

文章编号:1005-6947(2007)09-0927-02

· 临床报道 ·

左侧结肠癌性梗阻一期切除吻合治疗:附58例报告

曹旭, 王会斌, 王真, 权创成, 孙良成, 张秀群, 杨同生

(陕西省澄合矿务局中心医院 普通外科, 陕西 澄城 715200)

摘要:为探讨左侧结肠癌并急性肠梗阻理想的处理原则和方法,回顾分析58例左侧结肠癌并发急性肠梗阻行一期切除吻合术患者的临床资料。本组均成功手术,无手术死亡,术后除7例有切口不同程度液化感染外,无吻合口漏、腹腔感染等并发症,均痊愈出院。提示:对能耐受手术切除的左侧结肠癌并发梗阻,在必要的围手术期处理前提下,一期切除吻合是可行的。避免了横结肠造口、二期手术、癌肿扩散及并发症的发生。

[中国普通外科杂志,2007,16(9):927-928]

关键词: 结肠肿瘤/外科学; 肠梗阻; 肠吻合

中图分类号: R 735.35 **文献标识码:** B

左侧结肠癌性梗阻属于闭袢性肠梗阻,因结肠血运较差,梗阻后随着肠腔内压力的不断增高,易导致肠壁坏死、穿孔,病死率很高,故一旦发生应急诊处理,其治疗方法一直是人们争论的焦点,处理是否合理直接关系到患者的预后。我院1991年1月—2006年1月收治左侧结肠癌性梗阻58例,均采用一期切除吻合,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男37例,女21例;年龄27~73岁(平均47.3岁),≥60岁6例。均为左半结肠肿瘤,其中位于结肠脾曲16例,降结肠21例,乙状结肠21例。病理分型及分期:结肠腺癌39例,黏液腺癌16例,未分化癌3例。Dukes分期:B期39例,C期19例。均以腹痛为首发症状,伴有停止排便、排气等完全性低位肠梗阻表现,合并水、电解质和酸碱平衡紊乱3例,贫血5例,低蛋白血症2例。病程1~8d。全组患者术前均未行肠道准备,入院至手术时间为5~46h。

1.2 诊断和治疗方法

患者入院后经积极完善术前检查,包括x线腹片,B超,CT,MRI,低位镜灌肠,电子结肠镜等。本组术前均确诊为左侧结肠癌性梗阻。入院后给予持续胃肠减压、积极纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱,扩充血容量,应用大剂量广谱抗生素。所有患者术中均见病变近端肠管明显扩张,积聚大量粪水。在梗阻近端靠近肿块结肠壁上行一荷包,然后戳洞先用吸引器尽量吸净结肠梗阻近端的粪汁和气体,

如果粪汁较稠,则用生理盐水加甲硝唑灌洗,同时轻柔地把上方肠管的粪汁和其他气体推向下方以便吸除。排出粪水及气体后彻底减压,再用甲硝唑灌洗肠腔后吸净。切除时远端要距肿块6cm以上,但不超过全结肠的2/3,然后行结肠一期吻合,吻合方式根据近、远端口径差别决定行对端吻合或端侧吻合,吻合时要确保吻合口两端血运良好,无严重水肿,无张力,无扭转,无狭窄。结束前经吻合口注入250mL甲硝唑于肠腔内,腹腔放2根硅胶管引流,其中1根放置吻合口附近,术后负压吸引,同时放置肛管固定减压。术后合理应用抗生素,维持水、电解质和酸碱平衡,加强营养支持治疗,每天扩肛直至肛门自行排气。

2 结果

本组58例均无发生吻合口漏、腹腔感染等严重并发症;有7例出现不同程度的切口脂肪液化及感染,均治愈出院。

3 讨论

左侧结肠癌多为浸润性生长,易引起肠腔环行狭窄造成梗阻,约占梗阻性大肠癌的7%^[1]。分期手术将给患者带来极大痛苦,往往因癌肿扩散而丧失手术切除最佳时机,5年生存率低于一期切除吻合者^[2]。由于结肠的解剖特点,一旦发生梗阻,即形成闭袢,加之结肠血供较差易导致肠壁坏死、穿孔,病死率很高。临床实践证明,在完善的围手术期处理前提下,选择性左侧结肠癌梗阻行急诊一期切除吻合是安全可行的^[3]。本组资料亦表明选择性一期切除吻合是治疗左侧结肠癌并发急性梗阻的理想术式。

