

- [3] 肖凡婷. 不同剂量阿托伐他汀钙联合双联抗血小板治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 基层医学论坛,2020,24(29):4260-4261.
- [4] 于洁. 阿托伐他汀钙对进展性缺血性脑卒中患者神经功能的影响[J]. 深圳中西医结合杂志,2020,30(21):184-185.
- [5] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [6] 郭小双, 尹泽刚, 严冬梅. 双联抗血小板联合不同剂量阿托伐他汀钙对急性脑梗塞患者血清MCP-1、VE-cadherin 水平的影响[J]. 心血管康复医学杂志,2019,28(4):450-454.
- [7] 韩石蕊, 赵永旗, 程洪兵, 等. 瑞舒伐他汀钙与阿托伐他汀钙对动脉粥样硬化急性脑梗死合并高血脂的疗效比较[J]. 药物评价研究,2018,41(1):122-125.
- [8] 孙秀云. 不同剂量阿托伐他汀钙治疗急性脑梗死临床观察[J]. 中国实用神经疾病杂志,2018,21(3):290-293.
- [9] 李立, 王骥, 张娜, 等. 不同剂量阿托伐他汀钙治疗急性脑梗死的疗效及其相关因素的影响[J]. 西部医学,2018,30(6):839-842,846.
- [10] 谢涛波, 钟纯正, 米东华. 双联抗血小板治疗在脑梗死患者二级预防中的应用及对远期心脑血管事件的影响[J]. 贵州医药,2018,42(9):1063-1065.
- [11] 闫贵国, 郭淑红, 石晓娟, 等. 不同剂量阿托伐他汀钙治疗对脑梗死急性期患者血管内皮功能、神经功能和血脂水平影响的对比研究[J]. 内科,2018,13(5):687-690.
- [12] 罗秋华, 张蓓. 双联抗血小板治疗脑梗死急性期的安全性和有效性分析[J]. 中国药业,2017,26(17):37-39.
- [13] 赵义纯, 任扬, 李乐军. 瑞舒伐他汀钙与阿托伐他汀钙治疗急性脑梗死血脂及炎症反应指标比较[J]. 贵州医药,2018,42(12):1476-1478.
- [14] 李雁翔, 常虹. 阿司匹林联合氯吡格雷双联抗血小板治疗急性脑梗死的作用研究[J]. 中国处方药,2019,17(3):61-62.
- [15] 刘宏丽, 尹立勇, 尹小波, 等. 急性脑梗死患者发生抗血小板药物抵抗的相关因素研究[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2019,22(4):366-371.
- [16] 刘玲. 大剂量阿托伐他汀钙对急性缺血性脑卒中患者神经功能的保护作用[J]. 中国实用神经疾病杂志,2019,22(10):1105-1110.

洛汀新联合雷公藤多苷治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效

包峰英

(呼伦贝尔市人民医院肾内科, 内蒙古 呼伦贝尔, 021000)

摘要:目的 探讨洛汀新联合雷公藤多苷治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效。方法 选取 2019 年 12 月 ~ 2021 年 6 月呼伦贝尔市人民医院收治的 64 例慢性肾小球肾炎患者为研究对象。采用随机数表法将研究对象分为对照组和观察组, 每组 32 例。对照组单纯给予洛汀新治疗, 观察组在对照组的基础上联合雷公藤多苷治疗, 统计两组治疗有效率, 并比较两组治疗前后肾功能 [血肌酐 (Scr)、尿素氮 (BUN) 以及 24 h 尿蛋白水平]、炎症因子 [白介素 6 (IL-6)、C 反应蛋白 (CRP)] 及免疫功能 [T 细胞亚群 CD4⁺、CD8⁺、CD3⁺ 细胞数和 CD4⁺/CD8⁺]。结果 观察组的总有效率高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后, 两组的 Scr、BUN、24 h 尿蛋白水平均较治疗前降低, 且观察组的 Scr、BUN、24 h 尿蛋白水平远远低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组治疗后的 CRP 及 IL-6 水平远远低于对照组, 观察组的 CD4⁺、CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平高于对照组, CD8⁺ 水平低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 洛汀新联合雷公藤多苷治疗慢性肾小球肾炎疗效确切, 能改善患者肾功能, 提升机体免疫力, 值得应用。

