

文章编号:1005-6947(2005)03-0200-03

· 临床研究 ·

# 结肠肝曲癌侵犯十二指肠的外科治疗

姜涛, 夏有恒

(山东省青州市人民医院 普通外科, 山东 青州 262500)

**摘要:** **目的** 探讨结肠肝曲癌侵犯十二指肠的治疗方法。**方法** 对15例结肠肝曲癌侵犯十二指肠患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 结肠肝曲癌15例分别侵犯十二指肠第2或第3段,其中6例为癌性粘连,5例侵犯浆肌层,4例穿通十二指肠形成十二指肠结肠瘘。15例均行手术治疗。黏液腺癌8例,低分化腺癌4例,中分化腺癌2例,印戒细胞癌1例。手术并发症手术死亡1例,5年生存率为46.7%(7/15)。**结论** 十二指肠是结肠肝曲癌最易受侵器官,根治性联合脏器的整块切除为首选治疗方法,十二指肠创缘的正确处理是术后恢复的关键。

**关键词:** 结肠肿瘤/外科学; 肿瘤浸润; 腺癌/外科学

**中图分类号:** R735.35; R730.261 **文献标识码:** A

## Surgical treatment of duodenal invasion by cancer of hepatic flexure of colon

JIANG Tao, XIA You-heng

(Department of General Surgery, People's Hospital of Qingzhou City, Qingzhou, Shandong 262500, China)

**Abstract:** **Objective** To study the surgical treatment of duodenal invasion by cancer of hepatic flexure of colon. **Methods** Clinical data of 15 cases of duodenal invasion by cancer of hepatic flexure of colon were analyzed retrospectively. **Results** Invasion of the second or third portion of the duodenum by cancer of the hepatic flexure of colon occurred in 15 cases. The duodenum was adhered to the cancer in 6 cases, seromuscular invasion by the tumor in 5 cases, and duodenocolic fistula in 4 cases. All of the cases received surgical treatment. 8 cases were mucoid adenocarcinomas, 4 were poorly differentiated adenocarcinomas, two were moderately differentiated adenocarcinomas, and one was signet-ring cell carcinoma. One patient died after operation, and the five-year survival rate was 46.7% (7/15). **Conclusions** Duodenum is the first organ easily to be invaded by cancer of hepatic flexure of colon. Radical and en bloc resection of the colonic cancer and involved organs is the best therapeutic method. The key to recovery is correct treatment of the surgical defect of the duodenum.

**Key words:** COLON NEOPLASMS/surg; NEOPLASMS INVASION; ADENOCARCINOMA/surg

**CLC number:** R735.35; R730.261 **Document code:** A

结肠癌一旦侵犯浆膜,则可向周围脏器直接浸润转移,尤其是结肠肝曲癌,因解剖关系的特殊性,首先受侵的脏器为十二指肠,严重者可形成十二指肠结肠瘘,给外科治疗带来困难,其技术操作难度远远大于单纯的右半结肠切除术。我院自1981年2月~2002年12月收治结肠癌侵犯十二指肠患者15例,并有4例形成癌性内瘘,现就其外科治疗的

有关问题报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

男14例,女1例;年龄46~70岁。临床表现:腹痛14例,肿块12例,消瘦、贫血9例,黑便8例,腹泻6例(呈水样便,4例粪便中含有食物残渣和/或食物原形),出现肠梗阻症状7例。

#### 1.2 术前检查及诊断

术前均经钡剂灌肠,上消化道造影及纤维结肠镜、胃镜检查。6例行B超及CT检查均可见混合

收稿日期:2004-05-13; 修订日期:2005-02-15。

作者简介:姜涛(1973-),男,山东青州人,山东省青州市人民医院主治医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者:姜涛 电话:13011693456(手机); Email:jt\_dr@sina.com。

