18] 李飞, 赵柯, 王翔. 右侧完整结肠系膜切除术对右半结肠癌病人远期预后的影响 [J]. 安徽医药, 2022, 26(3): 516-519.
- [19] 巫诚, 俞金龙, 邹兆伟. 肠减压后腹腔镜辅助右半结肠切除术在右半结肠癌伴肠梗阻中的应用 [J]. 重庆医学, 2021, 50(23): 3970-3973.
- [20] 石家莹, 王雪梅, 吕品. 改良右半结肠切除术治疗结肠癌的效果观察 [J]. 中国实用医药, 2022, 17(7): 52-54.