维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2001)03－0320－02

结肠癌并急性肠梗阻的特点与外科治疗

代远斌，曾希志，向 志

(重庆医科大学临床学院普外科 重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨结肠癌合并肠梗阻的临床特点与外科治疗方法。方法:回顾性分析经手术治疗的 39 例结肠癌并发急性肠梗阻病例,结合国内外文献,综合评价外科治疗方法。结果:Ⅰ期切除吻合 24 例(61.5%),术后无吻合口漏发生。结论:结肠癌合并肠梗阻,应尽可能Ⅰ期手术切除。

【关键词】结肠癌;急性肠梗阻

【中国图书分类法分类号】R735.3506 【文献标识码】A 【收稿日期】2001－02－16

The features and surgical treatment of acute intestinal obstruction caused by colon cancer

DAI Yuan－bin, et al

(Department of General Surgery, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University)

【Abstract】 ***Objective***: To evaluate the clinical features and method of surgical treatment of acute intestinal obstruction caused by colon cancer. ***Methods***: Data of 39 patients with obstructive colon carcinoma were analyzed retrospectively. With a review of recent domestic and foreign literatures, surgical treatment method was comprehensively evaluated. ***Results*** Among these patients, 24 cases received one－stage resection and anastomosis, and without anastomosis fistula. ***Conclusion***: To obstruction caused by colon cancer, one－stage resection and anastomosis may be done if possible.

【Key words】Colon cancer; Acute intestinal obstruction

结肠癌致急性肠梗阻并不少见,我院 1993 年至 2000 年手术治疗结肠癌并急性肠梗阻 39 例。现就其临床特点与外科治疗分析讨论如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 25 例,女 14 例,年龄 23～86 岁,平均年龄 64 岁,60 岁以上 23 例(占 59%)。均为急诊入院,具有腹痛、腹胀、呕吐等一般肠梗阻的表现;均伴有不同程度的贫血、低蛋白血症、水电解质及酸碱平衡紊乱等并发症。发病时间 10～72h。

1.2 辅助检查 39 例经 X 线腹部透视及平片发现:(1)低位小肠梗阻 12 例,均为右半结肠癌引起;(2)单纯结肠梗阻 10 例;(3)大小肠均有梗阻 17 例,表现为小肠有气液平,大肠有扩张。

1.3 肿瘤部位 癌肿位于右半结肠 14 例,其中升结肠 8 例,结肠肝曲 6 例;横结肠 1 例;左半结肠 24 例(占 61.5%),其中结肠脾曲 3 例,降结肠 6 例,乙状结肠 15 例。

1.4 病理分型和分期 腺癌 29 例,粘液癌 6 例,低分化癌 4 例。Dukes B 期 10 例,C 期 20 例,D 期 9 例。

1.5 手术方法 39 例结肠癌梗阻患者,入院后采取综合治疗措施,包括纠正水、电解质失调,胃肠减压及有效抗生素的应用。均在入院 48h 内行手术治疗,根据术中探查肿瘤侵犯的程度及梗阻情况选择不同手术方式(见表 1)。术中发现有 1 例右半结肠癌及 2 例左半结肠癌梗阻已发生部分结肠坏死、穿孔。

表 1 39 例结肠癌梗阻手术治疗方式

	右半结肠癌 ($n=15$)	左半结肠癌 ($n=24$)
Ⅰ期切除吻合	10	14
Ⅰ期切除、近端造瘘、Ⅱ期闭瘘	2	5
Ⅰ期造瘘、Ⅱ期切除吻合	2	4
肿瘤无法切除、单纯造瘘、活检	1	1

2 结 果

作者介绍:代远斌(1963－),男,讲师,硕士。主要研究方向:血管外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

本组 39 例中，Ⅰ期切除吻合 24 例(61.5%)；Ⅰ期切除、近端造瘘、Ⅱ期闭瘘 7 例(17.9%)；Ⅰ期造瘘、Ⅱ期切除吻合 6 例(15.4%)；其余 2 例(5.1%)因腹腔广泛转移无法切除、而行单纯造瘘。术后出现并发症 8 例，其中切口感染 6 例，切口裂开 2 例。全组无吻合口瘘发生。37 例治愈出院，2 例死亡，死亡率为 5.1%。1 例左半结肠癌死于全身多器官衰竭，1 例右半结肠癌术后发生腹腔感染，死于中毒性休克。

