

## 结直肠癌伴急性梗阻 48例的外科治疗

缪文忠, 荣国强, 黄凯平

[摘要]目的:探讨结直肠癌伴急性梗阻的术式选择。方法:回顾分析 48例结直肠癌伴急性梗阻患者的临床资料。其中,行一期肿瘤切除吻合术 24例,一期肿瘤切除吻合口外置术或 Harmann术 16例,捷径手术或双腔造口术 8例。结果:术后 22例出现并发症,其中肺部感染 10例,切口感染 8例,腹腔感染 2例,切口裂开 2例。4例病死,围手术期病死率为 8.3%,余 44例均痊愈出院。结论:病情允许时,应当一期切除肿瘤行肠吻合术,积极的术前准备和术后处理、合理的手术方式对减少并发症、降低病死率有重要意义。

[关键词] 结直肠肿瘤; 肠梗阻; 外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 735.35

[文献标识码] A

Surgical treatment of 48 Patients with acute intestinal obstruction and colorectal carcinoma  
MIAO Wen-zhong, RONG Guo-qiang, HUANG Kai-ping

(Department of General Surgery, The First People's Hospital of Changshu, Changshu 215500, China)

[Abstract] Objective: To investigate the proper operation method for colorectal carcinoma associated with acute intestinal obstruction. Methods: The clinical data of 48 patients with colorectal carcinoma associated with acute intestinal obstruction undergoing the surgical treatment from 1997 to 2006 were retrospectively analyzed. Twenty-four patients underwent colectomy with one-stage anastomosis, 16 colectomy and the same plugged anastomotic stoma out of peritoneal cavity or Harmann operation, 8 double cavity colostomy or bypass. Results: Twenty-two patients experienced postoperative complications (45.8%), including lung infection in 10 patients, wound infection in 8, peritoneal cavity infection in 2 and disruption of wound in 2. The perioperative mortality was 8.3% (4/48). Conclusion: Under the probable conditions, colectomy with one-stage anastomosis should be performed first. The active preoperative preparation and intensive postoperative treatment, the correct operation methods are important for reducing morbidity and mortality.

[Key words] colorectal carcinoma; obstruction; surgical operation

近年来,结直肠癌发病率较前明显增加,其中很大部分以肠梗阻就诊。该病多发生于中老年人,有超过半数老年人的肠梗阻是结直肠肿瘤造成的<sup>[1]</sup>。由于患者年龄较大,体弱多病,术前难以充分准备肠道,手术风险大,术式亦有争议。1997~2006年,我科共收治癌性结直肠梗阻患者 48例,根据患者具体情况实施了不同的手术方案,现作报道。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 男 35例,女 13例;年龄 28~86岁。其中回盲部癌 6例,升结肠癌 8例,横结肠癌 4例,降结肠癌 8例,乙状结肠癌 12例,直乙结肠交界处癌 6例,直肠癌 4例。Duke's分期: A期 0例, B期 16例, C期 26例, D期 6例。病理类型: 乳头状腺癌 12例,管状腺癌 18例,黏液腺癌 11例,低分化、未分化腺癌 7例。梗阻时间 8~72 h,超过 24 h者 32例(66.7%)。阵发性腹痛 30例(62.5%),恶心呕吐 31例(64.5%),腹胀 42例(87.5%),其中

全腹胀 28例(58.3%),腹部包块 6例(12.5%),直肠肿块 1例(2.08%),血便 3例(6.25%),肠鸣音亢进 20例(41.7%),肠鸣音减弱或消失 16例(33.3%)。48例中 24例(50.0%)表现有明显的肠麻痹及中毒症状、水电解质紊乱及酸中毒。

1.2 合并内科病 有内科病者 30例(62.5%),其中高血压 12例,冠心病 6例,慢性阻塞性肺病 8例,2型糖尿病 3例,脑梗死后遗症 1例。

1.3 术式 48例均行急诊手术。肿瘤一期切除吻合 24例,其中右半结肠癌 9例,左半结肠、直肠癌 15例。肿瘤一期切除作 Harmann术或吻合口外置术 16例,其中 12例术后来院作二期回纳术。其中右半结肠癌 2例,左半结肠癌、直肠癌 14例。肿瘤晚期广泛转移,癌肿局部固定作捷径手术 3例,结肠双腔造口术 5例。

1.4 结果 因酸中毒、感染性休克和多系统器官功能衰竭病死 4例(8.3%);右半结肠癌行根治性切除一期吻合 1例;左半结肠癌肿瘤广泛转移作造口者 2例;直肠癌行根治性切除者 1例。余 44例均康复出院。并发肺部感染 10例,腹腔感染 2例,切口感染 8例,切口裂开 2例。并发症发生率 45.8%。经抗感染、营养支持、切开引流及对症治疗后愈合。

[收稿日期] 2006-08-09

[作者单位] 江苏省常熟市第一人民医院 普外科, 215500

[作者简介] 缪文忠(1971-),男,主治医师。

## 2 讨论

随着诊断水平的不断提高,更多的结直肠癌可在发生急性梗阻前得到诊治,急性梗阻的发病率在下降,结直肠癌手术死亡率与病期及手术方式相关。结直肠癌导致的急性梗阻常由于临床表现不典型而常延误就诊时机,就诊时病情已相当严重,同时因癌性结肠梗阻属机械闭锁性梗阻,如不及时手术必然导致结肠坏死穿孔,因而宜尽早进行手术治疗,以免延误手术时机。本组梗阻时间超过 24 h 者 32 例 (66.7%);其中 24 例 (50.0%) 已表现出明显的肠麻痹及中毒症状、水电解质紊乱及酸中毒。

