

[文章编号] 1000-2200(2011)07-0724-02

· 临床医学 ·

## 老年患者左半结肠癌合并梗阻手术治疗 38 例分析

张孝龙

[摘要]目的:探讨老年患者左半结肠癌并梗阻的手术治疗方法。方法:38例老年左半结肠癌并肠梗阻患者均行急诊手术,其中29例行I期切除吻合,7例行Hartmann术,2例行横结肠双腔造瘘。结果:37例治愈,其中2例出现吻合口漏,2次手术后痊愈;另1例吻合口漏患者病死。结论:加强围手术期处理,术中近端结肠充分灌洗,老年患者左半结肠癌并梗阻行I期切除吻合是安全、可行的。

[关键词] 结肠肿瘤; 肠梗阻; 老年患者; 外科治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 605.97 [文献标识码] A

### Diagnosis and treatment of left colon carcinoma with obstruction in 38 elderly patients

ZHANG Xiao-long

(Department of Surgery Linquan County Songji Hospital Linquan Anhui 236414, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the diagnosis and treatment of left colon carcinoma with obstruction in elderly patient. **Methods:** Thirty-eight cases of colon carcinoma were retrospectively analyzed. Twenty-nine cases received radical resection and one-stage anastomosis, 7 cases were undergone Hartmann operation, 2 cases received bypass operation. **Results:** Thirty-seven cases were cured (among them 2 cases with developed anastomosis leakage received second-operation and healed), 1 case with developed anastomosis leakage and died. **Conclusions:** One-stage anastomosis is safe and feasible for elderly patient who had colon cancer with obstruction, under the condition of strict perioperative treatment and enough lavage.

[Key words] colon carcinoma; obstruction; elderly patient; surgery

结直肠癌是常见的消化道肿瘤,好发于老年患者,近年来,发病呈上升趋势<sup>[1]</sup>。结直肠癌发展缓慢,且大都呈隐匿性,加上老年患者机体反应差,很多患者以肠梗阻为首发症状就诊。2002年6月至2008年12月,我院收治老年患者左半结肠癌并梗阻38例,现就其诊断和治疗方法作一报道。

#### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组38例中男28例,女10例;年龄53~76岁。入院到确诊1~4d,确诊到手术时间4~8h。肿瘤位于结肠脾曲3例,降结肠14例,乙状结肠及直肠21例。低分化腺癌27例,中分化腺癌7例,黏液腺癌4例。Dukes B期5例,C期26例,D期7例。34例有腹痛、腹胀症状;28例出现肛

门停止排便、排气。呕吐发生时间较晚,9例有口渴、尿少、乏力等脱水表现,但无休克症状。9例有顽固性便秘史(3.5±1.3)年。35例合并全身其他疾病,其中原发性高血压30例,糖尿病11例,冠心病9例,慢性阻塞性肺疾病7例,合并2种以上疾病13例。38例腹部X线检查腹部均可见扩大的肠袢,盲肠胀气最显著,小肠胀气不明显。其中有20例通过肠镜检查、活检病理确诊,其余病例术中确诊。18例血清癌胚抗原(CEA)升高。

1.2 治疗方法 全部手术治疗,患者在积极的手术准备下,保守治疗8~24h,梗阻不缓解,X线透视示盲肠扩张直径明显增大,立即手术。手术方式:分I期手术和分期手术。术中根据探查梗阻情况和患者的一般情况,结合结肠癌侵犯程度选择恰当的手术方式。(1)结肠I期切除吻合29例,其中右半结肠I期切除吻合16例,行回肠横结肠吻合。左半结肠I期切除吻合13例中,10例在肿瘤近侧切断肠管,挤压结肠排出大便,再将小肠内容物挤入结肠,距盲

[收稿日期] 2010-12-17

[作者单位] 安徽省临泉县宋集中心卫生院 外科 236414

[作者简介] 张孝龙(1968-),男,主治医师。

- [4] 武金颖. 奥扎格雷钠治疗急性脑梗死42例临床观察[J]. 疑难病杂志, 2006, 5(2): 137.  
 [5] 李文华, 刘一尔, 伍龙. 奥扎格雷钠治疗缺血性脑卒中40例疗效观察[J]. 中国全科医学, 2004, 7(12): 932.  
 [6] 张强. 奥扎格雷钠治疗急性脑梗死临床观察[J]. 中国实用神

经疾病杂志, 2009, 12(7): 71-72.

- [7] 孙丽华, 韩乐锋. 依达拉奉与奥扎格雷治疗进展性脑卒中临床疗效观察[J]. 山西医科大学学报, 2010, 41(2): 150-151.

(本文编辑 刘璐)

肠 15 ~ 20 cm 处肠钳阻断并切开回肠, 插入粗导尿管经回盲瓣至盲肠, 用大量的生理盐水 (8 000 ~ 10 000 ml) 冲洗后注入 0.5% 甲硝唑至液体清亮后切除肿瘤 I 期吻合; 3 例仅充分挤压结肠排尽大便, 吻合口两侧 5 cm 用 1% 苯扎溴铵清洗后 I 期吻合。(2) 分期 Hartmann 手术 7 例。(3) 2 例因肿瘤晚期广泛转移仅作单纯造口探查活检。术后腹盆腔常规留置引流。引流管的放置以有效和不压迫吻合口为原则, 时间一般以 3 ~ 4 天为宜。