性肿块与周围脏器界限不清。术前均确诊为结肠肝曲癌。

## 2 治疗及结果

### 2.1 手术治疗

全部病例均行外科手术切除,术中见4例与十二指肠第2,3段穿通形成十二指肠结肠瘘,瘘口在0.5~2.0cm大小,其中有2例癌肿侵及胰腺和右肾周围脂肪囊;5例侵犯十二指肠浆肌层;6例侵及十二指肠浆膜层形成癌性粘连。癌性粘连病例行粘连松解右半结肠切除,十二指肠创面行热力电灼并行浆肌层横形缝合。侵及十二指肠浆肌层的5例中,4例行右半结肠切除加十二指肠部分切除横形缝合,大网膜覆盖十二指肠创面;1例行节段性十二指肠切除,封闭十二指肠远端,近端十二指肠与空肠行Roux-en-Y吻合。形成十二指肠结肠瘘4例中1例行十二指肠节段性切除(第1,2段)、胃窦、胰腺被膜及右半结肠切除,胃空肠Roux-en-Y吻合,胆肠吻合;2例行右半结肠并十二指肠局部切除;1例行右半结肠切除并十二指肠节段性切除。凡十二指肠切除病例,术中均行十二指肠切缘冷冻切片检查,确保切缘无癌残留,并行十二指肠、胆总管双管引流。

### 2.2 结果

2.2.1 病理检查结果 黏液腺癌8例,低分化腺癌4例,中分化腺癌2例,印戒细胞癌1例。15例均为溃疡型癌呈浸润性生长。4例癌性内瘘病理组织学诊断,均为黏液癌,病变均源于结肠。根据Dukes病理分期:A<sub>2</sub>期3例,B<sub>1</sub>期5例,B<sub>2</sub>期2例,C期5例。9例出现淋巴结转移。

2.2.2 手术并发症及手术死亡 手术死亡1例,为本组首例十二指肠结肠瘘患者,手术中因经验不足而盲目行多脏器(右半结肠、十二指肠第1,2段及胃窦、胰腺被膜)整块切除,术后7d因休克、肾衰死亡。

### 2.3 随访

本组4例术后1.5~2.5年因癌肿局部复发腹膜广泛转移死亡。1例1.5年因门静脉高压大出血死亡。2例因肝转移3年死亡。其余7例均生存5年以上。本组5年生存率为46.7%。

## 3 讨论

大肠癌侵犯邻近脏器的发生率大约占

23%<sup>[1]</sup>。由于解剖部位的特殊性,结肠肝曲与十二指肠同处于腹膜后间隙,毗邻关系密切,两者之间无任何屏障,首先受侵脏器则为十二指肠,是结肠癌的少见并发症<sup>[2]</sup>。肝曲结肠癌大约占结肠癌的8.2%<sup>[1]</sup>,其内瘘的发生率文献报道大约为1/9000<sup>[3]</sup>。本组15例十二指肠第2,3段受侵,且有4例形成十二指肠结肠瘘,结肠肝曲癌肿亦可出现其它器官受侵,如右肾周围脂肪囊、胰腺、胆道等。本组4例结肠瘘中有2例同时侵犯肾周脂肪囊及胰腺头部。结肠肝曲癌侵犯十二指肠给外科治疗带来了一定困难。外科医师在决定手术方案和合理术式选择时必须仔细探查,充分估计十二指肠受侵程度,是否有多器官同时受侵,能否行整块切除及切除后创伤的修复等,这些都直接关系到手术的成功与否及患者的预后。

结肠癌侵犯邻近器官首先决定于其生物学特性,尤其是生长方式和组织学类型。本组15例中均为溃疡型浸润性生长,其中黏液腺癌8例,低分化腺癌4例,中分化腺癌2例,印戒细胞癌1例,高度恶性者占86.7%(13/15)。4例形成内瘘病例均为黏液腺癌,且病理证实癌组织均源于结肠。溃疡型浸润性生长的结肠癌因其癌组织沿肠壁内淋巴管扩散向肠壁深层浸润,易突破浆膜层侵犯邻近器官而直接蔓延转移。

手术切除是结肠肝曲癌侵犯十二指肠首选的治疗方法。手术方式的选择,对患者预后具有决定性影响。本组7例术后生存5年者均为根治性联合脏器整块切除的患者。而行姑息切除和分开脏器切除者,分别于术后1.5~3年肿瘤复发和转移死亡。因此,应强调首次手术切除的彻底性。分开脏器切除还容易增加腹腔的污染机会及癌细胞脱落种植转移的危险,故应尽量避免。Hunter等<sup>[5]</sup>认为分开脏器切除与联合脏器整块切除其疗效有显著差异。笔者认为,应根据肿瘤部位,邻近器官受侵的多寡、受侵程度及范围、肿瘤的生物学特性来选择合理术式。肝曲癌肿侵犯十二指肠,尤其穿通形成内瘘者,病情已属晚期,体质及营养状况差,有时多个器官同时受累,解剖关系变异,稍不注意则术中易损伤周围脏器或大血管而增加手术难度<sup>[4,6]</sup>。因此,术者必须熟知该部位解剖并有一定的临床经验,由远而近的解剖周围的血管及未受累的脏器,最后处理原发灶及受累器官,切忌勉强行联合脏器

