

文章编号:1005-6947(2005)03-0233-02

· 临床报道 ·

# 结肠穿孔的手术治疗:附18例报告

周泽民, 喻讷勇, 周晓东, 杨晓发

(解放军第五三五医院 外一科, 湖南 怀化 418008)

**摘要:**为探讨急诊手术治疗不同病因致结肠穿孔的手术方式及治疗方法。笔者对18例不同原因的结肠穿孔手术病人的临床资料进行回顾分析。18例中2例自发性升结肠穿孔,全身情况差,全腹弥漫性腹膜炎,腹腔污染严重,行冲洗腹腔,修补穿孔,穿孔近端造瘘。术后均出现不可逆性休克,治疗无效死亡。2例纤维结肠镜检查致乙状结肠穿孔,行肠破裂修补术;13例癌性结肠穿孔,1例乙状结肠扭转肠坏死穿孔,腹腔污染严重,病情严重,分期手术,治愈出院。提示结肠穿孔的手术方式是决定预后的关键,治疗应当个体化,根据患者全身情况,腹腔污染程度,致穿孔病因来决定手术方式:纤维结肠镜检查所致结肠穿孔,可实施一期修补手术。癌性溃疡致结肠穿孔宜采取分期手术的方式;自发性结肠穿孔应根据情况采用一期或分期手术。手术治疗应与综合治疗并重。

**关键词:**结肠疾病/外科学;肠穿孔/外科学

**中图分类号:**R574.62;R656.1 **文献标识码:**B

结肠穿孔是普通外科的急症,引起结肠穿孔的原因有多种,若不及时处理可引起严重后果。术中处理的方式直接影响到患者的预后,我院手术治疗不同病因所致的结肠穿孔18例,死亡2例,现就其临床特点和诊治情况报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 自发性升结肠穿孔

本组自发性升结肠穿孔2例,均为男性,分别为50岁和52岁,以右下腹痛加重伴全腹痛3d,9d入院。入院时患者均为慢性脱水病容,测体温正常,脉搏分别为92次/min和96次/min,血压分别为125/70mmHg和115/80mmHg。实验室检查:血象正常1例,另1例白细胞 $14.8 \times 10^9$ ,中性0.87,尿素氮均升高,电解质检查正常。体查均为全腹压痛及肌紧张。手术证实为自发性升结肠穿孔,弥漫性腹膜炎,污染严重,手术方式为冲洗腹腔,修补穿孔,穿孔近端回肠造瘘。术中收缩压即下降到90mmHg,术后均出现不可逆性休克,经抗感染,抗休克治疗无效,患者术后第2天死亡。

### 1.2 纤维结肠镜检查意外穿孔

本组2例,男1例,46岁;女1例,35岁。均在肠镜检

查术中突然出现下腹部剧痛,迅速波及全腹,伴有腹胀,心慌。施检者即怀疑发生穿孔,体查:均稍有腹胀,下腹部压痛肌紧张,血常规检查均正常,腹部平片检查见膈下游离气体确认诊断。均急诊剖腹探查,术中证实乙状结肠破裂,裂口大小约1.5cm,裂口不规则,盆腔内有血性混浊渗液约250mL。均行肠破裂修补术,全层加浆肌层间断缝合修补,冲洗腹腔。术后禁食,胃肠减压,抗感染,营养支持治疗,一期愈合出院。

### 1.3 肠绞窄坏死穿孔

1例,女,38岁,腹痛腹胀伴肛门停止排气排便3d,体查:体温 $38.6^{\circ}\text{C}$ ,高度腹胀,全腹肌紧张、压痛。白细胞 $24 \times 10^9/\text{L}$ ,中性0.87,X线腹平片示结肠高度扩张,手术发现全乙状结肠扭转,肠管发黑,有一直径0.3cm小穿孔,腹腔大量混浊渗液,证实为乙状结肠绞窄性肠梗阻伴坏死穿孔。梗阻近端结肠高度扩张,直径约8cm。手术方式:切除坏死乙状结肠,远断端关闭,近断断口左下腹造口,6周后二期手术结肠吻合,治愈出院。

### 1.4 癌性结肠穿孔

本组13例。为癌性结肠穿孔,12例为男性,1例女性,年龄38~77岁,降结肠穿孔4例,乙状结肠穿孔9例。以下腹部疼痛1~3d入院,腹痛局限下腹部3例,全腹痛10例。3例体温低于 $38^{\circ}\text{C}$ ,5例体温为 $38 \sim 39^{\circ}\text{C}$ ,6例体温高于 $39^{\circ}\text{C}$ ,入院血压、脉搏均正常,腹部体征以下腹部或全腹压痛、肌紧张为特点。实验室检查:白细胞及中性粒细胞升高11例,正常2例。腹部平片均见膈下游离气体,有确诊

