

文章编号:1005-6947(2006)02-0155-03

· 临床报道 ·

结、直肠癌引起的急性肠梗阻的外科处理

何博华, 肖兰凤, 邱焱, 王华, 杨建新, 钱聚标

(广东药学院 外科教研室, 广东 广州 510224)

摘要: 回顾分析 64 例由结、直肠癌引起的急性肠梗阻的临床资料。18 例右半结肠癌中一期切除吻合 8 例, 一期切除加回肠-横结肠断端双腔造瘘 5 例, 一期暂时性盲肠造瘘, 二期根治性切除肿瘤 2 例, 3 例无法切除者, 行回肠-横结肠吻合术; 19 例左半结肠癌中一期切除吻合 7 例, 一期切除加预防性盲肠造瘘 4 例, 一期切除加结肠断端双腔造瘘 6 例, 一期暂时性横结肠造瘘, 二期切除肿瘤 1 例, 1 例无法切除者, 行永久性横结肠造瘘; 27 例直肠癌中一期切除吻合 13 例, 一期切除加预防性横结肠造瘘 9 例, 一期行暂时性乙状结肠造瘘, 二期切除肿瘤 3 例, 2 例无法切除者, 行永久性乙状结肠造瘘。术后发生 6 例吻合口瘘中右半结肠癌 1 例, 左半结肠癌 1 例, 直肠癌 4 例; 一期切除加预防性造瘘 1 例, 其余 5 例均为一期切除吻合者。围手术期死亡 4 例。提示结、直肠癌引起的急性肠梗阻的术式选择应根据病人全身情况及肠管、肿瘤的局部情况而定。

关键词: 结直肠肿瘤/并发症; 肠梗阻/病因学; 急性病; 肠梗阻/外科学

中图分类号: R735.35; R574.2 **文献标识码:** B

结直肠癌并急性肠梗阻是常见的外科急腹症, 近年引起急性肠梗阻的疾病谱发生改变, 肿瘤已成为了急性肠梗阻主要病因之一^[1], 成年人中约 53.3%^[2] 的急性机械性肠梗阻由腹内肿瘤引起, 其中 84% 为结直肠癌。其临床表现不典型, 术前较难确诊, 常延误诊治时机, 围手术期并发症多、难处理、预后差。对大肠癌引起的急性肠梗阻的手术方式选择尚有争议, 本文回顾了 64 例由直肠癌引起的急性肠梗阻病例, 并就外科处理问题进行讨论。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 41 例, 女 23 例; 年龄 21~83 岁, 60 岁以上者 45 例。梗阻部位位于右半结肠 18 例 (28.1%): 盲肠 9 例 (14.1%), 升结肠 5 例 (7.8%), 横结肠右半 4 例 (6.3%); 位于左半结肠 19 例 (29.7%): 横结肠左半 3 例 (4.7%), 降结肠 6 例 (9.3%), 乙状结肠 10 例 (15.6%); 直肠 27 例 (42.2%)。梗阻时间 8~72h, 超过 24h 者 47 例 (73.4%)。阵发性腹痛 48 例 (75.0%), 恶心呕吐 34 例 (53.1%), 腹胀 57 例 (89.1%), 其中腹周边胀 26 例 (40.6%), 全腹胀 31 例 (48.4%), 腹部包块 12 例 (18.8%), 直肠肿块 4 例 (6.25%), 血便 4 例 (6.25%),

黑便 7 例 (10.9%), 肠鸣音亢进 12 例 (18.8%), 肠鸣音减弱或消失 26 例 (40.6%), 64 例中 34 例 (53.1%) 表现有明显的肠麻痹及中毒症状, 水电解质紊乱及酸中毒。

1.2 辅助检查及术前诊断

64 例均行立位腹部平片, 均示不同程度的结肠梗阻表现, 31 例 (48.4%) 可见扩张胀大的结肠袢; 12 例行钡灌肠检查, 其中 9 例见肠腔狭窄; 19 例行纤维结肠镜检查, 均见肠腔狭窄, 14 例结肠镜不能通过狭窄处; CT 检查 4 例, 3 例提示为结、直肠癌。术前已诊断为大肠癌 26 例 (40.6%), 其余 38 例术前诊断为其他原因引起的肠梗阻后经剖腹探查证实为大肠癌。