关键词: 洛汀新; 雷公藤多苷; 慢性肾小球肾炎; 肾功能; 免疫功能

中图分类号: R692.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-19-0033-04

慢性肾小球肾炎又称为慢性肾炎, 属于临床常见的慢性肾功能障碍性疾病, 据调查显示, 我国成人慢性肾小球肾炎的患病率为 10%, 总数高达 1 亿人, 也就是平均每 10 人就有 1 名慢性肾小球肾炎患者^[1]。慢性肾小球肾炎起病方式各有不同, 疾病进展缓慢, 可伴有程度不一的肾功能减退。若患者病情不能得到有效的管理, 随着病情发展, 最终发展为慢性衰竭的肾小球疾病, 对患者的生命安全、生活质量造成极大的影响^[2]。目前临床对于慢性肾炎主要采用药物治疗, 西

医多采用血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI), 虽能一定程度改善患者的临床症状, 降低其尿蛋白水平, 保护其肾功能, 但疗效仍然不够理想。近些年来, 中西医结合在慢性肾小球肾炎的治疗中的优势逐渐凸显。中医学认为, 慢性肾小球肾炎属于虚劳、水肿、关格以及肾风等范畴, 主要病机是脾肾亏虚和湿热毒内蕴, 治疗时需要坚持培补脾肾和温阳化气的原则^[3]。雷公藤多苷作为一类免疫制剂, 具有抗感染、免疫调节的作用, 据有关研究显示^[4], 将该药和 ACEI 联合治疗慢性肾小球肾炎能收获理想疗效。为此, 本研究现对 2019 年 12 月 ~ 2021 年 6 月呼伦贝尔市人民医院收治的慢性肾小球肾炎患者 64 例开展研究, 分析 ACEI 加雷公藤多苷对该类患者的疗效, 具

体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 12 月 ~ 2021 年 6 月呼伦贝尔市人民医院收治的 64 例慢性肾小球肾炎患者为研究对象。采用随机数表法将研究对象分为对照组和观察组, 每组 32 例。对照组男 20 例, 女 12 例; 年龄 30 ~ 68 岁, 平均年龄 (48.63 ± 4.77) 岁; 病程 3 个月 ~ 6 年, 平均病程 (3.14 ± 0.55) 年。观察组男 21 例, 女 11 例; 年龄 31 ~ 69 岁, 平均年龄 (48.72 ± 4.85) 岁; 病程 3 个月 ~ 6 年, 平均病程 (3.18 ± 0.61) 年。两组资料经对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有分组比较价值。所有患者均知情同意参与本研究, 本研究获得呼伦贝尔市人民医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

诊断标准: 依据《KDIGO 肾小球肾炎临床实践指南》^[5] 中有关慢性肾小球肾炎的诊断标准, 临床诊断: 起病缓慢, 且病情迁延不愈, 时轻时重, 检测肾功能呈现逐渐减退趋势, 后期能产生贫血、电解质紊乱、血肌酐以及血尿素氮上升等情况; 存在不同程度的血尿、蛋白尿、水肿和高血压等症状; 受呼吸道感染等因素影响导致疾病急性发作, 产生类似急性肾炎表现, 部分患者存在自动缓解期。病理诊断: 不同病理类型、病因及发病机制也不尽相同。在我国, 常见的病理类型有系膜增生性肾小球肾炎, 局灶节段性肾小球硬化、膜性肾病及膜增生性肾小球肾炎。多数慢性肾炎为免疫介导炎性反应, 一部分可由急性肾炎发展迁延不愈所致。

纳入标准: ①均与慢性肾小球肾炎的诊断标准相符。②血肌酐 $< 442 \mu\text{mol/L}$, 且 24 h 尿蛋白定量 $< 3.5 \text{ g}$, 预估肾小球滤过率 $\geq 30 \text{ mL}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 。③年龄 ≥ 18 岁。④均能配合完成本研究。⑤有完整的临床资料。

