

文章编号:1005-6947(2004)04-0310-02

· 临床报道 ·

急性左半结肠癌梗阻 48 例诊治体会

欧阳正晟, 何云, 潘艾春

(湖南省永州市人民医院二院 普外科, 湖南 永州 425000)

摘要:对 48 例急性左半结肠癌梗阻的诊断方法、手术时机及手术方式选择进行分析。结果显示:48 例中行一期切除吻合 40 例(83.3%);Hartmann 手术 1 例;先行结肠造口,二期手术 4 例;肠捷径手术 2 例;永久性结肠造口 1 例。无 1 例发生吻合口漏。无 1 例死亡。提示:急性左半结肠癌梗阻一期切除吻合是可行的,术中彻底的结肠减压及灌洗是保证一期切除吻合安全的前提,合理的围手术期处理是手术成功的重要措施。

关键词:结肠肿瘤/并发症;肠梗阻/病因学

中图分类号:R735.35;R574.2 **文献标识码:**B

我院自 1990~2002 年共收治急性左半结肠癌梗阻患者 48 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 48 例,男 30 例,女 18 例。年龄 40~85 岁,平均 55 岁。结肠脾曲癌 13 例,降结肠癌 11 例,乙状结肠癌 24 例。均以腹痛、腹胀、肛门停止排气排便急诊入院。不伴呕吐,肛门指检直肠内空虚,未扪及肿块。腹部 X 线片均报告肠袢扩张及液气平面,提示低位肠梗阻。25 例行 X 线钡灌肠检查,22 例表现为病变结肠呈向心性或偏心性狭窄,提示结肠癌。

1.2 手术时机及手术方式

48 例均急诊手术,入院至手术时间 1~3h 者 15 例,6~12h 者 20 例,12~24h 者 12 例,24~48h 者 1 例。行急诊左半结肠癌一期切除吻合 40 例,Hartmann 手术 1 例,先行结肠造口,再行二期切除手术 4 例,肠捷径手术 2 例,永久性结肠造口 1 例。

1.3 结肠灌洗方法

40 例一期切除吻合患者术中均行结肠灌洗。方法为:游离左半结肠,在肿瘤近端肠钳钳夹切断,将近端肠管提出腹部切口外置入盘内并开放减压,切除阑尾,经阑尾残端插入气囊导尿管至盲肠,用温生理盐水(总量 >10 000ml)灌洗肠腔清洁后,再以 0.5% 甲硝唑及 0.1% 新洁尔灭各 200ml 灌洗。

2 结果

2.1 病理报告

收稿日期:2003-09-18; 修订日期:2004-02-18。

作者简介:欧阳正晟(1970-),男,湖南永州人,湖南省永州市人民医院二院主治医师,主要从事普外肿瘤方面的研究。

无法根治切除的病例,尽可能切除病灶,辅以术后化疗、放疗,可延长病人生存期。毛捷鸿等^[6]认为术前化疗有助于降低部分病人的 Dukes 分期,为再次手术创造条件。对于手术的适应证,我们认为只要患者身体状况可,无极度恶病质表现,无手术禁忌证,均应争取再手术。至于远处转移或重要脏器受累不是绝对禁忌。随着经验的积累,手术适应证可不断放宽。

参考文献:

- [1] Wanebo HJ, Koness RJ, Vezeridis MP, et al. Pelvic resection of recurrent rectal cancer[J]. Ann Surg, 1994, 220(4): 586-595.
- [2] Kelly CJ, Daly JM. Colorectal cancer [J]. Cancer, 1992, 70

(suppl5): 1397-1408.

- [3] Abulafi AM, Williams NS. Local recurrence of colorectal cancer; the problem, mechanisms, management and adjuvant therapy [J]. Br J Surg, 1994, 81(1): 7-19.
- [4] Michelassi F, Vannucci L, Ayala JJ, et al. Local recurrence after curative resection of colorectal adenocarcinoma [J]. Surgery, 1990, 108(4): 787-793.
- [5] Liu SY, Wang YN, Zhu WQ, et al. Total pelvic exenteration for locally advanced rectal carcinoma [J]. Dis Colon Rectum, 1994, 7(2): 172-174.
- [6] 毛捷鸿, 李小沛. 直肠癌术后局部复发的再手术治疗(附 25 例报告) [J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(3): 237-240.

