

文章编号:1005-6947(2005)10-0766-03

· 临床研究 ·

急性肿瘤性结肠梗阻的治疗

李好朝, 王成义, 冯书梅

(河南省南阳医学专科学校第一附属医院 肿瘤外科, 河南 南阳 473058)

摘要: **目的** 探讨急性肿瘤性结直肠梗阻的外科处理原则和方法。 **方法** 回顾性分析103例急性肿瘤性结肠梗阻患者的临床资料。 **结果** 全部患者经手术治疗,包括急诊手术80例,其中右半结肠癌25例均行一期切除吻合手术,左半结肠癌45例中一期切除吻合37例,直肠癌10例,均行急诊手术。择期性手术23例。术后发生吻合口瘘3例,肺部感染2例,盆腔感染1例,死亡1例,余均治愈出院。 **结论** 对于急性肿瘤性结肠梗阻除非有急诊手术指征,应首先采用非手术治疗1~3d,尽可能转为择期性手术;只要恰当掌握适应证,一期肿瘤切除吻合术是比较安全的;对于腹腔污染严重、肠壁穿孔,也应尽可能采用一期切除肿瘤。

关键词: 结肠疾病/外科学; 结肠梗阻/外科学; 结肠肿瘤/外科学

中图分类号: R574.2; R735.35

文献标识码: A

The treatment of acute neoplastic colorectal obstruction

LI Hao-chao, WANG Li-yi, FENG Shu-mei

(Department of Tumor Surgery, the Affiliated Hospital of Nanyang College of Medicine, Henan, Nanyang, Henan 473058, China)

Abstract: **Objective** To explore the principles and methods of surgical treatment for acute neoplastic colorectal obstruction. **Methods** The clinical data of 103 patients diagnosed as acute neoplastic colorectal obstruction were analyzed retrospectively. **Results** In this group, 80 cases underwent emergency surgical treatment, among which, 25 cases of carcinoma of right colon underwent primary resection and anastomosis; in 45 cases of carcinoma of left colon, primary resection and anastomosis was performed in 37 cases; and emergent operations were performed in 10 cases of rectal cancer. 23 cases received non-emergency surgery. Anastomotic fistula occurred in 3 patients, pulmonary infection in 2 patients, pelvic cavity infection in 1 patient, 1 patient died and the rest recovered well and were discharged. **Conclusions** The initial treatment for acute neoplastic colorectal obstruction should be non-surgical treatment for 1~3d to make non-emergency surgical treatment more possible. If indications are properly selected, primary tumor resection and anastomosis is safe. For patients with severe contamination of abdominal cavity and bowel perforation, primary tumor resection should be performed if possible.

Key words: Colonic Diseases/surg; Colonic Obstruction/surg; Colonic Neoplasms/surg

CLC number: R574.2; R735.35

Document code: A

近年来消化道肿瘤所致急性肠梗阻在急腹症中有上升趋势^[1],消化道肿瘤因梗阻而就医者占8%~29%^[2,3]。我院自1990~2003年收治103例急性结直肠肿瘤性肠梗阻,现报告如下。

1 临床资料

收稿日期:2004-09-22; 修订日期:2005-07-14。

作者简介:李好朝(1963-),男,河南南阳人,河南省南阳医学专科学校第一附属医院副主任医师,主要从事大肠癌方面的研究。

通讯作者:李好朝 电话:0377-3328376(O), 0377-3391289(H), 13608456561(手机)。

1.1 一般资料

本组男65例,女38例;年龄32~90岁,中位年龄63岁,其中32~39岁者10例,40~49岁者13例,50~59岁者20例,60~69岁者39例、大于或等于70岁者21例。发病至就诊时间1~7d。肿瘤部位:右半结肠25例,左半结肠60例,直肠18例。肿瘤Dukes分期:A期0例,B期25例,C期60例,D期18例。病理结果:腺癌64例(62.1%),印戒细胞癌14例(13.6%),黏液腺癌15例(14.6%),未分化癌10例(9.7%)。

1.2 临床表现及辅助检查

所有病例均有腹痛、腹胀、停止排便排气等急性肠梗阻症状。伴呕吐30例,腹部压痛80例,满腹腹肌紧张30例,可见肠型26例,肠鸣音亢进67例,肠鸣音减弱22例。休克3例(血压低于80/60 mmHg, 1 mmHg = 0.133 kPa)。辅助检查:白细胞大于 $10 \times 10^9/L$ 者72例。立位X线腹部透视均示多个大小不等之气液平面,巨大胀气肠袢56例。钡灌肠及纤维结肠镜诊断54例,CT诊断20例,B超诊断25例。