排除标准: ①存在冠脉或者脑动脉硬化以及心脏病等。②存在糖尿病肾病、过敏性紫癜肾炎和狼疮肾炎等其他继发性肾炎者。③存在急性肾炎和肾病综合征等其他肾小球病者。④移植肾、孤立肾以及两侧肾动脉狭窄者。⑤存在精神障碍者。⑥过敏体质者。⑦存在重度肝肾功能障碍病者。⑧处在妊娠或者哺乳阶段女性。⑨拒绝或者中途退出研究者。

1.3 方法

两组入院后均完善有关检查, 后予以常规治疗, 低蛋白饮食 [0.8 ~ 1.0 g/(kg · d)], 血压高者依次加用 ACEI/ARB、CCB 类药物; 水肿明显者适当使用利尿剂 (如呋塞米等), 指导患者摄入维生素含量丰富的食物, 确保休息充足, 维持水电解质在平衡状态等。

对照组采用洛汀新 (生产企业: 北京诺华制药有限公司, 国药准字 H20000292) 治疗, 开始治疗时推荐剂量为 10 mg/d, 1 次/d, 若疗效不佳, 可加至 20 mg/d。必须根据血压的反应来调整使用剂量, 通常应该每隔 1 ~ 2 周调整 1 次。

观察组在对照组用药基础上雷公藤多苷片 (生产企业: 贵州汉方药业有限公司, 国药准字 Z52020369, 规格:

10 mg × 50 s) 口服, 1 ~ 1.5 mg/(kg · d), 分 3 次饭后服用。两组均连续治疗 3 个月。

1.4 观察指标

①总有效率: 分别在两组结束治疗后 2 个月开展疗效评定, 治愈: 24 h 尿蛋白 $< 0.2 \text{ g}$, 症状完全消失, 且肾功能恢复到正常状态; 显效: 24 h 尿蛋白减少超过 50%, 症状明显缓解, 且肾功能基本恢复到正常状态; 好转: 24 h 尿蛋白减少 25% ~ 50%, 症状和肾功能均有一定改善; 无效: 不符合上述标准^[7]。总有效率 = (治愈 + 显效 + 好转) 例数 / 总例数 × 100%。

②肾功能指标: 分别在治疗前后抽取两组空腹状态下的静脉血液 3 mL 和新鲜尿液 10 mL, 取上清液待测, 进行离心处理后分离得到血清, 后经生化分析仪及配套试剂 (生产企业: 迈瑞生物医疗电子股份有限公司, 型号: BS200) 检测血肌酐 (Scr)、尿素氮 (BUN) 以及 24 h 尿蛋白。

③血清炎症因子: 于治疗前后取清晨静脉血 5 mL, 经仪器分离后应用酶联免疫吸附法检测白介素 6 (IL-6)、C 反应蛋白 (CRP)。

④免疫功能指标: 分别在治疗前和治疗 2 周后抽取两组空腹状态下的静脉血液 3 mL, 后经流式细胞检测仪检测两组外周血中 T 细胞亚群 CD4⁺、CD8⁺、CD3⁺ 细胞数和 CD4⁺/CD8⁺ 比值。

质量控制: ①在设计阶段, 细化排除慢性肾小球肾炎以外的患者, 以减少选择性偏倚。②组建质控小组, 负责课题研究的环节质量与终末质量控制。③回收问卷时简单检查有无误写或漏写, 一旦发现及时与受试者核对确认并更改。④避免沾染和干扰: 参与本研究的患者之间无相互影响的风险。

1.5 统计学分析

选择 SPSS 22.0 软件对研究内全部数据实施计算处理, 计数资料用 $[n(\%)]$ 表示, 比较采用 χ^2 检验; 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组总有效率比较

观察组的总有效率远远超出对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组总有效率比较

组别	例数	[n(%)]				总有效率
		治愈	显效	好转	无效	
观察组	32	7(21.88)	14(43.75)	9(28.13)	2(6.25)	30(93.75)
对照组	32	2(6.25)	10(31.25)	12(37.50)	8(25.00)	24(75.00)
χ^2						4.267
P						0.039

