

文章编号:1005-6947(2005)03-0231-02

· 临床报道 ·

# 结肠癌合并急性肠梗阻:附56例报告

郭继雄, 邓维成, 肖翠兰, 丁国剑, 朱金华, 孔国庆

(湖南省血防所附属湘岳医院 外科, 湖南 岳阳 414000)

**摘要:**为探讨结肠癌并急性肠梗阻的外科处理原则。笔者回顾性分析结肠癌并急性肠梗阻56例临床资料。结果显示,全组Dukes A期4例,B期28例,C期14例,D期10例。行左半结肠切除吻合术32例,右半结肠切除吻合术21例。左半结肠切除吻合术中并发肠梗阻2例,切口感染和腹腔感染各2例,均治愈;右半结肠癌切除术治愈20例,死亡1例,并发吻合口瘘1例,切口感染4例和腹腔感染2例,均治愈。提示充分术前准备,有效的肠道减压,合理围术期处理,无论右半结肠癌还是左半结肠癌所致急性肠梗阻,绝大部份患者选择一期切除吻合术是安全可行的。

**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

结肠癌是胃肠道中常见的恶性肿瘤,结肠癌并急性肠梗阻者约占结肠癌的8%~23%。笔者1994~2004年共收治结肠癌合并急性肠梗阻56例,其中53例采用一期切除吻合术,疗效满意。现报导如下。

**收稿日期:**2005-01-11; **修订日期:**2005-02-06。

**作者简介:**郭继雄(1953-),男,湖南祁阳人,湖南省血防所附属湘岳医院副主任医师,主要从事肝胆胃肠方面的研究。

**通讯作者:**郭继雄 13908406911(手机)。

呈“鹅卵石样”改变<sup>[3]</sup>;(2)内镜下以胃体部及大弯侧多灶性、多形性及弥漫性的息肉样、溃疡样及浸润性损害;(3)活组织检查时多点、足量、足够深度(因PGML为黏膜下肿瘤)取材<sup>[3]</sup>,除常规切片染色检查外,并应用免疫组化检查。可大大提高对本病的诊断率,而降低误诊率。特别是内镜下正确取材后的病理检查和免疫组化检查。

PGML的手术切除率和5年生存率均优于胃癌,并且对放疗和化疗均有良好反应。所以,目前大多数学者仍主张以手术为主的综合治疗。笔者亦有同感,从本组资料看,即使瘤体较大,但肿瘤与周围脏器多为非浸润性粘连,多数能被分离切除,即使侵及邻近脏器也可采取联合切除。在本组6例病灶直径大于10cm者中,有2例就顺利切除了病灶,4例因有腹腔内较广泛转移,作了姑息性切除。由于手术切除了胃原发病灶,能避免可能出现的梗阻、穿孔和大出血等并发症。结合术后辅以适当的放射治疗或化学治疗,能获得较长的生存期,即使瘤体大,或IIE期病例,在切除原发灶后辅以放疗或化疗,亦能获得长期生存。本组瘤体大于10cm者6例中,有2例病灶完全切除者和2例只切除原发灶者,经术后辅助性放疗或化疗生存期超过5年,5年生存率为66.7%。较胃的其他恶性肿瘤的5年生

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男38例,女18例,年龄28~73岁,其中60岁以上40例。左半结肠梗阻34例,右半结肠梗阻22例。腺癌52例,其中4例并结肠血吸虫肉芽肿;黏液癌1例,息肉恶变3例。完全性梗阻38例,不完全性梗阻18例。Dukes分期:A期4例,B期28例,C期14例,D期10例。病程1周28例,1~3周19例,3周以上9例。

存期明显为高。在长期随访中笔者注意到对复发灶和转移灶再次手术切除后辅以放疗或化疗,同样获得较长时间的生存。

因此对PGML在术前或术中若能正确诊断,尽可能采取以手术为主的综合治疗,对提高本病的5年生存率和长期生存率是非常重要的,即使对瘤体较大或与周围脏器有粘连,甚至已有较广泛腹腔淋巴转移病例,在尽可能手术切除原发病灶后,辅以术后放疗或化疗也可获得较好效果。对复发或转移病例,情况允许时,可行病灶再切除辅以放疗或化疗,同样可获得较长生存期,不应放弃。

### 参考文献:

- [1] Dawson IMP. Primary malignant lymphoid tumor of the intestinal tract report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis [J]. Br J Surg, 1961, 49(2): 80.
- [2] 王吉甫. 胃肠外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000. 350-356.
- [3] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1992. 1107-1108.
- [4] 王舒宝. 胃原发恶性淋巴瘤诊治中的几个问题[J]. 实用外科杂志, 1993, 13(2): 82-84.