1.3 治疗方法

1.3.1 非手术治疗 积极纠正水电解质和酸碱平衡紊乱,持续有效地胃肠减压,反复肥皂水灌肠,抗需氧菌和厌氧菌抗生素并用,同时积极治疗并发症。本组23例先经非手术治疗梗阻缓解,经充分术前准备后,限期行结肠肿瘤根治性切除术。

1.3.2 手术治疗 经上述非手术治疗1~3d无效者,行急诊手术。术中梗阻近段肠腔减压及灌洗:将病变部位稍作分离,尽可能使梗阻段及扩张段肠管移出切口外,周围用多层纱布垫保护,防止污染。距梗阻近段5~10cm肠壁预置荷包缝线,用12号针头插入肠腔并持续负压吸出肠腔内积气积液,使肠腔减压。当完成减压后,拔出针头,沿针头孔处切开肠壁并置入内径1.5cm橡胶管扎紧荷包缝线,灌注生理盐水2000~3000mL加庆大霉素24万U;待灌注液变清后,再用0.2%甲硝唑500mL进行缓慢灌注,然后根据具体情况施行不同手术。经非手术治疗不能缓解而急诊手术者80例,其中右半结肠25例中,根治性切除23例,姑息性切除2例,均行一期切除吻合;左半结肠45例,根治性切除39例,姑息性切除3例,单纯造瘘3例,一期吻合37例,一期切除二期吻合5例;直肠10例,根治性切除6例,姑息性切除2例,单纯造瘘2例。

2 结果

2.1 手术并发症及死亡

本组总并发症发生率为5.8%(6/103),病死率为0.9%(1/103)。一期切除吻合者发生吻合口瘘3例,其中1例因感染而死亡,另2例经近段造瘘而治愈;另有2例肺部感染,经大剂量抗生素应用及体疗而治愈,1例盆腔感染经手术引流而治愈。

2.2 随访

本组93例获随访,随访1~5年,单纯造瘘者

均于2年内死亡;根治性切除组1,3,5年存活率分别为100%(78/78),67.9%(53/78),58.3%(42/72);姑息性切除1,3,5年存活率分别为100%(15/15),50.0%(7/14),27.3%(3/11)。

3 讨论

在消化道肿瘤致急性肠梗阻中,以结直肠肿瘤性梗阻多见,尤其在老年低位肠梗阻中有73.8%的原因是结直肠癌^[4]。由于急性肠梗阻常引起体液丧失、感染、中毒,有效循环血量减少而致呼吸循环功能障碍;特别是结直肠梗阻多为闭袢性,肠壁薄、血供差,肠内含大量细菌,易引起各种并发症。另外结直肠肿瘤性梗阻多见于老年人(本组50岁以上者80例,占77.6%,60岁以上者60例,占58.3%),老龄患者由于并存病多,脏器代偿功能低下,常伴有低蛋白血症及严重的水电解质、酸碱平衡紊乱,手术耐受性差,容易发生手术后并发症,甚至死亡。因此围手术期应及时正确处理。术前应遵循一般肠梗阻的准备原则,即纠正水电解质紊乱和酸碱失衡,有效的胃肠减压,及早使用抗需氧菌和厌氧菌抗生素,防止局部感染及全身感染。

结直肠肿瘤性肠梗阻部分系因饮食不节及肿瘤表面感染水肿,以致在原有肠腔狭窄的基础上进一步狭窄或长期饮食不当大便干结而引起急性肠梗阻。这部分患者经应用抗生素、胃肠减压、肥皂水灌肠等处理后常可缓解。因此作者认为结直肠肿瘤性肠梗阻,在允许的情况下,可先给予非手术治疗,尽可能使之缓解。如1~3d不能缓解或病情恶化则应及时手术治疗。

手术的目的是切除原发肿瘤,解除梗阻,改善患者生存及生活质量。对右半结肠肿瘤所致者,急性肠梗阻一期切除和吻合术已被普遍接受。对左半结肠肿瘤性急性肠梗阻一期或二期切除吻合尚有争议。传统方法是分期手术,先行梗阻近段肠管造瘘、减压解除梗阻,二期切除病灶。但分期手术的缺点是增加癌肿扩散的机会,延误根治切除的机会,且患者住院时间长,须忍受再次手术的痛苦。因肿瘤性肠梗阻,病期往往较晚,本组C、D期占75.8%,此类患者待身体恢复,二次手术时,相当一部分患者将出现周围浸润及腹腔种植性转移,我院1990年前曾遇3例类似情况。近年来由于高效广谱抗生素的应用、营养支持以及手术技术的进步,目前不少学者主张一期切除吻合^[3~5]。但对于已有肠壁坏死、穿孔腹腔污染严重者,多数学者仍