3 讨 论

结肠癌并急性肠梗阻是常见的外科急腹症之一，有以下特点：(1)由于癌肿与回盲瓣的病理解剖关系，其病理变化为闭袢型狭窄性肠梗阻，有导致穿孔产生严重的粪汁性腹膜炎引起死亡的危险。因此，需急诊手术治疗。本组有 3 例(占 7.7%)在术中发现结肠已坏死或穿孔；(2)左半结肠癌梗阻多见，文献报道约占大肠梗阻的 2/3。本组 39 例结肠癌梗阻病人，24 例为左半结肠癌(占 61.5%)；(3)老年病人多见。本组平均年龄 64 岁，60 岁以上占 59%。文献报道[1]在所有老年人低位肠梗阻中，癌性梗阻占 73.8%。8%～29%的大肠癌患者以肠梗阻为首发症状。因此，对老年人不明原因的低位肠梗阻，在除外术后肠粘连、嵌顿性疝等后，应首先考虑大肠癌；(4)结肠癌并发肠梗阻的早期与小肠梗阻不易区别，尤其是右半结肠癌梗阻多表现为低位小肠梗阻。本组 39 例中的 12 例(占 30.8%)X 线表现为低位小肠梗阻，17 例(占 33.3%)大小肠均有梗阻。因此，对小肠梗阻应警惕结肠癌的可能；(5)晚期病例多见。本组病例 Dukes B 期 10 例，C 期 20 例，D 期 9 例，C、D 期共占 74.4%。

鉴于结肠癌梗阻病人的特点，临床处理上有一定困难。手术治疗是解除梗阻及根治癌肿的最佳方法。因此，诊断一经明确，应积极进行术前准备。结肠癌梗阻多经过不全性肠梗阻的过程，病史相对较长，梗阻所致的水、电解质平衡紊乱及营养不良常较严重，且老年患居多。而老年人常有伴随疾病，如冠心病、糖尿病、慢性阻塞性肺部疾病等。所以，积极的术前处理对增强手术安全性，减少术后并发症至关重要。包括纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱，治疗伴随疾病，胃肠减压，术前、术中抗生素的使用等措施。术前准备的时间不能过长，根据患者的具体情况，一般在确诊后 12h 内应施行手术治疗。

结肠癌合并肠梗阻手术方式的选择直接关系到患者的生存质量和时间。对右半结肠癌梗阻行一期切除吻合，意见趋于一致[2]。对左半结肠癌梗阻手术方式的选择却存在很大分歧。既往认为左侧结肠腔内细菌浓度高，梗阻后由于肠壁炎性水肿，梗阻近端肠腔明显扩张，近远端肠管口径差异较大，肠壁血运不良，不利于吻合口愈合，行一期吻合后存在吻合口漏可能。因此，主张分期手术。但分期手术使患者承受多次手术的痛苦，住院时间长，造瘘给病人带来生活不便。，且分期切除者 5 年生存率明显低于Ⅰ期切除吻合者。文献报道，Ⅰ期手术与分期手术 5 年生存率分别为 48%及 18%[3~5]，提示分期手术延误了肿瘤的切除时机。近年来，随着大量的病例积累，术中肠道处理方法的改进，有效抗生素的应用以及术后全胃肠外营养(TPN)的支持治疗，结肠癌并肠梗阻施行Ⅰ期切除吻合手术的观点已得到越来越多的学者认同[3,5~7]。研究表明，Ⅰ期手术死亡率和并发症的发生率并不高于分期切除者[7]。本组 39 例病人中，Ⅰ期肿瘤切除 31 例(左半结肠癌 19 例)，其中Ⅰ期吻合 24 例(左半结肠癌 14 例)，术后无吻合口漏发生。因此，我们认为对结肠癌致肠梗阻，只要病人情况允许，应行Ⅰ期切除吻合。对不能行Ⅰ期切除吻合者，也力争行肿瘤切除。

参 考 文 献

[1] Sott NA, Jeacock J, Kingston RD. Risk factors in patients presenting as anemergmcy with coloretal cancer [J]. Br J Surg, 1995;82:321－323.

[2] 段秀庆，张伟辉，薛东波，等. 急性结肠癌性肠梗阻的手术治疗[J]. 中国急救医学杂志，1999;19:169.

[3] 肖彦飞，朱秀茹，康 健，等. 左半结肠癌合并肠梗阻一期切除吻合 16 例报告 [J]. 中国肿瘤临床与康复，1999;6:69.

[4] Sjodahl R, Franzen T, Nystrom PO, et al. Primary versus staged resection for acute obstructiong carcinoma [J]. Br J Surg, 1992;79:685－687.

[5] 吴孟超. 腹部外科学 [M]. 上海：上海科学技术文献出版社，1993:233－240.

[6] Stewart J, Diament RH, Brennan TG, et al. Management of obstructing lesions of the left colon by resection on－table lavage, and primary anastomosis[J]. Surgery, 1993;114:502－508.

[7] Forloni B, Reduzzi R, Paludetti A, et al. Intraoperative colonic lavage in emergency surgical treatment of leftsided colonic obstruction [J]. Dis Colon Rectum, 1998;41:23－25.