

显著低于对照组,并且急性加重期患者的 SOD、GSH-Px 水平明显比稳定期患者更低,差异有统计学意义($P < 0.05$),而合并肺动脉高压以及合并呼吸衰竭的 AECOPD 患者, SOD、GSH-Px 水平明显比未合并肺动脉高压以及合并呼吸衰竭者更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这一结果与多数文献报道结果相符^[9-10],说明随着 COPD 患者病情的加重,体内氧化剂的生成就会越多,抗氧化剂消耗也就越多,所以更容易引起氧化-抗氧化失衡,而呼吸衰竭、肺动脉高压的发生更会加剧氧化-抗氧化失衡,进一步增强氧化应激反应。

综上所述,急性加重期慢性阻塞性肺疾病患者的小血小板活化程度、氧化应激水平均较高,合并呼吸衰竭、肺动脉高压者的表现更为明显,其与患者病情的持续进展与反复加重有关,同时也预示着患者的预后效果更差。

参考文献

[1] 徐芝君,许国根,徐远胜,等.慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血小板活化与中性粒细胞凋亡的相关性研究[J].中国急救医学,2013,33(12):1110-1113.

[2] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):255-264.

[3] 曾建明,曾春芳.痰热清注射液对慢性阻塞性肺疾病患者血清微量元素、血小板参数及活化功能的影响[J].海南

医学院学报,2014,20(3):344-346.

[4] 陶维华,魏永莉,王新根,等.慢性阻塞性肺疾病患者血小板活化指标的变化及其意义[J].海南医学,2010,21(1):15-17.

[5] 季明德.血小板活化的研究进展[J].国际检验医学杂志,2011,32(2):218-220.

[6] 潘磊,杨渝浩,董德琼,等.慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血浆选择素相关蛋白水平的观察[J].中华结核和呼吸杂志,2010,33(4):265-267.

[7] 徐悦利,张阳,姜锋,等.不同严重程度社区获得性肺炎患者凝血及纤溶相关指标的比较[J].中华医学杂志,2015,95(24):1925-1929.

[8] 但小苹,邱倩,杨再兴,等.慢性阻塞性肺疾病患者支气管肺泡灌洗液中血小板及内皮细胞微粒变化的探讨[J].第三军医大学学报,2013,35(24):2676-2680.

[9] 刘骁.慢性阻塞性肺疾病急性加重期降钙素原与炎症因子的相关性研究[J].检验医学与临床,2014,11(14):1414-1415.

[10] 江雁琼,贺端明,伍慧妍,等.慢性阻塞性肺疾病急性加重期 HBP 与 CD64 的表达及意义[J].检验医学与临床,2015,12(14):2034-2036.

(收稿日期:2016-04-06 修回日期:2016-05-29)

• 临床探讨 •

支撑吻合与 DST 双吻合技术对低位直肠癌手术疗效及并发症的影响比较研究

范爱国

(河北省唐山市玉田县医院外三科 064100)

摘要:目的 观察支撑吻合与 DST 双吻合技术对低位直肠癌手术疗效及并发症的情况,并对其进行讨论和分析。方法 现选择该院 2014 年 05 月 1 日至 2015 年 12 月 1 日到该院进行就诊的 140 例需要实施低位直肠癌手术的患者作为研究对象。对于 140 例需要实施低位直肠癌手术的患者进行随机分组的方式分为两组,分别为对照组与干预组,每一组有 70 例。对照组患者采用 DST 双吻合技术的治疗方式,干预组患者采用支撑吻合技术的治疗方式。同时,对比治疗后干预组和对照组患者的临床治疗效果、不良反应发生率、住院费用以及局部复发等情况。**结果** 从上述研究中的结果显示,干预组患者的不良反应发生率明显低于对照组患者,且干预组患者的复发人数明显少于对照组患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。同时,干预组患者的临床治疗效果明显好于对照组患者,且干预组患者的住院费用明显少于对照组患者,数据具有明显的差异性,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 经过实验研究对比、分析后发现,对于低位直肠癌手术的患者实施支撑吻合技术的治疗方式好于采用 DST 双吻合技术的治疗方式。支撑吻合技术的治疗方式,不仅能够有效地提高临床治疗效果、减少住院费用,而且还能够减少患者的局部复发情况。

关键词:低位直肠癌手术; 支撑吻合技术; DST 双吻合技术; 临床治疗效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.16.062 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)16-2386-03