## 1.2 术前准备

(1)持续胃肠减压;(2)纠正水电解质酸碱平衡紊乱;(3)控制感染,术前均静脉使用大剂量抗菌素,术时超过2h追加一次,选择抗厌氧菌及革兰氏阴性杆菌为主的抗生素;(4)肠道准备,完全性肠梗阻禁止灌肠及口服抗生素,不完全性肠梗阻适量口服石蜡油润滑性缓泻剂,但禁用甘露醇。

## 1.3 手术方式

均于术中经末段回肠或结肠行梗阻近端肠管减压和(或)灌洗术,包括穿刺4例,切开4例,插管3例,结肠袢外置造瘘减压35例。左半结肠一期切除吻合术32例;右半结肠一期切除吻合术21例。

## 2 结果

左半结肠癌切除术32例,均治愈,无1例发生吻合口瘘,发生肠梗阻2例,切口感染和腹腔感染各2例,均经保守疗法治愈;右半结肠癌切除术21例,治愈20例,死亡1例,为73岁患者,合并肺气肿、肺心病,术后出现感染、多器官功能衰竭死亡。术后发生吻合口瘘1例,切口感染4例和腹腔感染2例,均保守治疗治愈。

## 3 讨论

### 3.1 术前准备

结肠癌一旦发生急性肠梗阻,由于回盲瓣的作用,即呈闭袢性肠梗阻的病理改变而迅速发生肠绞窄,易发生水电解质酸碱失衡和严重感染。还由于患者一般年龄大(本组60岁以上占71%),有的还合并有心脑血管等疾病。因此,需作好充分术前准备,其中静脉应用抗生素尤其重要。实验研究表明<sup>[1]</sup>急性肠梗阻易发生肠道细菌的易位,抗生素围手术期大剂量静脉给药比口服给药术后感染率低。本组仅10例发生切口感染和腹腔感染。

### 3.2 术中结肠减压灌洗

结肠癌性梗阻时,由于肠管极度扩张,一方面容易发生血运障碍,易缺血坏死穿孔破裂,另一方面妨碍手术显露及操作。因此有效的肠道减压能减轻肠管张力,恢复血运。术中肠道减压的方法有穿刺、切开、插管、结肠袢外置造瘘减压。彭淑牖等<sup>[2]</sup>认为结肠外置造瘘减压是一种彻底快速而无污染的肠减压术。切除肿瘤及肠管后,将肠管近端肠腔予以络

合碘和甲硝唑分别灌洗。本组采用此法35例,除1例外,均行一期切除吻合,无1例瘘发生。

### 3.3 手术方式的选择

结肠癌梗阻手术的目的是解除梗阻、根治肿瘤。过去普遍认为右半结肠癌实施一期切除吻合,左半结肠癌需一期切除造瘘,二期闭瘘。据邱成志等<sup>[3]</sup>报道大肠癌一期切除与分期切除5年生存期分别为30%~48%和21%~21.43%,因此许多作者对左半结肠癌都争取选择一期切除吻合,然而对左半结肠癌一期吻合是有风险的,主要存在于近端肠袢大量粪便积蓄,难以彻底清除,肠壁不同程度的扩张和组织水肿,内环境紊乱,特别是水电解质酸碱平衡失衡以及贫血、低蛋白血症等。刘玉林等<sup>[4]</sup>认为,急性癌性结肠梗阻的理想手术方案是一期根治性切除吻合术,并认为具备下列条件者可行一期吻合:(1)全身情况良好,无低蛋白血症和中毒表现;(2)梗阻时间不长,肠道污染轻;(3)肠道色泽好,炎症水肿不重。但对于不符合条件者则应分期手术,决不留下有遗憾的吻合口。张明祥<sup>[5]</sup>认为右半结肠和左半结肠癌性梗阻行一期切除吻合术同样具有安全性,术后应加强围手术期合并症的处理。

总之,结肠癌伴肠梗阻是外科急重症之一,充分的术前准备,有效肠道减压术,熟练的操作技术,合理的围手术期处理,无论右半结肠癌还是左半结肠癌所致急性肠梗阻的绝大部分患者,施行一期切除吻合术均是安全可行的。

### 参考文献:

- [1] 徐惠绵,郑吉祥,贺房勇,等.结肠癌致梗阻308例外科处理综合报告[J].中国实用外科杂志,1995,15(7):412-413.
- [2] 彭淑牖,王晓年,牟一平,等.左半结肠癌急性梗阻一期切除吻合的安全保证[J].中国实用外科杂志,1998,18(11):664-666.
- [3] 邱成志.大肠癌并急性肠梗阻治疗体会[J].实用医学杂志,1996,12(10):680-681.
- [4] 刘玉林,高付升,万远廉,等.急性癌性结肠梗阻的诊断与治疗[J].中国实用外科杂志,1998,18(11):668-669.
- [5] 张明祥.老年结肠癌性梗阻诊治体会[J].中国普通外科杂志,2004,13(5):398-399.