2 治疗与结果

2.1 手术方法

64 例均选择硬膜外麻或全麻, 打开腹腔探查后, 对左半结肠梗阻扩张的结肠进行肠道减压或灌洗: 梗阻根据梗阻部位不同将其梗阻近端的乙状结肠 (用于直肠癌、乙状结肠癌梗阻)、横结肠 (用于左半结肠癌梗阻) 游离并移出腹腔, 用纱布垫隔离并置于消毒的大容器内, 在结肠壁作一荷包, 切开肠壁并置入直径 2~3 cm 的消毒胶管, 收紧荷包线防止气体、液体漏出, 胶管的另一端接吸引器抽吸使结肠内容物排出, 然后用大量温生理盐水反复多次灌洗结肠, 直至抽吸出的灌洗液无粪渣为止, 向结肠肠腔内注入 200 mL 含甲硝唑的生理盐水, 拔出灌洗胶管, 结扎荷包线。

根据患者的全身情况、结肠肠管的情况及肿瘤的部位、浸润情况选择不同的术式。(1) 患者全身情况较好, 结肠、

收稿日期: 2005-09-07; 修订日期: 2006-01-16。

作者简介: 何博华, 男, 广东高明人, 广东药学院副主任医师, 主要从事普通外科方面的研究。

通讯作者: 何博华 E-mail: hebohua39@tom.com。

直肠血运好,肠壁水肿不明显,肿瘤局限未侵犯周围器官者,行根治性切除一期吻合,不需加预防性近端肠造瘘(本组共28例包括右半结肠癌8例,左半结肠癌7例,直肠癌13例)。(2)对肿瘤可切除但吻合困难或估计吻合口愈合不良甚至术后可能发生吻合口瘘者,一期切除肿瘤后,右半结肠癌行回肠-横结肠断端双腔造瘘(本组5例);左半结肠癌行结肠断端吻合加预防性盲肠造瘘(本组4例),或横结肠-乙状结肠断端双腔造瘘(本组6例);直肠癌行结肠断端吻合加预防性横结肠造瘘(本组9例)。(3)对肿瘤未广泛侵犯,可切除,但全身情况差,不能耐受更长时间的手术者,右半结肠癌仅行暂时性盲肠造瘘(本组2例),左半结肠癌仅行暂时性横结肠造瘘(本组1例),直肠癌仅行暂时性乙状结肠造瘘(本组3例);2~3个月后二期切除肿瘤,但其中盲肠癌、直肠癌各1例于第二次手术时发现肿瘤已广泛侵犯,无法切除。(4)对肿瘤已广泛侵犯,无法切除者,右半结肠癌行回-结肠侧侧吻合(本组2例)或切断末端回肠,近切端与横结肠端侧吻合,远切端造瘘(本组1例);左半结肠癌行永久性横结肠造瘘(本组1例);直肠癌行永久性乙状结肠造瘘(本组2例)。

术后加强支持治疗,包括:使用有效的抗生素,血浆、白蛋白促进肠壁水肿消退,TPN改善营养状况,术后适度的扩肛等。

2.2 治疗结果

围手术期死亡:右半结肠癌围手术期死亡1例(5.6%),为行根治性切除一期吻合者;左半结肠癌围手术期死亡1例(5.3%),为肿瘤无法切除而行永久性横结肠造瘘者;直肠癌围手术期死亡2例(7.4%),为行根治性切除一期吻合,未加预防性横结肠造瘘者;围手术期死亡原因为酸中毒、感染性休克和多系统器官功能衰竭。术后切口感染:右半结肠癌1例(5.6%);左半结肠癌2例(10.5%);直肠癌5例(18.5%);全部发生于行根治性切除一期吻合者。直肠癌3例(11.1%)术后发生盆腔脓肿,2例(7.4%)术后切口全层裂开,亦均发生于行根治性切除一期吻合者,经减张缝合后愈合。吻合口瘘:右半结肠癌1例(5.6%),左半结肠癌1例(5.3%),直肠癌4例(14.8%);一期切除吻合未行预防性结肠造瘘的28例中有5例(17.9%)发生吻合口瘘,行结(直)肠断端吻合加预防性近端肠造瘘的14例仅1例(7.1%)发生吻合口瘘,行断端双腔造瘘的10例均未发生吻合口瘘;所有吻合口瘘经引流后,均在2个月内愈合。6例行暂时性近端肠造瘘病人有4例二期手术切除肿瘤,而另外2例因肿瘤已广泛侵犯,无法切除。