直肠癌,属于一种较为常见的恶性肿瘤,多发人群为男性。直肠癌的临床症状有腹泻、乏力、便血、尿频等现象。造成直肠癌的因素有不良生活习惯、不良饮食习惯等^[1]。经过相关研究表明,在大肠癌中有 65% 为直肠癌^[2]。对于低位直肠癌手术既可以采用支撑吻合技术,又可以采用 DST 双吻合技术进行手术。因此,为了探究支撑吻合与 DST 双吻合技术对低位直肠癌手术疗效及并发症的情况,该院对其进行了相关的调查和研究。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2014 年 5 月 1 日至 2015 年 12 月 1 日

到该院进行就诊的 140 例需要实施低位直肠癌手术的患者作为研究对象。同时,将 140 例需要实施低位直肠癌手术的患者采用随机分类的方式分为对照组和干预组。将 70 例分为干预组,其中有 25 例患者为女性,45 例患者为男性,年龄范围为 46~71 岁,平均年龄为(59.35±4.91)岁,病程为 1~8 年,平均病程为(4.13±0.12)年;其中有 26 例患者为女性,44 例患者为男性,年龄范围为 46~70 岁,平均年龄为(58.95±5.15)岁,病程为 1~8 年,平均病程为(4.38±0.73)年。经过对比分析发现,两组患者之间的年龄、人数、病程比较均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者采用 DST 双吻合技术的治疗方式。首先,对患者进行麻醉。其次,在肿瘤下方周围 3 厘米处将结肠切段,并在近端进行荷包缝合、置入肠道吻合器。然后,进行扩肛、在结肠直肠内置入吻合器。最后,拔出吻合器、注入生理盐水,并进行缝合。

1.2.2 干预组 干预组患者采用支撑吻合技术的治疗方式。首先,对患者进行麻醉并重新建立消化道。其次,将直肠系膜切除,将肿瘤下方 3 厘米处和上方 11 厘米处左右的地方将直肠、系膜与结肠切断,置入支撑吻合管于结肠,并进行结扎。然后,进行扩肛将直肠外翻把支撑吻合管经由肛管脱出,并在肠管处进行缝合。

1.3 观察指标^[4] 观察干预组和对照组患者的显效、有效、无效的人数,并计算总有效率。同时,观察患者肿瘤下缘跟底部距肛缘长度、肿瘤下界距断端最短距离、住院时间、住院费用、局部复发以及不良反应发生率情况。

1.4 评定方法^[5-6] 对于高血压合并糖尿病的治疗效果评定标准为:经过治疗后,若是患者的伤口愈合、临床症状和肿块消失,则为显效;经过治疗后,若是患者的临床症状和体征均得到了改善,则为有效;经过治疗后,若是患者的临床症状和体征无明显的改善情况或是持续恶化,为无效。

1.5 统计学处理 应用 SPSS15.0 软件分析,所有变量以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间均数比较采用 *t* 检验,计数资料采用 *n*(%) 形

式表示,计数资料采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 有统计学意义。

2 结果

2.1 干预组和对照组患者的临床治疗效果比较 经过数据对比分析后发现,干预组患者经过治疗后显效和有效的人数明显多于对照组患者,且治疗无效的人数明显少于对照组患者,两组数据对比,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。同时,干预组患者的治疗效果明显优于对照组患者,两组数据对比差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),详见表 1。

表 1 干预组和对照组患者的临床治疗效果比较 [*n*(%)]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率
对照组	70	25(35.7)	44(62.9)	1(1.4)	69(98.6)
干预组	70	19(27.1)	40(57.1)	11(15.8)	59(84.2)

2.2 干预组和对照组患者肿瘤和住院情况比较 经过数据对比分析后发现治疗后,干预组和对照组患者的肿瘤下缘跟底部距肛缘长度相比,差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。但干预组患者的肿瘤下界距断端最短距离明显长于对照组患者,两组数据对比,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。同时,干预组和对照组的住院时间相比,差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。但干预组患者的住院费用明显少于对照组患者,两组数据对比,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),详见表 2。

表 2 干预组和对照组患者肿瘤和住院情况比较

组别	<i>n</i>	肿瘤下缘跟底部距肛缘长度(cm)	肿瘤下界距断端最短距离(cm)	住院时间(d)	住院费用(万元)
干预组	70	5.92 ± 0.31	2.78 ± 0.32	13.82 ± 1.52	3.10 ± 1.23
对照组	70	6.04 ± 0.73	1.65 ± 0.53	14.73 ± 1.52	4.63 ± 1.51
<i>t</i> 值		1.411	9.521	1.251	5.613
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 干预组和对照组患者不良反应发生率和局部复发情况比较 经过数据对比分析后发现,干预组患者经过治疗后的不良反应发生率明显低于对照组患者,且干预组患者出现局部复发的人数也明显少于对照组患者,两组数据对比,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),详见表 3。