2.2 两组肾功能指标比较

治疗前, 两组 Scr、BUN、24 h 尿蛋白水平相比差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组的 Scr、BUN、24 h 尿蛋白水平平均较治疗前降低, 且观察组的 Scr、BUN、24 h 尿蛋白水平远远低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组肾功能指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Scr($\mu\text{mol/L}$)		BUN(mmol/L)		24 h 尿蛋白(g)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	32	328.96 \pm 25.74	300.10 \pm 14.78*	11.86 \pm 2.65	6.74 \pm 2.10*	1.74 \pm 0.45	1.15 \pm 0.22*
对照组	32	329.45 \pm 24.60	320.68 \pm 16.15*	11.80 \pm 2.72	8.35 \pm 2.26*	1.75 \pm 0.40	1.50 \pm 0.24*
<i>t</i>		0.097	6.647	0.112	3.690	0.117	7.602
<i>P</i>		0.923	<0.001	0.911	<0.001	0.907	<0.001

注: 和本组治疗前相比, * $P < 0.05$ 。

表 4 两组免疫功能指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD3 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	32	32.48 \pm 4.25	37.90 \pm 5.36*	27.66 \pm 4.10	22.35 \pm 3.42*	43.55 \pm 6.14	67.28 \pm 6.05*	1.16 \pm 0.34	1.78 \pm 0.42*
对照组	32	32.56 \pm 5.04	34.12 \pm 5.38*	27.58 \pm 4.45	24.98 \pm 4.86*	43.68 \pm 6.02	51.80 \pm 5.75*	1.15 \pm 0.36	1.40 \pm 0.35*
<i>t</i>		0.086	3.520	0.093	3.129	0.107	13.114	0.143	4.915
<i>P</i>		0.932	<0.001	0.926	0.002	0.915	<0.001	0.887	<0.001

注: 和本组治疗前相比, * $P < 0.05$ 。

2.3 两组炎症因子指标比较

治疗前, 两组的 CRP、IL-6 水平相比差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组的 CRP、IL-6 水平均较前降低, 且观察组的 CRP 及 IL-6 水平远远低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组免疫功能指标比较

治疗前, 两组 CD4⁺、CD8⁺、CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平相比差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后观察组的 CD4⁺、CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平高于对照组, CD8⁺ 水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 3 两组炎症因子指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP(mg/L)		IL-6(mg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	32	79.79 \pm 14.35	4.17 \pm 1.08*	94.28 \pm 3.61	27.75 \pm 2.85*
对照组	32	78.36 \pm 15.24	9.43 \pm 2.16*	94.34 \pm 3.27	36.05 \pm 3.96*
<i>t</i>		0.354	-6.872	1.844	7.415
<i>P</i>		0.452	<0.001	0.074	<0.001

注: 和本组治疗前相比, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

慢性肾小球肾炎属于临床一类较为常见的肾炎综合征, 能出现在任何年龄段人群中, 且青中年是疾病高发群体, 尤以男性较为多见^[6]。该病患者症状呈现出多样性, 初期起病隐匿, 未及时进行救治, 患者病情能逐渐恶化产生程度不一的肾功能减退, 病情时轻时重, 常常迁延不愈, 后期可引发重度贫血、视网膜病变、尿毒症等一系列严重疾病, 甚至发展成慢性肾衰, 对患者的身心健康产生严重危害^[7-8]。因此, 疾病一经确诊后及时予以治疗防止病情进一步发展、对改善患者预后意义重大。