左侧结肠癌并发急性梗阻,由于患者全身情况及手术的耐受程度不同,需综合判断手术的安全性,客观选择术

收稿日期:2007-04-25; **修订日期:**2007-08-30。

作者简介:曹旭,男,陕西横山人,陕西省澄合矿务局中心医院主治医师,主要从事大肠癌的临床方面的研究。

通讯作者:曹旭 E-mail:cx13609136325@163.com

式。笔者选择一期切除吻合的指征为:(1)一般情况良好,无严重的并存病,各重要脏器功能正常;(2)梗阻时间不长,肿瘤浸润范围不大,梗阻近端的肠管扩张及水肿不十分严重,血运良好;(3)无休克;(4)术中经结肠减压灌洗后近端结肠内容物可完全排空者。

一期切除吻合避免吻合口漏至关重要,笔者体会:(1)正确掌握手术指征。(2)围手术期注意纠正水、电解质和酸碱平衡失调及贫血、低蛋白血症、改善营养状况,促进胃肠功能恢复。(3)术中彻底结肠减压、灌洗,灌洗时应用大剂量生理盐水及抗生素顺行灌洗,可明显降低吻合口的发生率^[4]。特别是结肠减压过程中,应充分游离左半结肠,先切断肿块以下肠管,将肿块及预切除肠管移出腹腔,尽可能远离手术野,置于减压袋中。肿块上方切开肠腔,自屈氏韧带开始,吻合之两端彻底消毒,然后一期吻合。(4)灌洗时禁用粗暴手法挤压肠管,否则易引起肠黏膜破损,破坏肠黏膜屏障,使肠腔内的细菌通过破损处进入血液循环,增加全身中毒感染的机会^[5]。(5)吻合时应注意吻合口血供,有无张力、位置有无扭转、口径是否相符,吻合口远侧要通畅、无机械性狭窄、无功能障碍。术毕扩肛、常规口服液体石蜡10~30mL,利于粪便排出。(6)引流管要放过危险

期,负压引流管于72h停止负压,1周后拔管。(7)术前、术中麻醉诱导期给予静注头孢哌酮钠及甲硝唑静滴对避免吻合口漏有益^[6]。

参考文献:

- [1] 汪建平,唐远志,董广闻. 结肠癌并急性梗阻的外科处理[J]. 中国胃肠外科杂志,1999,2(6):79-81.
- [2] Umpledey HC, Williamson RC. Survival in odstruting colorectal carcinoma[J]. Dis Colon Rectum,1984,27(5):299-300.
- [3] 杨昌平,陈玉秀,郭宏荣. 急性左半结肠梗阻一期切除吻合[J]. 中华胃肠外科杂志,2001,4(3):196-197.
- [4] 覃文,黄雪卿,伍剑飞. 左半结肠癌急性梗阻的一期手术治疗[J]. 实用医学杂志,2003,19(8):900-901.
- [5] 徐靖,任善镐,王敬东,等. 结肠癌急性梗阻一期切除吻合144例临床分析[J]. 中国肛肠病杂志,2006,26(6):21-22.
- [6] 侯晶,黄熠. 大肠癌急性肠梗阻的治疗体会[J]. 中国肛肠病杂志,2005,25(6):26-27.

《浙江创伤外科》杂志2008年征订启事

《浙江创伤外科》杂志是经国家科技部、国家新闻出版总署批准,由浙江省教育厅主管、温州医学院主办、浙江大学脑医学研究所、温州医学院附属第一医院、温州医学院附属第二医院和浙江省台州医院、浙江绍兴第四医院协办的以创伤医学为主要内容的学术性期刊。本刊已加入《中国学术期刊(光盘版)》和“中国期刊网”、“万方数据系统科技期刊群”、“中国期刊全文数据库”、“中文科技期刊数据库”、“中文生物医学期刊文献数据库(CMCC)”、“中文科技资料目录-医药卫生”等国内外知名检索期刊数据库,荣获浙江省2006年度优秀科技期刊二等奖。

《浙江创伤外科》杂志国内外公开发行,CN 33-1253/R,ISSN 1009-7147,刊期为双月刊、页码为96页、开本大16开,全部采用铜版纸印刷,包装精美,定价每期8.00元,全年48元,逢双月底出刊。

本刊宗旨:面向临床、服务临床;面向基层、服务基层。本刊栏目设专家讲座、论著、临床研究、诊治分析、经验交流、病例报告、文献综述、护理园地等,欢迎来稿。欢迎广大医学院校师生、医疗科研机构、各级医疗卫生单位、县乡基层医院的广大医学卫生人员、医药厂商、个体医生及其他医学卫生人员踊跃订购。全国各地邮局均可订购,邮发代号:32-122;也可向我刊编辑部直接邮购。

编辑部地址:浙江省杭州市解放路88号(浙医二院内),邮政编码:310009,

电话:0571-87784518,(传真):0571-87783757,E-mail:zjcskw@163.net。联系人:陈丽莉