收稿日期:2004-06-18; 修订日期:2005-02-04。

作者简介:周泽民(1964-),男,广东新会人,解放军第五三五医院副主任医师,主要从事普外科临床研究方面的研究。

通讯作者:周泽民 电话:13544339003(手机); E-mail:zzmin166@sohu.com。

意义。手术探查发现腹腔污染严重,穿孔为癌性溃疡所致。术中根据患者情况采取两种手术方式:(1)3例病人情况较好,腹腔污染相对较轻,一期单纯切除肿瘤,结肠远断端关闭,近断端腹壁造口,3周后按结肠癌根治术进行二期手术,关闭造口;(2)10例情况较差和(或)腹腔污染较严重者行一期肿瘤及破裂口外置腹壁造口。3周后按结肠癌根治术进行二期手术切除肿瘤,结肠端端吻合,关闭造口。两种手术方式在一期手术时均需冲洗腹腔,然后用蒸馏水及5-FU浸泡腹腔15min。患者均治愈出院。

## 2 讨论

结肠为人体储粪器官,有大量的致病菌存在,其穿孔可造成腹腔极大的污染,极易发生全腹腔及盆腔的弥漫性炎症,腹内大量渗出液,肠功能紊乱,肠腔内积聚大量肠液,极易造成水电解质紊乱,加上细菌毒素的吸收,故感染中毒性休克极易发生,严重者可导致患者死亡。因此,及时明确诊断尽早手术至为重要。术前明确诊断结肠穿孔较为困难,但明确有无手术指征不难。因患者有不同范围和不同程度的腹膜炎表现,腹部站立位X线平片可发现膈下游离气体。一经明确有手术指征,应立即进行手术治疗。术前不应过分强调确诊,以免延误治疗。

手术方式应根据术中发现及不同病因及患者的全身情况采用不同的手术方式治疗<sup>[1]</sup>。

(1)纤维结肠镜检查所致结肠穿孔 由于结肠镜检查前的肠道准备,结肠腔较为清洁,穿孔时能及时被发现,腹腔污染较轻,故可实施一期修补手术,本组2例获得成功。

(2)癌性溃疡结肠穿孔 较为常见。本组13例由于穿孔后时间较长,腹内污染严重,患者有不同程度的感染中毒症状,手术宜简单快捷为好<sup>[2]</sup>,可采取分期手术的方式<sup>[3]</sup>。本组均治愈,效果满意。是否在一期手术时切除肿瘤,笔者认为在腹腔污染轻,手术操作简单,病人情况允许较长时间的操作者,可以考虑一期切除肿瘤,但不宜强调作根治性切除,以避免因过多的分离使污染扩散,还可能造成腹膜后感染。而且,癌性穿孔很可能伴有癌细胞在腹腔的脱落,当进行手术时,采用蒸馏水冲洗、5-FU浸泡有助于杀灭脱落的癌细胞。腹部二期手术的间隔时间通常认为3个月,但病人带瘤3个月将明显增加肿瘤转移扩散的机会,故外置瘤

体的结肠二期手术的间隔时间以3周为宜。此时腹内炎性充血水肿消退,粘连疏松,易于手术,且患者的体质恢复较好,可耐受进一步手术,缩短间隔期的分期手术可保证一期手术的安全及二期癌肿切除手术的质量。

(3)肠绞窄坏死穿孔 处理可参照癌性溃疡结肠穿孔的方法。

(4)自发性结肠穿孔 本组2例术后均发生不可逆性休克死亡。笔者分析认为此类患者有其疾病自身特点,治疗上需注意以下几个方面:第一,自发性结肠穿孔仍有公认的较高的病死率,虽手术治疗亦难以治愈<sup>[4]</sup>。此类病人可能存在其他方面(如生理、自身免疫)的严重缺陷,穿孔只是其病理发展的后期表现,故在治疗上单纯以结肠穿孔及其并发症的治疗并不全面。第二,自发性结肠穿孔好发于50岁以上。本组2例发病至就诊手术时间较长,腹膜炎重,但体温血象却无明显异常,说明患者对疾病的抵抗能力及反应能力不强。感染中毒已造成器官功能严重的损害,患者对重大手术的耐受力不够,故在手术后易出现以休克难以纠正为主的多器官功能衰竭,一旦出现,治疗极为困难。第三,围手术期的强力抗感染治疗,虽可大量杀灭致病菌,但细菌死亡必然释放大量的内毒素,使代偿能力极差患者的休克无法逆转<sup>[5]</sup>。故在入院时,与抗感染的同时应用大剂量激素,注重水电解质平衡的维持,有助于维护病人重要器官功能的完善,提高抗毒抗感染抗休克的能力。

## 参考文献:

- [1] 谭胜,陈基黎,张其刚.结肠腹膜后急性穿孔:附20例报告[J].中国普外科杂志,2004,13(9):676-678.
- [2] 安雯,席时富,李波.结肠恶性肿瘤穿孔7例临床分析[J].中国肛肠病杂志,1998,18(8):15-16.
- [3] 刘凤军.结肠癌性梗阻的外科治疗:附18例报告[J].中国普通外科杂志,2004,13(4):241-243.
- [4] 孙明臣,赵萍,吴潼.自发性结肠穿孔11例诊治体会[J].腹部外科杂志,1998,11(5):222-223.
- [5] 孙占祺.肝门部胆管癌的诊断和治疗[A].中华医学会外科学会.第九届全国普通外科学术会议资料汇编[C].江苏无锡:2002.135-144.