当前, 针对慢性肾小球肾炎治疗的药物种类较多, 包含糖皮质激素、ACEI 以及免疫抑制剂等, 洛汀新作为一种长效

的 ACEI, 可减少尿蛋白生成, 延缓肾小球硬化, 然而单独用疗效并不理想, 不良反应较多, 治疗风险较高^[9]。因此, 选择治疗方案时需要及时把握患者的药物适应证, 充分考虑到用药风险。据有关研究表明^[10], 免疫反应介导引发的炎性反应受损属于肾炎发生的一个重要影响因素, 与此同时, 免疫遗传因素等也能引发慢性肾小球肾炎。中医尝试从免疫调节的角度展开治疗, 雷公藤多苷具有祛风解毒、消肿止痛、活血通络之功, 现代药理学认为其具有抗感染及抑制细胞免疫和体液免疫等作用^[10]。本研究结果显示, 观察组的总有效率远远超出对照组 ($P < 0.05$), 治疗后观察组 Scr、BUN、24 h 尿蛋白均低于对照组, 说明洛汀新联合雷公藤多苷能够有效改善肾功能指标。考虑原因是洛汀新作为一类 ACEI 药物, 能防止血管紧张素 I 变成血管紧张素 II, 降低醛固酮分泌量, 对肾脏血管起到扩张作用, 使肾脏血流量增多^[11-12]。中医学认为, 慢性肾小球肾炎属于肾风和水肿等范畴, 是外邪入侵机体以及劳倦内伤等所致的肾失开阖、脾肾亏虚、脾失传输以及气化失常, 湿浊之邪堆积在肾脏中引起^[13]。从中医药方面分析, 雷公藤多苷是雷公藤的提取物, 可抑制肾脏系膜细胞及基质增生, 减少蛋白漏出量, 稳定并控制蛋白尿, 修复肾脏滤过膜, 防止蛋白尿造成的肾间质纤维化和肾小球硬化, 改善肾功能指标^[14]。另外本研究发现, 观察组治疗后 CRP 及 IL-6 水平远远低于对照组, CD4⁺、CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平高于对照组, CD8⁺ 水平低于对照组 ($P < 0.05$)。进一步说明洛汀新联合雷公藤多苷能够降低患者炎症因子水平, 提高免疫功能。主要由于雷公藤多苷能够抑制患者体内的异常免疫功能, 减轻免疫炎性反应; 同时能够减轻血管内皮损伤, 从而降低炎性反应指标, 调节体液免疫与细胞免疫^[15]。

综上所述, 洛汀新联合雷公藤多苷治疗慢性肾小球肾炎疗效确切, 能改善其肾功能, 降低炎性反应, 提升机体免疫功能, 且安全性较高, 值得采用。此外, 本研究中依旧有一定的不足之处, 例如选取的样本量较小, 且研究时间不长, 未对两

组进行远期随访,还应在日后研究中扩大样本量,延长研究时间,深入分析洛汀新联合雷公藤多苷对慢性肾小球肾炎的远期疗效,更好地指导临床实践。

参考文献

- [1] 叶雅龙,邱焱昌,梁文东,等.洛汀新联合雷公藤多苷治疗慢性肾炎的临床疗效[J].检验医学与临床,2021,18(16):2392-2394.
- [2] 关智勇.洛汀新与黄芪注射液联合治疗慢性肾炎临床效果研究[J].基层医学论坛,2016,20(10):1344-1345.
- [3] 王龙,徐闪闪,代彦林,等.雷公藤多苷片联合清热止血方对紫癜性肾炎患者的临床疗效[J].中成药,2021,43(4):914-918.
- [4] 白正日.健脾益肾、利湿泄浊法联合雷公藤多苷片对慢性肾小球肾炎患者肾功能、免疫指标及细胞因子的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(2):195-199.
- [5] 王海燕.KDIGO 肾小球肾炎临床实践指南[M].北京:人民卫生出版社,2013:168-170.
- [6] 鲍浩月,陈凯.黄葵胶囊联合缬沙坦、雷公藤多苷片对慢性肾炎患者尿TGF- β 1、MMP-9及TIMP-1水平的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(5):62-63,66.
- [7] 李高峰.养阴清瘀汤联合雷公藤多苷片治疗过敏性紫癜性肾炎临

床分析[J].实用中医药杂志,2021,37(1):3-4.