2.3 病理结果

盲肠癌9例,升结肠癌5例,横结肠癌7例,降结肠癌6例,乙状结肠癌10例,直肠癌位于腹膜反折以上的16例,位于腹膜反折以下11例,肿瘤下缘离肛门距离最短为

5 cm。Dukes分期:B期27例,C期31例,D期6例。病理类型:腺癌46例,黏液癌10例,未分化癌8例。

3 讨论

随着诊断水平的不断提高,更多的结、直肠癌可在发生急性梗阻前得到诊治,急性梗阻的发病率在下降^[3],结、直肠癌手术死亡率与病期及手术方式相关^[4]。结、直肠癌导致的急性梗阻常由于临床表现不典型而常延误就诊时机,就诊时病情已相当严重,增加手术处理的难度。本组梗阻时间超过24h者47例(73.4%);其中34例(53.1%)已表现出明显的肠麻痹及中毒症状,水电解质紊乱及酸中毒。

除了肿瘤已广泛侵犯的病人只能行永久性的造瘘或短路手术外,可切除的结、直肠癌并急性梗阻的手术方式可分为两种:一期切除和分期切除。其中一期切除后可选择:断端直接吻合;断端吻合加预防性近端肠造瘘和断端双腔造瘘3种术式。尽管一期切除有较高的术后并发症及死亡率,但其根治效果要比分期切除好^[5-6]。分期手术的最大风险在于第1次手术时可能切除的肿瘤到第2次手术时已广泛侵犯、转移,而失去根治性切除的机会,本组就有2例属这种情况。此外,病人要承受多次手术的痛苦和更高的费用。笔者认为:除非病人全身情况差,有明显的中毒、休克或心肺等重要器官功能衰竭等情况不能耐受较长时间的手术,否则,对可切除的结、直肠癌,均应一期切除。一期切除肿瘤后,是否一期吻合,则应视具体情况而定:(1)对梗阻时间较短,肠管扩张、水肿不明显,肠管血运较好者,应一期吻合,一般不须做预防性的结肠造瘘。(2)对梗阻时间较短,肠管扩张、水肿明显,肠管血运较差者,可采用以下两种方法之一:①结(直)肠断端吻合加预防性近端肠造瘘;②断端双腔造瘘;前者本组仅1例发生吻合口瘘而后者未发生,且两者均无发生盆腔脓肿等并发症者,亦无围手术期死亡。两种方法都有兼顾一期切除吻合和二期手术的优点^[3],既一期根治性切除肿瘤,同时又分期手术,安全且可进行充分的肠道准备,减少吻合口瘘的发生,二期手术只需关闭结肠造瘘,回纳结肠即可,相对而言,结(直)肠断端吻合加预防性近端肠造瘘一期手术须吻合,手术较结肠断端双腔造瘘复杂,且存在吻合口瘘发生的可能。而结肠断端双腔造瘘手术复杂程度较小、简单,且几乎杜绝吻合口瘘发生的可能,但其二期手术较结(直)肠断端吻合加预防性近端肠造瘘复杂,造瘘口周围并发症较多。最终选择何种方法,应根据手术者的经验而定。

要提高结、直肠癌并梗阻病人的一期切除吻合率及减少吻合口瘘发生率,肠道的准备十分重要,由于梗阻的原因,术前要进行清洁灌肠是不可能的,将肛管插到梗阻的近端也十分困难。因此术中结肠肠管的处理显得更重要,肠管减压、灌洗方法有多种,我们的方法是:切开乙状结肠肠壁,

文章编号:1005-6947(2006)02-0157-03

· 临床报道 ·

胃大部切除术后胃瘫综合征的治疗

王东, 谭广, 巩鹏, 赵作伟, 王洪江, 王忠裕

(大连医科大学附属第一医院 普外二科, 辽宁 大连 116011)

摘要: 回顾性分析 2000—2004 年 421 例因胃癌行根治性胃大部切除术后发生胃瘫综合征 (PGS) 17 例的临床资料。结果显示 PGS 患病率为 4.04%。术后补液量较多 ($P < 0.001$) 及白蛋白 (清蛋白) 降低程度较严重 ($P < 0.001$) 是 PGS 的高危因素。经限制性补液及充分的蛋白补充、适当的营养支持, 所有病例均于 5 周内恢复。提示限制性补液及充分、合理的营养支持是治疗术后 PGS 的重要手段。