的整块切除。本组首例十二指肠结肠瘘患者手术时,因术者经验不足及术中探查的忽略而盲目行多脏器(右半结肠、十二指肠、胃、胰腺)整块切除,术后7d因休克、肾衰死亡,教训沉痛。笔者认为:(1)对瘘口 $< 2\text{cm}$ ,周围癌性粘连不严重或癌肿侵犯十二指肠浆肌层、面积小于 $2\text{cm}^2$ 、无内瘘形成者可选右半结肠联合受累十二指肠局部整块切除,横形缝合十二指肠创面,外盖大网膜加固。(2)若十二指肠受侵超过 $1/3$ 周径改行十二指肠节段性切除,远端封闭,近端与空肠行Roux-en-Y吻合。无论十二指肠局部切除或节段性切除其创缘术中必须行冷冻切片检查,确保切缘无癌残留;缝合应无张力,并在胆总管、十二指肠内放置引流。本组中经以上术式处理的9例无1例发生肠漏。(3)对癌肿侵犯十二指肠浆膜层未出现难以分离的癌性粘连者,行粘连松解,十二指肠创面行热力电灼并行浆肌层横形缝合,然后行右半结肠切除。对于右半结肠梗阻者,可术中顺行结肠灌洗,严格无菌操作,

争取肿瘤一期切除吻合<sup>[7]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] 黄信孚. 大肠癌[A]. 见:郑芝田. 胃肠病学[M]. 北京:人民卫生出版社,1986. 543-560.
- [2] 夏立建,刘爱武,夏有恒,等. 十二指肠结肠瘘-结肠癌少见并发症[J]. 中华普通外科杂志,2000,15(11):694.
- [3] Welch JP, Warshaw AL. Malignant duodenocolic fistulas[J]. Am J Surg,1977,133(6):658-661.
- [4] Hunter JA, Ryan JA, Schultz P. En bloc resection of colon adherent to other organs[J]. Am J Surg,1987,154(1):67-71.
- [5] 万进,王志度,谢文晋. 结肠癌侵犯十二指肠的外科治疗(附16例报告)[J]. 中国实用外科杂志,1998,18(1):28-29.
- [6] 刘丽娟. 横结肠癌术后致十二指肠、结肠、胰胃瘘一例报道[J]. 腹部外科,2001,14(5):304.
- [7] 刘凤军. 结直肠癌性梗阻的外科治疗:附108例报告[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(4):241-243.

文章编号:1005-6947(2005)03-0202-01

## · 病例报告 ·

# 胃黏膜下血管瘤破裂出血 1 例

吉存录, 蒋树民, 李生苍

(青海省大通县人民医院 外科, 青海 大通 810100)

**关键词:**胃黏膜下血管瘤; 破裂, 自发性; 病例报告

**中图分类号:**R732.2; R364

**文献标识码:**D

**患者** 男,45岁。上腹部饱胀不适伴黑便,呕血昏倒入院。既往无溃疡病史及肝病。体查:面色苍白,血压70/40mmHg,心率120次/min,全身冰凉,皮肤花纹,入院后经抗休克,输红细胞

悬液800mL,休克纠正。胃镜检查:胃内大量血凝块及储留物,未见溃疡及出血点。入院第2天再次出现呕血、黑便,血压下降,行急诊剖腹探查,术中切开胃前壁,吸尽胃内凝血块后,发现胃底前壁黏膜下米粒样大小的隆起,擦拭后脱落,即喷射状出血,旋又自止,擦拭又出血。触诊出血处较健康胃壁组织硬韧,行局部切除,术后痊愈。病理报告:胃壁组织黏膜下血管

瘤。

**讨论** 胃黏膜下血管瘤破裂出血,文献报道较少,本例在急诊出血期手术。其出血表现为间歇性,可能与大出血到一定的程度时,血管内压降低,在出血处形成血凝块,使出血暂缓或停止,当血压回升到一定程度,可再度出血。本病易因出血存在相对静止期,在此期行胃镜检查往往不能发现病灶。

**收稿日期:**2005-01-22;

**作者简介:**吉存录(1969-),男,土族,青海大通人,青海省大通县人民医院主治医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

**通讯作者:**吉存录 电话:13327645006(手机)。