- [8] 曾莉,何敬东,卿山林,等.小剂量雷公藤多苷治疗慢性肾小球肾炎的疗效及对炎症因子与肾血流动力学的影响[J].西部医学,2020,32(8):1214-1218.
- [9] 钟娇霞,颜海峰,霍开明,等.丙种球蛋白联合雷公藤多苷治疗儿童过敏性紫癜性肾炎的效果及对尿蛋白、尿红细胞的影响[J].疑难病杂志,2020,19(1):66-70.
- [10] 张雪梅,陈华茜.雷公藤多苷联合ACEI/ARB治疗慢性肾小球肾炎的Meta分析[J].中国中西医结合肾病杂志,2021,22(6):520-525.
- [11] 何传梅,刘锦秀,韩红,等.雷公藤多苷治疗紫癜性肾炎患儿的疗效和安全性分析[J].世界中医药,2020,15(20):3094-3096.
- [12] 曲海顺,程亚清,张献之,等.雷公藤多苷辅助治疗狼疮性肾炎的Meta分析[J].世界中医药,2020,15(19):2910-2919.
- [13] 龙武彬,苏伟,庄越,等.雷公藤多苷联合来氟米特及糖皮质激素治疗绝经后狼疮性肾炎[J].西部医学,2021,33(6):879-881,886.
- [14] 师小萌,王月美,边莉,等.中医临床辨证施治成人过敏性紫癜性肾炎疗效及对血EGF、PAF-AH表达的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(33):3711-3714,3752.
- [15] 刘瑶,李伟.慢性肾小球肾炎的中医病机与微观辨证研究探讨[J].世界科学技术-中医药现代化,2019,21(6):1062-1067.

腹腔镜下与传统开腹结直肠癌根治术治疗 结直肠癌并梗阻的效果比较

潘雷

(齐河县人民医院普外科,山东 德州,251100)

摘要:目的 比较腹腔镜下与传统开腹结直肠癌根治术治疗结直肠癌(CRC)并梗阻的效果。方法 选取2019年7月~2021年8月齐河县人民医院收治的60例CRC并梗阻患者作为研究对象,按照随机摸球法分成研究组与对照组,每组30例,对照组给予开腹结直肠癌根治术治疗,研究组给予腹腔镜结直肠癌根治术治疗,比较两组围术期指标、炎症因子、疼痛程度及并发症。结果 两组手术时间比较差异无统计学意义($P>0.05$),研究组与对照组相比术中出血量明显更少($P<0.05$),腹壁切口长度明显更短($P<0.05$),肛门排气时间、肠蠕动时间,术后导尿管留置时间、住院时间明显更短($P<0.05$);两组术后C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平均明显升高($P<0.05$),但研究组与对照组相比明显更低($P<0.05$);与对照组相比,研究组术后6h、24h、48h、72h视觉模拟评分法(VAS)评分明显更低($P<0.05$);与对照组相比,研究组切口感染、下肢静脉血栓、肺部感染等并发症发生率明显更低($P<0.05$)。结论 CRC并梗阻患者给予腹腔镜手术治疗,能够改善围术期指标,调节炎症因子水平,降低疼痛程度,减少并发症的发生。

关键词:腹腔镜手术;开腹手术;结直肠癌;肠梗阻;炎症因子

中图分类号:R735.3 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-8011(2022)-19-0036-04

结直肠癌(CRC)是胃肠道恶性肿瘤的一种,发病率位于恶性肿瘤的第3位,患者初期无明显症状,中后期患者会逐渐出现便血、腹泻、排便习惯改变等症状,严重者会出现肠梗阻^[1-2]。CRC的发病与患者日常生活习惯和家庭遗传因素都

有关系,目前CRC发病率出现上升的趋势,合并肠梗阻病情更为严重,临床多采用手术治疗^[3-4]。结直肠癌根治术治疗能够提高患者生存率,改善患者预后,对降低患者复发风险也具有重要的作用,但手术本身也是一种应激性操作,会导致患者体内炎症因子水平异常。传统开腹手术在切除CRC病灶时,会导致肠管在空气中暴露,随着暴露时间的增加,空气

作者简介:潘雷(1972.11-),男,汉族,籍贯:山东省德州市,硕士研究生,副主任医师,研究方向:普外科肝胆胃肠。