术后病理报告:中、高分化腺癌21例,乳头状腺癌8例。管状腺癌9例,黏液腺癌4例,低分化腺癌6例。

2.2 术后并发症

术后发生并发症11例(22.9%),其中切口感染9例,肺部感染1例,肠粘连1例,经对症处理后治愈。无1例发生肠漏,无1例死亡。

2.3 随访

全部病例均随访,随访时间为1~5年。一期切除吻合术与先行结肠造口、二期手术,术后1年(95.0%:50.0%),2年(86.1%:33.3%),3年(67.7%:33.3%),5年(58.3%:0)生存率,差异均有显著意义(均 $P < 0.01$)(附表)。

附表 各种手术方式术后生存率分布

手术方式	1年(%)	2年(%)	3年(%)	5年(%)
一期切除吻合术	95.0(38/40)	86.1(31/36)	67.7(21/31)	58.3(14/24)
Hartmann术	100(1/1)	100(1/1)	0	
先结肠造口,二期手术	50.0(2/4)	33.3(1/3)	33.3(1/3)	0
肠捷径手术	50.0(1/2)	50.0(1/2)	0	
永久性结肠造口术	100(1/1)	0		

3 讨论

文献^[1]报告,在急性肠梗阻中,因结肠癌引起的梗阻占8%~21%,其中以左半结肠癌发生率高。因此,凡遇年龄40岁以上,不明原因低位肠梗阻时要高度怀疑结肠癌。既往大便习惯改变,便秘、便血与腹泻交替,或黏液血便史,对诊断结肠癌很有帮助。尽管纤维结肠镜有助于结肠癌的诊断,但因其对肠道清洁准备要求高,故在急性肠梗阻时不宜采用。而B超则因肠梗阻时积气积液,难以探测到肿瘤回声,对诊断帮助不大。本组中25例行X线钡剂灌肠检查,22例提示结肠癌,符合率达88%。因此,笔者认为钡灌肠对急性肠梗阻时的结肠癌诊断准确、安全、简单。

由于急性左半结肠癌梗阻时呈闭袢性肠梗阻病理改变,容易导致肠壁缺血坏死,脓毒性休克。因此,对手术治疗应持积极态度。笔者认为,有下列情况者应及时手术:(1)左半结肠梗阻诊断确立,观察6~12h症状体征无缓解,且进行性加重者。(2)完全性左半结肠梗阻或并发腹膜炎,疑肠绞窄者。(3)梗阻合并脓毒性休克者,在抗休克同时急诊手术。

急性左半结肠癌梗阻手术治疗原则是解除梗阻,切除肿瘤。但由于左半结肠肠壁薄,血运较差,肌层欠发达,因而

愈合能力差。加之梗阻后肠壁水肿及粪便堆积,如不经特殊处理即行一期切除吻合,术后吻合口漏发生率很高。所以传统手术方式是先行结肠造口解除梗阻,在充分肠道准备前提下,二期切除肿瘤、肠吻合。但这一术式增加了患者多次手术的痛苦及经济负担,5年生存率明显降低,且部分患者未能按计划完成二期手术时肿瘤已转移,从而失去根治机会。

近年来,越来越多的学者^[2~4]主张急性左半结肠癌梗阻行一期切除吻合。它克服了分期手术的诸多弊端,本组48例中,一期切除吻合40例,占83.3%,无1例发生吻合口漏或死亡。笔者的体会是:(1)围手术期积极改善患者全身状况,纠正水电解质酸碱平衡紊乱及低蛋白血症,联合应用高效广谱抗生素加强抗炎。(2)术中结肠彻底减压灌洗是一期切除吻合成功的前提。它可使左半结肠癌梗阻患者肠道细菌降至安全进行结肠吻合的水平。大鼠实验表明:术中给予肠减压及抗生素液灌洗肠腔组,术后吻合口抗张强度及羟脯氨酸含量均高于未处理组,而丙二醛含量则显著低于未处理组^[2]。从而可促进吻合口愈合,避免吻合口漏。(3)正确判断肠管生机,对浆膜不完整或大块撕裂,肠管无蠕动,肠壁菲薄,紫黑或失去光泽,严重水肿,切开后无渗血,黏膜坏死脱落者予彻底切除。(4)保证吻合口血运好,无张力及远端通畅。术后坚持扩肛至肠蠕动恢复,肛门排气排便。

本组资料表明,急性左半结肠癌梗阻一期切除吻合是可行的,术中彻底的结肠减压及灌洗是保证一期切除吻合成功的前提,合理的围手术期处理是手术成功的重要措施。分期手术仅适用于那些年老体衰,一般情况差或合并重要器官功能不全,不能承受长时间手术打击者。

参考文献:

- [1] Fitch CW, Hoffman GC. obstructing malignant lesions of the colon [J]. Surg Clin North Am, 1986, 66(5): 801-803.
- [2] 王子卫, 韩文妙. 左半结肠癌性梗阻的外科治疗 [J]. 腹部外科, 2000, 13(5): 267-268.
- [3] 郑新平, 范祥妹, 吴起增. 结肠癌伴急性结肠梗阻16例诊治体会 [J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(6): 562-563.
- [4] 罗梅华, 曾敦述. 左半结肠癌并急性肠梗阻的术式探讨: 附42例报告 [J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(8): 635-636.