DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.01.027
第25卷第1期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 1
2003年1月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jan. 2003

文章编号:1000-5404(2003)01-0069-03

论著

左半结肠癌致肠梗阻一期手术的疗效观察

付 涛,刘宝华,乔六平,何渝军 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所普通外科,重庆 400042)

提 要:目的 探讨治疗左半结肠癌致肠梗阻的有效方法。方法 对比分析我院采用结肠次全切除术(SCG,30例)和术中灌洗一期吻合术(ICIG,38例)治疗左半结肠癌致肠梗阻病人的疗效。结果 手术时间SCG明显短于ICIG,SCG发生切口感染4例(13.3%),吻合口漏1例(6.7%),无1例死亡。ICIG发生切口感染6例(15.8%),吻合口漏4例(10.5%),无1例死亡。并发症发生率均相差不显著。平均住院时间无显著差异。结论 结肠次全切除术及术中灌洗一期吻合术均为治疗左半结肠癌致肠梗阻的有效方法。手术方式的选择应具体情况具体分析,全面衡量。

关键词:左半结肠癌;肠梗阻;结肠次全切除术;术中灌洗术
中图法分类号:R574.2;R735.350.5 文献标识码:A

An observation of the surgical efficacy for first-staged management of the obstructing carcinoma of the left colon: a report of 68 cases

FU Tao, LIU Bao-hua, QIAN Liu-ping, HE Yu-jun (Department of General Surgery, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To explore the methods for management of the obstructing carcinoma of the left colon. Methods A comparison of the surgical efficacy of the two techniques used in 68 patients, divided into subtotal colectomy group (30 patients, SC group) and intraoperative colonic irrigation group (38 patients, ICI group), was performed. Results Mean operating time was significantly lower in the subtotal colectomy group than in the intraoperative colonic irrigation group. The infectious rate of wound was 13.3% in the SC group, and 15.8% in the ICI group. No patient died in both groups. No difference of the surgical complication rate and average stay in hospital was found in both groups ($P>0.05$). Conclusion Subtotal colectomy and intraoperative colonic irrigation are effective methods for management of obstructing carcinoma in the left colon. To select an effective technique depends on the analysis of the practical situations and evaluation of the idiographic complexions.

Key words: left colon carcinoma; intestinal obstruction; subtotal colectomy; intraoperative irrigation

我院自1990年8月至2001年2月共行大肠癌手术1 344例,其中左半结肠癌致肠梗阻78例。我们对这78例病人均行急诊手术,10例病人因肿瘤扩散或全身情况较差,仅行枯息性手术,未被包括在该研究之内,其余68例均行肿瘤一期切除,手术效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

手术分为结肠次全切除组(Subtotal colectomy group, SCG)和术中灌洗一期吻合组(Intraoperative colonic irrigation group, ICIG),共68例(男44例,女24例)。其中结肠次全切除组30例(男19例,女11例),平均年龄59.3岁(38~74岁);术中灌洗一期吻合组38例(男26例,女12例),平均年龄57.4岁(43~77岁)。

1.2 手术方法

SCG:游离并切除自回肠末端至肿瘤以远至少5 cm的结肠,左半结肠做到根治,清除相应动脉旁淋巴结。最后行回肠降结肠或回肠乙状结肠吻合。

ICIG:在距肿瘤5~10 cm的近端结肠将其切断,断端插入螺纹管,用粗丝线双重结扎固定,螺纹管下端接于手术台下密封的塑料袋或污物桶中,经末端回肠或阑尾残端将一根18F的Foley管插入盲肠,气囊充气,荷包缝合固定,肠钳夹闭末端回肠防止反流,Foley管连接输液器,滴入灌注液(配制:37 ℃生理盐水3~6 L+庆大霉素16万U+0.5%甲硝唑100~200 ml),并挤压粪便,灌洗直至流出液清亮为止。按根治术标准行左半结肠切除、乙状结肠切除或直肠切除,断端用红汞、酒精消毒,行端端吻合术,吻合口旁放置引流管。Foley管留置2~3周行术后减压。

1.3 统计学方法

采用计算机统计软件"SPSS10.0"行χ^2检验,t检验。

作者简介:付 涛(1975-),男,湖南省湘乡市人,硕士研究生,医师,主要从事肠道肿瘤及便秘的临床方面的研究。电话:(023)68757248

收稿日期:2001-11-19;修回日期:2002-05-08

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 结果

2.1 肿瘤分期、部位及分型

肿瘤 Dukes 分期及肿瘤部位见表 1，肿瘤大体分型见表 2，病理分型见表 3。SCG 中发现结肠同时原发癌 3 例，降结肠癌伴结肠多发性增生性息肉 2 例。

表 1 Dukes分期及肿瘤部位(例)

Tab 1 Dukes classification and location of tumor(Case)

	SCG	ICIG
Dukes classification		
Stage A	0	0
Stage B	17	22
Stage C	11	10
Stage D	2	6
Tumor location		
Splenic fixture	16	2
Descending colon	11	6
Sigmoid colon	3	18
Rectum	0	12