表 3 干预组和对照组患者不良反应发生率和局部复发情况比较

组别	<i>n</i>	不良反应			局部复发
		吻合口瘘	吻合口狭窄	不良反应发生率	
干预组	70	0(0.0)	1(1.4)	1(1.4)	0(0.0)
对照组	70	5(7.2)	6(8.6)	11(15.8)	8(11.4)

3 讨论

低位直肠癌,属于一种较为常见的恶性肿瘤,是由于不良生活习惯所造成。经过相关调查结果对比分析发现,在癌症的排行榜中直肠癌位居第二,而在结肠癌中有 65% 的患者为低位直肠癌^[7]。由于现今有越来越多的患者患有低位直肠癌,因此对于此疾病的治疗引起了人们的关注。随着医疗技术水平的不断进步,对于低位结肠癌的患者提出了经由保肛手术的治疗方式。在手术过程中,既可以使用支撑吻合技术,又可以采用 DST 双吻合技术进行手术,但是,经过相关研究后发现对于

低位直肠癌手术的患者实施支撑吻合技术的治疗方式好于采用 DST 双吻合技术的治疗方式^[8-10]。支撑吻合技术与 DST 双吻合技术相比较来说,支撑吻合技术出现的吻合口瘘、吻合口狭窄等不良反应的人数较少、能够有效地填补 DST 双吻合技术中的缺陷^[11-13]。由于支撑吻合技术使用的吻合管内径为 3 cm,可以减少肠内容物引流不畅等一系列问题^[14-15]。从上述研究内容结果中可知,经过治疗后干预组患者治疗的总有效率为 98.6%、住院费用为(3.10 ± 1.23)万元,而对照组患者治疗的总有效率为 84.2%、住院费用为(4.63 ± 1.51)万元。由此可见,对于低位直肠癌手术的患者实施支撑吻合技术的治疗方式,不仅能够有效地提高患者的临床治疗效果,而且能够有效的减轻患者的经济压力。从不良反应发生率和局部复发情况方面来说,治疗后干预组患者经过治疗的不良反应发生率为 1.4%,无局部复发情况,而对照组患者经过治疗的不良反应发生率为 15.8%,局部复发率为 11.4%。由此可见,对于低位直肠癌手术的患者实施支撑吻合技术的治疗方式,不仅能够有效地降低患者的不良反应发生率,而且能够有效地减少患者的局部复发率。

参考文献

[1] 刘永安,黎艳芳,陶琦,等. 直肠拖出双吻合器保肛术治疗超低位直肠癌临床报道[J]. 中国普通(下转第 2395 页)

of reversal agent use in moderate sedation during endoscopy and colonoscopy[J]. J Clin Gastroenterol, 2016, 50(1):25-29.

[18] Nakshabendi R, Berry AC, Munoz JC. Choice of sedation and its impact on adenoma detection rate in screening colonoscopies[J]. Ann Gastroenterol, 2016, 29(1):50-55.

[19] Villa NA, Qureshi W. External pressure during colonoscopy: how and when to use it[M]. Adler DG. Core Concepts in Colonoscopy. 1st ed. NJ, USA: SLACK Incorporated, 2014.

[20] Lee SW, Chang JH, Ji JS. Effect of dynamic position changes on adenoma detection during colonoscopy withdrawal: a randomized controlled multicenter trial[J]. Am J Gastroenterol, 2016, 111(1):63-69.

[21] Hsieh YH, Koo M, Leung FW. A patient-blinded randomized, controlled trial comparing air insufflation, water immersion and water exchange during minimally sedated colonoscopy[J]. Am J Gastroenterol, 2014, 109(11):1390-1400.

[22] Sergio C, Stefano S. A randomized, controlled trial comparing real-time insertion pain during colonoscopy confirmed water exchange to be superior to water immersion in enhancing patient comfort[J]. Gastrointest Endosc, 2015, 81(3):557-560.

[23] Shah SG, Brooker JC, Williams CB, et al. Effect of magnetic endoscope imaging on colonoscopy performance: a randomized controlled trial[J]. Lancet, 2000, 356(15):1718-1722.