以分期手术为主。本组5例有此种情况,乃先行近段肠造瘘,同时切除肿瘤,远段肠管封闭,3个月后再行肠吻合。这样既达到根治目的又减少术后并发症的发生。

左半结肠肿瘤一期切除吻合时,因左半结肠肠腔内存在大量粪便,极易污染腹腔、吻合口或刀口。另外近段肠管扩张和水肿,与远段肠腔口径相差较大,且血运较差,易发生吻合口瘘。一期切除吻合危险性较大,一旦发生吻合口瘘或粪便性腹膜炎,病死率可高达25%~50%^[3,4]。吻合口瘘是肠吻合术后严重并发症之一。急诊手术未作充分的肠道准备及术中污染者更易发生,本组即有3例。

笔者对本病治疗的体会是:(1)只要病情允许应先行非手术治疗1~3d,最好能转为非急症手术。(2)手术时主张尽可能一期切除吻合;对于已有肠壁坏死、腹腔污染严重者,也应尽量切除肿瘤,近段肠管造瘘,避免肿瘤转移延误治疗。(3)预防吻合口瘘是提高手术效果的关键,应作好以下几点:第一,围手术期重视患者全身营养状况的改善,如纠正贫血、低蛋白血症,控制糖尿病,否则影响机体组织修复及免疫功能;第二,手术操作轻柔,避免损伤肠壁及血管,尤其注意术中应避免腹腔污染;第三,术中应做好肠管减压,改善肠壁血运,近段肠管充分灌洗^[6,7];第四,保证吻合口端良好血液供应,注意保护边缘血管;第五,吻合口两端口径应接近,近段肠管因梗阻而口径较大,远段口径较小,因此切除肿瘤时近段肠管应横切,远段肠管应斜切,必要时纵行切开远段肠管的一部分,尽量使近远段

口径接近,吻合时黏膜对合完全,保证无张力;第六,关腹前用大量生理盐水及甲硝唑反复冲洗腹腔,引流管应置于吻合口附近,术后保证引流通畅,避免腹腔感染,笔者一般用双套管冲洗引流,效果满意。此外,加强围手术期处理,特别是术后肺部护理,主动或被动排痰,辅以雾化吸入也是治疗的重要环节。

参考文献:

- [1] 卿三华,齐德麟,侯宝华,等. 肠梗阻病因分析(附768例临床分析)[J]. 中国胃肠外科杂志,1999,27(2): 82-84.
- [2] 华积德,屠岳. 原发小肠肿瘤、结肠癌[A]. 见:华积德. 肿瘤外科学[M]. 北京:人民军医出版社,1995. 1952-1953; 1977-1982.
- [3] Leitman IM, Sulliban JD, Branms D, *et al.* Multivariate analysis of morbidity and mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon [J]. *Surg Glycol Obstet*, 1992, 174(2): 513-518.
- [4] Irvin TT, Freaney MG. The treatment of colonic cancer presenting with intestinal obstruction [J]. *Br J Surg*, 1997, 64(7): 741-744.
- [5] Bak MP, Boley SJ. Sigmoid volvulus in elderly patients [J]. *Am J Surg*, 1986, 151(4): 71-75.
- [6] 欧阳正晟,何云,潘艾春. 急性左半结肠癌梗阻48例诊治体会[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(4): 310-311.
- [7] 王建宇,郑英斌,杨铁建. 老年急性结肠梗阻的外科处理(附98例临床分析)[J]. 中国普通外科杂志,2002, 11(11): 653.

《腹腔镜外科杂志》征稿、征订启事

《腹腔镜外科杂志》是经中华人民共和国新闻出版署和国家科技部批准,国家教育部主管,山东大学齐鲁医院主办的全国唯一的腹腔镜外科专业学术刊物,也是中华医学会腹腔镜暨内镜外科学组的学术性刊物,刊号:CN37-1361/R;ISSN1009-6612,双月刊,大16开,64页码,国内外公开发行。主要栏目有述评、论著、综述、临床经验、英文稿、病例报告、护理等,每期刊登全国知名腹腔镜专家的经验总结、综述、专题讲座,介绍腹腔镜发展的最新学术动态。本刊已被《万方数据-数字化期刊群》、《中文生物医学期刊文献数据库》、《中国核心期刊(遴选)数据库》、《中国学术期刊(光盘版)》等数据库收入。欢迎腹腔镜医务工作者积极投稿。

为使腹腔镜医护人员及时了解腹腔镜事业的发展现状,便于经验交流,《腹腔镜外科杂志》继续面向全国订阅发行,每期定价6元,全年24元,免费邮寄。订阅可直接与本刊编辑部联系,也可向邮局直接订阅,邮发代号:24-171。

编辑部地址:济南市文化西路107号 山东大学齐鲁医院内 邮编:250012 电话:0531-2926455 E-mail: fqbjb@163.com