对于结直肠恶性肿瘤,最佳治疗方案就是手术切除肿瘤,清扫区域淋巴结,一期行肠吻合。经过充分的肠道清洁及抗生素准备,择期结直肠手术的死亡率低于 5%,而急诊结直肠手术,由于患者一般全身情况较差,无法进行充分的术前肠道清洁等准备,手术死亡率可高达 23%,并发症发生率达 50% 左右<sup>[2,3]</sup>。传统外科处理急性结直肠癌性梗阻的手术方式为一期结肠造口(或加肿瘤切除,即 Harmann 术),二期还纳造口。对于晚期患者,这种造口将是永久性的,不能延长患者生存时间,其术后 1 年生存率仅 20% 左右;对于有根治机会的患者,2 次手术创伤,使患者恢复期延长,费用增加<sup>[4]</sup>。尽管一期切除有较高的术后并发症及死亡率,但其根治效果要比分期切除好<sup>[5,6]</sup>,所以我们认为只要病情允许应尽量一期切除肿瘤。本组 48 中 40 例一期肿瘤切除,切除率 83.3%。对肿瘤切除后是否一期吻合的问题,目前比较一致的观点是右半结肠癌可行一期吻合,而左半结肠癌则有较大的争议。我们认为一期切除肿瘤后,如因梗阻时间较长,肠管高度膨胀,肠管减压后回缩不良,肠壁严重水肿,腹腔炎症较重者,主张作 Harmann 术或吻合口外置术,二期作回纳术,决不留下有“遗憾”的吻合口。本组有 2 例右半结肠切除患者,我们将回结肠吻合口外置,其中 1 例发生吻合口漏。对于晚期肿瘤,广泛转移,癌肿局部固定作捷径手术或肠造口术以解除梗阻。

要提高结直肠癌的一期切除吻合率及减少吻合口发生率,术中行肠减压十分重要。术中结肠灌洗十分常用,但费时且易污染腹腔。我们的做法是:在标本切除前,先离断远端肠管,然后将其托出腹腔外,用手术单包绕,台下放置污物桶,然后切开近端肠管,自空肠开始有序挤压肠管,使肠内容物尽量排出后离断近端肠管,将标本置于污物桶内移去,这样肠腔既得到有效减压,又不致污染腹腔。术后吻合口附近放置引流管,引流管不宜过早拔除。即遵循

“上要空,口要正,下要通,引流要放过危险期”的原则<sup>[7]</sup>。按照此法,我们作的一期切除吻合 24 例均未发生吻合口漏。当然,如有条件,可在电视 X 光机透视下,用纤维内镜将有弹性的引流管置入梗阻近端使结肠内容物排出,然后用生理盐水反复冲洗致无粪渣排出<sup>[8]</sup>,或用纤维内镜将可自动扩张的金属扩张器置于肠管狭窄处,扩张后使结肠内容物排出而起到减压作用<sup>[9,10]</sup>,待急性梗阻解除后,再行择期手术。

由于肠梗阻的结直肠癌多见于 Duke's C 期和 D 期,中低分化腺癌居多,且年龄较大,并发症发生率较高。这都与患者一般情况差、抵抗力下降、各主要脏器功能不全,晚期肿瘤引起的营养不良低蛋白血症有关。这就要求我们在术中注意无菌操作,注意保护切口,术中用抗生素盐水彻底冲洗腹腔,选择合适术式,尽可能缩短手术时间;术后要应用强有力的抗生素,纠正低蛋白血症,注意营养支持治疗,早期应用胃肠动力药促使肠功能早日恢复,鼓励患者早日进行床上活动,协助翻身拍背等,这对防止术后并发症和降低病死率有重要意义。

### [参 考 文 献]

- [1] Kuo IJ, Leu SY, Liu MC, et al. How aggressive should we be in patients with stage IV colorectal cancer? *J. Dis Colon Rectum*, 2003, 46(12): 1646-1652.
- [2] Sebastian S, Johnston S, Geoghegan T, et al. Pooled analysis of the efficacy and safety of self-expanding metal stenting in malignant colorectal obstruction. *J. Am J Gastroenterol*, 2004, 99(10): 2051-2057.
- [3] Mauro MA, Koehler RE, Baron TH. Advances in gastrointestinal intervention: the treatment of gastroduodenal and colorectal obstructions with metallic stents. *J. Radiology*, 2000, 215(3): 659-669.
- [4] Saida Y, Sumiyama Y, Nagao J, et al. Long term prognosis of preoperative "bridge to surgery" expandable metallic stent insertion for obstructive colorectal cancer: comparison with emergency operation. *J. Dis Colon Rectum*, 2003, 46(10 Suppl): S44-S49.
- [5] 陈晋湘, 陈子华, 陈志康. 大肠癌并发急性肠梗阻的外科治疗 [J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(7): 520-522.
- [6] 罗梅华, 曾敦述. 左半结肠癌并发急性肠梗阻的术式探讨: 附 42 例报告 [J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(8): 635-636.
- [7] 夏穗生. 论低位肠梗阻与急诊一期切除吻合术 [J]. 实用外科杂志, 1988, 1(8): 1.
- [8] Tanaka T, Funakawa A, Murata K, et al. Endoscopic transanal decompression with a drainage tube for acute colonic obstruction: Clinical aspects of preoperative treatment. *J. Dis Colon Rectum*, 2001, 44(3): 418-422.
- [9] Horuchi A, Maeyama H, Ochi Y, et al. Usefulness of Dennis Colorectal Tube in endoscopic decompression of acute malignant colonic obstruction. *J. Gastrointest Endosc*, 2001, 54(2): 229-232.
- [10] Law WL, Chu KW, Ho JW, et al. Self-expanding metallic stent in the treatment of colonic obstruction caused by advanced malignancy. *J. Dis Colon Rectum*, 2000, 43(11): 1522-1527.