关键词: 胃切除术/副作用; 胃瘫综合征/病因学

中图分类号: R656.61; R573.9 **文献标识码:** B

术后胃瘫综合征 (postsurgical gastroparesis syndrome, PGS) 是一种手术后的非机械性梗阻, 是以胃排空迟缓为主要表现的胃动力紊乱综合征, 是腹部手术, 尤其是胃大部切除术后常见的并发症之一。其患病率为 0.47% ~ 28%^[1]。我院自 2000 年 1 月—2004 年 1 月因胃癌行根治性胃大部切除术 421 例, 共发生 PGS 17 例, 发生率 4.04%, 现收集该

17 例 PGS 患者的临床资料, 对其高危因素、治疗及疗效作一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 17 例均符合以下诊断标准: (1) 经 1 项或多项检查提示无胃流出道机械性梗阻。(2) 胃引流量 > 800 mL/d, 持续时间超过 10 d。(3) 无明显水、电解质平衡紊乱。(4) 无引起胃瘫的基础疾患, 如糖尿病、甲状腺功能减退、结缔组织疾病等。(5) 未曾用影响平滑肌收缩的药物^[2]。

收稿日期: 2005-07-30; **修订日期:** 2006-01-09。

作者简介: 王东, 男, 辽宁大连人, 大连医科大学附属第一医院主治医师, 主要从事胰腺癌的治疗方面的研究。

通讯作者: 谭广 E-mail: helei_tan@sohu.com。

置入口径较粗 (直径 2 ~ 3 cm) 消毒的胶管, 然后接吸引器抽吸并反复冲洗, 这样可以大大缩短处理肠管的时间, 使原已扩张的肠管血运尽快得到改善。当然, 如有条件, 可在电视 X 光机透视下, 用纤维内镜将有弹性的引流管置入梗阻近端使结肠内容物排出, 然后用生理盐水反复冲洗致无粪渣排出^[7]。或用纤维内镜将可自动扩张的金属扩张器置于肠管狭窄处, 扩张后使结肠内容物排出而起到减压作用^[8-9]。待急性梗阻解除后, 再行择期性手术。

总之, 结、直肠癌并梗阻的术式选择, 应遵循: (1) 抢救生命; (2) 解除梗阻; (3) 切除肿瘤; (4) 改善患者生活质量的原则, 实际处理中, 要根据病人全身情况及肠管、肿瘤的局部情况而定。

参考文献:

[1] 陈子华, 冯超, 陈能志. 成人肠套叠的诊断和治疗 [J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(4): 262-264.
[2] 楼文晖, 秦新裕. 城市老年人和成年人急性肠梗阻的病因及治疗分析 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2001, 4(1): 37-39.
[3] 汪建平, 唐远志, 董文广. 结、直肠癌并急性结肠梗阻的

外科处理 [J]. 中华胃肠外科杂志, 1999, 2(2): 79-81.
[4] Hesterberg R, Schimidt WU, Ohmannl, *et al.* Risk of elective surgery of colorectal carcinoma in the elderly [J]. Dig Surg, 1991, 8(1): 22-23.
[5] 陈晋湘, 陈子华, 陈志康. 大肠癌并发急性肠梗阻的外科治疗 [J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(7): 520-522.
[6] 罗梅华, 曾敦述. 左半结肠癌并发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.
[7] Tanaka T, Furukawa A, Murata K, *et al.* Endoscopic transanal decompression with a drainage tube for acute colonic obstruction: clinical aspects of preoperative treatment [J]. Dis-Colon-Rectum, 2001, 44(3): 418-422.
[8] Horiuchi A, Maeyama H, Ochi Y, *et al.* Usefulness of Dennis Colorectal Tube in endoscopic decompression of acute, malignant colonic obstruction [J]. Gastrointest-Endosc, 2001, 54(2): 229-232.
[9] Law WL, Chu KW, Ho JW, *et al.* Self-expanding metallic stent in the treatment of colonic obstruction caused by advanced malignancies [J]. Dis-Colon-Rectum, 2000, 43(11): 1522-1527.