维普资讯 http://www.cqvip.com

Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol.8, No.2

结肠癌致急性肠梗阻20例手术治疗体会

王清源* 赵 枫** 刘英莲***

我院自1993年至1998年共收治结肠癌致急性肠梗阻20例，现将其处理体会总结如下。

一、临床资料：本组共20例，男14例，女6例，年龄36岁～82岁，平均48.5岁。

二、手术方法：左半结肠癌13例（脾曲5、降结肠4、乙状结肠2、直肠上段2）；右半结肠癌7例（盲肠2、升结肠3、肝曲2）；右半结肠癌行一期切除回肠、横结肠吻合5例，分期手术即回肠横结肠吻合，后期右半结肠切除2例；左半结肠癌一期切除吻合6例，分期手术即先癌肿切除、横结肠造瘘，后行肠吻合、闭瘘5例，另2例因属晚期癌肿作永久性造瘘。

三、治疗结果：一期行右半结肠切除吻合5例，无吻合口瘘等并发症，无死亡病例。右半结肠分期手术2例，无并发症发生。一期左半结肠切除吻合6例，术后发生吻合口瘘1例，经非手术疗法治愈；1例切口感染；1例因全身衰竭而死亡。分期手术5例，无吻合口瘘及死亡。另2例行永久性造瘘者，1例切口感染；1例全身衰竭死亡。

四、讨论：结肠癌致急性肠梗阻者，由于回盲瓣的作用，所以实际上是一种闭袢性肠梗阻，梗阻近段肠管易发生血运障碍致坏死、穿孔，为此，常需急症手术。关于结肠癌致肠梗阻的手术方式，由于结肠的解剖和微生物聚集的特点，右半结肠癌和左半结肠癌的处理方法不完全相同。右半结肠癌行一期切除吻合已被大家接受，本组7例右半结肠癌行一期切除吻合5例，2例分期手术，均术后恢复良好。

目前国内对左半结肠癌梗阻病人多主张先行结肠造瘘，待病人全身情况好转后再考虑行二期手术。因为一期切除吻合一旦发生吻合口瘘，手术死亡率明显增加；另外，梗阻近段结肠内细菌大量繁殖产生的内毒素吸收导致中毒性休克也是手术后近期死亡的重要原因之一。但分期手术会给患者造成更多的痛苦，也有造成失去根治的机会。临床资料表明，只要围手术期处理恰当，左侧结肠癌梗阻施行一期手术不仅可明显提高手术切除率和远期生存率。吻合口瘘发生率和手术死亡率也同样可降到10%以下。左半结肠癌梗阻一期手术成功的关键，在于术前的必要准备和术中肠管内的冲洗及术后的治疗。术中结肠减压、灌洗和仔细的肠吻合非常重要，为此应注意以下几个方面：1.结肠减压和灌洗：结肠内大量粪便对吻合口产生张力，术中可根据切除要求游离结肠，予以整块切除，将肿瘤近侧结肠尽量移至腹腔外，若不能拉出要将周围保护好，以免减压时污染腹腔。先将肠腔内粘稠粪便和气体排出，然后施行顺行或逆行结肠灌洗。方法是：切除病变肠段后将近侧断端移至腹腔外，然后经结肠断端插管或回肠末端插管至盲肠，用灌洗液进行灌洗。灌洗液可用甲硝唑或生理盐水，尽可能使排出液变清。通过灌洗能最大限度清除粪便对吻合口产生的张力，减少肠腔内细菌和内毒素含量。2.吻合注意事项：保证吻合口血运良好；吻合口无张力；浆膜完整，粘膜对合整齐。3.关腹前用生理盐水冲洗腹腔，尤其对合并结肠穿孔者，并放置腹腔引流管。4.术毕扩肛，协助排出肠内容物，放置肛管排气管。5.加强支持疗法，维持水、电解质和酸碱平衡。

分期手术中，对于先在近段肠造口，后切肿瘤、闭瘘，虽然是一种危险性相对较小的手术方式，但由于第一次手术的刺激和第二次手术的推迟，本来可以切除的肿瘤，至第二次手术时很难切除甚至不能切除。文献报告，结肠癌并发急性肠梗阻时，由于一期癌肿未切除，再次手术近半数难于切除，其5年生存率显著低于一期切除者。因此从肿瘤角度考虑，应先切除肿瘤、造口，再肠吻合并闭瘘较为合理。

（收稿：1998－10－14）

* 作者单位：255029 山东省淄博市第三医院
** 淄博市中心医院
*** 淄博市第二卫校