1.3 结果 治愈 37 例。术后发生吻合口漏 3 例, 2 例再次手术后痊愈, 1 例未再手术出现腹腔及全身严重感染而死亡。

## 2 讨论

老年性肠梗阻的原因有肠粘连、肠扭转、嵌顿疝、肠肿瘤、粪石等, 其中以肠道肿瘤占首位<sup>[2]</sup>。肿瘤部位以左半结肠多见, Dukes 分期偏晚。肠癌引起梗阻的原因主要是肿瘤呈肿块生长, 阻塞肠腔; 其次是肿瘤浸润邻近肠袢, 造成粘连性梗阻。

老年患者合并病较多, 其中以原发性高血压、糖尿病及肺部疾病多见。对于已在服用降血压药者不需停药; 血压过高者可舌下含服硝苯地平 10 mg 或硝酸甘油 0.6 mg。无效者静脉滴注硝普钠, 将血压控制在 160/100 mmHg 以下为宜。合并糖尿病者机体免疫力下降, 组织愈合能力差, 心血管、肾脏等潜在性损害严重。加上手术刺激、胰岛素抵抗等因素, 可使血糖升高更为显著。采用微泵注射胰岛素(胰岛素和糖的比例以 1:3 ~ 1:4 为宜) 将血糖控制在 6 ~ 9 mmol/L。原有肺部疾病(慢性支气管炎、阻塞性肺气肿等)、胃管刺激痰液增多、卧床、疼痛, 肠梗阻时膈肌上抬限制呼吸及细菌移位等诸多因素, 使得肺部处理更为重要。可鼓励患者做深呼吸, 咳嗽排痰, 雾化吸入, 合理使用抗生素等措施改善患者的肺功能。积极改善患者的营养状况, 纠正贫血、低蛋白血症及抗生素治疗, 输注白蛋白、血浆可以减轻肠壁水肿, 增强抵抗力。全胃肠外营养或肠内营养可按总热量不超过  $126 \text{ kJ} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ , 脂肪供热量不超过总热量的 40% 原则施行。全胃肠外营养的使用有助于改善患者的营养状况, 减少吻合口漏的发生。早期扩肛能促进肠道功能的恢复。

从单纯性肠梗阻发展到绞窄性肠梗阻是一连续过程且发展很快。老年患者机体反应慢, 有时自觉症状与局部体征很不典型, 病情轻重与临床表现不符合。因此要密切注意病情发展, 特别是腹部体征

的细微变化, 把握手术时机。对于手术时机的选择, 有学者<sup>[3]</sup>认为保守治疗 2 ~ 4 h 后, 也有认为 8 ~ 12 h 后。

由于围手术期处理, 麻醉和手术日趋成熟, 单纯高龄已不是危险因素。为此, 我们认为结肠癌并梗阻一旦诊断成立, 病情允许情况下, 尽可能早期手术。理由: (1) 肠癌并梗阻多为完全性梗阻, 不手术难以解决问题; (2) 结肠梗阻常为闭袢性梗阻, 较小的压力 (70 ~ 80 mmHg) 即可使肠管破裂; (3) 梗阻的时间越长, 细菌越容易发生易位, 肠外感染的机会越多; (4) 文献<sup>[4-5]</sup>表明, I 期手术和 II 期手术吻合口漏发生率及围手术期病死率无差别, 且 I 期手术患者 5 年生存率明显高于 II 期手术患者; (5) 研究<sup>[2-3]</sup>表明, 经术中灌洗后, 结肠梗阻患者近端肠段内容物及肠黏膜细菌数明显低于正常肠道准备的无肠梗阻组, 且超过正常肠道准备的清洁程度, 达到 I 期切除吻合的安全水平。

此外, 特别需注意的是若术中患者年龄较大, 体质较差, 术中出现血压不稳,  $\text{PaO}_2$  下降, 渗血渗液较多, 肠管水肿明显时, 切不可强行 I 期切除。如行 Hartmann 术或横结肠造瘘术, 应以最短的时间内解决梗阻为原则。

吻合口漏是术后常见的致死原因。吻合口的位置在腹膜反折以下, 引流量不多时, 易局限可保守治疗, 其余部位则应积极再手术治疗。本组 3 例出现吻合口漏, 2 例再次手术 (1 例行吻合口外置, 1 例行横结肠造瘘) 得以治愈, 1 例未手术出现腹腔严重感染, 导致严重败血症, 出现感染性休克最终死于多器官功能衰竭。

总之, 对于老年患者出现腹痛、腹胀等症状时应高度怀疑肠道恶性肿瘤的可能。X 线、CT、肠镜等对于诊断有重要意义。对于部分患者加强围手术期处理, 术中遵守无菌、无瘤原则, 充分灌洗, 吻合口血运良好且无张力行 I 期切除吻合术是可行的。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000 [J]. *Lancet Oncol* 2001 2(9): 533 - 543.
- [2] Chiappa A, Zbar A, Biella F *et al*. One-stage resection and primary anastomosis following acute obstruction of the left colon for cancer [J]. *Am Surg* 2000 66(7): 619 - 622.
- [3] 郁宝铭. 左半结肠急性梗阻的术式选择 [J]. *临床外科杂志*, 2000 8(2): 73 - 74.
- [4] 汪建平. 大肠癌并急性结肠梗阻的处理 [J]. *中国实用外科杂志* 2000 20(8): 460.
- [5] 夏穗生. 低位结肠梗阻与急诊一期切除吻合术 [J]. *实用外科杂志* 1998 8(1): 1.

( 本文编辑 刘畅 )