[24] Chen Y, Duan YT, Xie Q, et al. Magnetic endoscopic imaging vs standard colonoscopy: meta analysis of randomized controlled trials[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(41):7197-7204.

[25] Lee YT, Hui AJ, Wong VWS, et al. Improved colonoscopy success rate with a distally attached mucosectomy cap[J]. Endoscopy, 2006, 38(5):739-742.

[26] Dzeletovic I, Harrison ME, Pasha SF, et al. Comparison of single versus double-balloon assisted colonoscopy for colon examination after previous incomplete standard colonoscopy[J]. Dig Dis Sci, 2012, 57(22):2680-2686.

[27] Drew B, Schembre, Andrew S, et al. Spiral overtube-assisted colonoscopy after incomplete colonoscopy in the redundant colon[J]. Gastrointest Endosc, 2011, 73(3):515-519.

[28] Suzuki T, Matsushima M, Tsukune Y. Double-balloon endoscopy versus magnet-imaging enhanced colonoscopy for difficult colonoscopies, a randomized study[J]. Endoscopy, 2012, 44(1):38-42.

[29] Cheng WB, Michael AJM, Sivaruban K, et al. Overview of upcoming advances in colonoscopy[J]. Digest Endosc, 2011, 24(1):1-6.

[30] Cuesta R, Sola-Vera J, Uceda F. Does responsive insertion technology improve practice of colonoscopy? Results of a randomized study[J]. Scand J Gastroenterol, 2014, 49(3):355-361.

[31] Sola-Vera J, Uceda F, Brotons A. Factors related to the effectiveness of variable stiffness colonoscope: results of a multivariate analysis[J]. Rev Esp Enferm Dig, 2014, 106(1):15-21.

[32] Moreels TG, Macken EJ, Pelckmans PA. Renewed attention for overtube assisted colonoscopy to prevent incomplete endoscopic examination of the colon[J]. Dis Colon Rectum, 2013, 56(8):1013-1018.

(收稿日期:2016-02-14 修回日期:2016-04-23)

(上接第 2387 页)

外科杂志, 2012, 21(10):1308-1310.

[2] 潘屹, 常瑞, 魏正强. 拖出式单、双吻合器在超低位直肠癌术中应用的比较研究[J]. 重庆医科大学学报, 2013, 38(4):442-445.

[3] 谈凯, 谢敏, 阮戈, 等. 双吻合器在低位直肠癌保肛手术中的临床应用[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20(9):1002-1004.

[4] 王锡山. 低位直肠癌保肛手术研究进展[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2012, 19(6):590-593.

[5] Kobayashi H, Enomoto M, Higuchi T, et al. Characteristics of rectal cancer with lateral pelvic lymph node metastasis[J]. Nihon Rinsho, 2011, 69(3):170-174.

[6] 郑荣寿, 张思维, 吴良有, 等. 中国肿瘤登记地区 2008 年恶性肿瘤发病和死亡分析[J]. 中国肿瘤, 2012, 21(1):1-12.

[7] 王锡山. 直肠癌保肛手术的理念[J]. 外科理论与实践, 2012, 17(3):209-211.

[8] Moriya Y, Akasu T, Fujita S, et al. Treatment of lateral node metastasis from lower rectal cancer[J]. Nihon Geka Gakkai Zasshi, 2011, 112(5):325-329.

[9] 丁星, 梁伟. 低位直肠癌保肛手术的研究进展[J]. 山东医药, 2013, 53(1):93-95.

[10] 戴冬秋, 张春东. 直肠癌保肛手术的解剖学基础[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2012, 19(6):586-589.

[11] 孙学军, 吕春华, 韩刚, 等. 超低位直肠癌保肛手术疗效观察[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2013, 20(3):313-315.

[12] 袁家天, 吕波, 范俊, 等. 双切割吻合技术在低位直肠癌保肛术中的应用[J]. 现代临床医学, 2013, 39(2):110-111.

[13] 刘德锋, 孟翔凌. 腹会阴联合切除术与低位前切保肛术治疗低位直肠癌疗效比较的 Meta 分析[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版), 2013, 5(37):3947-3951.

[14] 赵恩宏, 肖丽君, 万立野, 等. 单吻合器行低位直肠癌超低位吻合的临床研究[J]. 河北医学, 2013, 19(10):1468-1471.

[15] 管秀雯, 李山晨, 汪晓东, 等. 低位/超低位直肠癌结直肠吻合术中运用单吻合器及双吻合器技术的疗效比较[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2013, 20(3):287-292.

(收稿日期:2016-02-16 修回日期:2016-04-22)