表 2 肿瘤大体分型(例)

Tab 2 Morphologic type of tumor(Case)

Morphology	SCG	ICIG
Protruded type	11	16
Ulcerative type	19	20
Infiltrating type	0	2
Total	30	38

表 3 肿瘤病理分型(例)

Tab 3 Pathologic type of tumor(Case)

Pathology	SCG	ICIG
Papillary adenocarcinoma	0	2
Tubular adenocarcinoma		
Well differentiation	11	14
Medium differentiation	13	14
Poor differentiation	4	6
Mucoid adenocarcinoma	2	2
Signet-ring cell carcinoma	0	0

2.2 手术时间和住院时间

平均手术时间：SCG 为(156±32) min，ICIG 为(224±39) min ($P<0.05$)。SCG 手术耗时明显短于 ICIG。

平均住院时间：SC 为 17.6 d(8～32 d)，ICIG 为 19.2 d(11～35 d)，无明显差别($P>0.05$)。

2.3 手术并发症

SCG 发生切口感染 4 例(13.3 %)，吻合口漏 2 例(6.7 %)，无 1 例死亡。ICIG 发生切口感染 6 例(15.8 %)($P=0.776$，$P>0.05$)。吻合口漏 4 例(10.5 %)($P=0.577$，$P>0.05$)，无 1 例死亡。以上并发症发生率均相差不显著。

SCG 有 12 例病人术后半年内存在便次增多现象(每日多于 3 次)；ICIG 未见此种情况发生。

3 讨论

大肠癌的发病率在我国居恶性肿瘤的第 3 位，且近年其发病率和死亡率都有上升趋势。左半结肠癌伴梗阻的治疗成了近年临床医师关注的热点。由于左半结肠腔内贮存有含大量细菌的粪便，极易污染腹腔、吻合口和切口，结肠血供来自终末血管，梗阻后近端结肠扩张，与远端肠腔口径相差甚大，而且肠壁缺血、水肿、变脆，吻合后易发生吻合口漏。如何做到一期切除肿瘤，又能有效防止吻合口漏，仍是大家争论的热点。

Hughes 等[1] 提出对急性大肠癌性梗阻采用结肠次全切除术，Deen 等[2] 指出结肠次全切除术不仅避免了造口，同时回肠、乙状结肠吻合比结肠、结肠吻合或结肠、直肠吻合更安全，而且切除大部分结肠，可减少大肠癌的复发和再发。Dudley 等[3] 首先于 1980 年提出术中灌洗一期吻合术，指出该方法可有效防止吻合口漏。

Runkel[4] 分析比较了 1982—1993 年前后两个 6 年大肠癌的治疗情况，12 年间大肠癌手术共 1 944 例，因梗阻或穿孔行急诊手术者 152 例(占 8%)，其中左半结肠梗阻者 68 例(占 3.5 %)。自 20 世纪 80 年代中期以来，术中结肠灌洗取代了预防性肠造口，新术式(一期切除和根治性淋巴结廓清术)也逐渐被实施。梗阻急性死亡率从 14%降至 4%，3 年生存率也显著增加。结肠次全切除术手术时间短，操作较为简便，并且可切除可能存在的同时原发癌[5]，本研究中 SCG 发现结肠同时原发癌 3 例，降结肠癌伴结肠多发增生性息肉 2 例。但也有人对此术式持有异议，认为无谓牺牲过多结肠并不可取。结肠次全切除术切除了结肠大部，会破坏结肠的贮袋功能，引起术后便次增加[6]。本研究中 SCG 有 12 例病人术后半年内存在便次增多现象(每日多于 3 次)，而 ICIG 则未见此种情况发生。

本研究中，手术耗时 SCG 明显短于 ICIG。主要原因在于术中灌洗这一步骤耗时约 0.5～1 h，延长了手术时间。切口感染率 SCG 为 13.3 %，ICIG 为 15.8 %；吻合口漏发生率 SCG 为 6.7 %，ICIG 为 10.5 %。并发症发生率二组无显著性差异。平均住院时间也无明显差别。

采用术中灌洗一期吻合术时，应严格掌握手术适应征，包括：①患者一般情况良好，无低蛋白血症，无心肺等严重并发病；②完全梗阻时间不超过 72 h；③吻合的两端肠管管径相差不悬殊；④吻合口无张力。

结肠次全切除术一般适用于以下情况：①肿瘤位于脾曲或降结肠近脾曲处，术中发现横结肠明显扩张或结肠内粪便干燥硬结，灌洗困难者；②盲肠穿孔者；

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

③结肠伴发同时原发癌或多发性息肉等病变者。

总之，对于左半结肠癌致肠梗阻的处理应以急诊手术为首选[7]，只要情况允许，应尽量做到一期切除。在一期手术里，结肠次全切除术及术中灌洗一期吻合术均为治疗左半结肠癌致肠梗阻的有效方法。而手术方式的选择应具体情况具体分析，全面衡量，做到安全、有效，及时挽救患者的生命。

参考文献：

[1] Hughes E S, Cuthbertson A M. Subtotal colectomy for obstructing carcinoma of the upper left colon[J]. Dis Colon Rectum, 1965, 8(6): 411—412.

[2] Deen K I, Madoff R D, Goldberg S M, *et al*. Surgical management of left colon obstruction: the University of Minnesota experience[J]. J Am Coll Surg, 1998, 187(6): 573—576.

[3] Dudley H A, Racliffe A G, McGeehan D. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis[J]. Br J Surg, 1980, 67(2): 80—81.

[4] Runkel N S, Hinz U, Lehnert T, *et al*. Improved outcome after emergency cancer surgery for the large intestine[J]. Br J Surg, 1998, 85(9): 1260—1265.

[5] 汪建平，唐远志，董文广. 结直肠癌并急性结肠梗阻的外科处理[J]. 中国胃肠外科杂志，1999，6(2)：79—81.

[6] The Scotia Study Group. Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation[J]. Br J Surg, 1995, 82(12): 1622—1627.

[7] 郁宝铭. 左半结肠癌并急性梗阻的术式选择[J]. 临床外科杂志，2000，3(8)：73—74.

（编辑 张 宁）

文章编号：1000-5404(2003)01-0071-02

个案与短篇

换瓣术后患者不同时期的心理特征及护理对策

Psychological characteristics of patients at different post-valve-replacement periods and the corresponding nursing measures

赵秀芝 （沈阳军区第 210 医院急诊科，大连 116112）

换瓣术是外科治疗瓣膜病变的重要手段，由于患者病情较重，心功能差，手术风险大，术后恢复缓慢易引起患者的恐惧焦虑等心理障碍而影响换瓣术的成功及术后的心功能恢复。为探讨此类患者的心理特征，我们对 50 例患者的心理卫生状况进行了动态的测评，并提出有针对性的护理措施。

1 对象和方法

1.1 对象

选取心外科住院需择期行换瓣手术患者 50 例，具体条件为 18 岁以上初次手术、小学以上文化程度、思维正常且能与护士进行交流，并同意参加本研究的患者，其中男 33 例，女 17 例，年龄(18～58 岁)，平均年龄为 38 岁，无精神症状。

1.2 方法

采用症状自测量表(SCL-90)[1]，分别于手术后 3 d(ICU)；术后 1 个月(此时患者已出院，多数采用书信联系或家访，少数边远地区采用电话联系)；术后 3 个月(复查时)对患者的心理健康状况进行测评，在评定前向受检者解释评分方法和注意点，力求获得更可靠的结果，结果以 $\bar{x}\pm s$ 表示，并与国内常模进行比较。统计学处理用 t 检验。

2 结果

在术后 3 d(ICU)，用 SCL-90 量表对换瓣手术患者进行测评，结果显示其焦虑和恐惧两因子分别与国内常模相比有显著差异($P<0.01$)。术后 1 个月时，其躯体化、强迫、抑郁、敌对和精神病性等 5 项因子分显著高于国内常模组($P<0.01$)。手术后 3 个月(复查时)，其强迫、人际关系、敌对和偏执等四项因子分显著高于国内常模组($P<0.01$)，见表 1。

表 1 50 例患者 SCL-90 测评结果与国内常模比较($\bar{x}\pm s$)

项 目	术后 3 d	术后 1 个月	术后 3 个月	常 模
躯体化	1.40±0.43	1.86±0.70 *	1.33±0.46	1.34±0.45
强 迫	1.70±0.60	2.01±0.56 *	1.89±0.54 *	1.69±0.61
人际关系	1.74±0.72	1.77±0.72	1.97±0.80 *	1.76±0.67
抑 郁	1.57±0.68	1.97±0.70 *	1.59±0.60	1.57±0.61
焦 虑	2.06±0.65 *	1.40±0.42	1.44±0.45	1.42±0.43
敌 对	1.52±0.50	1.85±0.48 *	1.76±0.56 *	1.50±0.57
恐 惧	1.96±0.59 *	1.36±0.48	1.35±0.50	1.33±0.47
偏 执	1.50±0.60	1.56±0.56	1.69±0.47 *	1.52±0.60
精神病性	1.38±0.46	1.93±0.60 *	1.37±0.48	1.36±0.47

*：$P<0.01$ 与常模比较

3 讨论

在术后 3 d 患者主要表现为焦虑和恐惧。而在术后 1 个月，心理反应较为复杂，主要为躯体化、强迫、抑郁、敌对和精神症状等。在术后 3 个月，患者表现为强迫、人际关系敏感、敌对和偏执等。究其原因，在术后 3 d，由于患者主要关注的是心脏功能能否恢复，生命是否能够延续，故表现为焦虑和恐惧；在术后 1 个月，心脏功能已基本恢复，患者生命的延续成为现实，且各种监护已取消并可轻微活动，患者在欣喜之余，对心功能恢

（下转 74 页）

作者简介：赵秀芝(1967—)，女，天津市人，主管护师，主要从事临床护理方面的研究。电话：(0411)2494768

收稿日期：2002-06-17；修回日期：2002-09-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net