

结直肠癌伴急性梗阻的外科处理

唐洪海 谢方利 陈志刚

(安徽省淮北市人民医院普外科 淮北 235000)

摘要 :目的 :探讨结直肠癌伴急性梗阻的外科处理方法。方法 :回顾性分析 1995~2003 年间 32 例结直肠癌伴急性肠梗阻的外科治疗资料。全组 32 例 ,Ⅰ期行右半结肠切除 7 例 ,Ⅰ期左半切除吻合 6 例 ,前切除 1 例 ,Ⅰ期左半结肠或直肠上段癌切除 ,近端结肠造口 ,关闭远端结肠或直肠 14 例 ,转流捷径手术 1 例 ,单纯结肠造口 3 例。结果 :吻合口漏 1 例 ,围手术期死亡 1 例 ,30 例(93.4%)恢复顺利 ,康复出院。结论 :重视围手术的处理 ,根据结直肠癌伴急性梗阻病人全身情况和局部条件合理选择手术方式。

关键词 :结肠癌 ;直肠癌 ;梗阻 ;外科治疗

Objective: To study the surgical treatment in acute obstructive colorectal cancer. Methods: The experience of surgical treatment in 32 cases of acute obstructive colorectal cancer from 1995.1-2003 were analysed retrospectively, of which ,7 cases of the right hemicolectomy underwent resection ,7 cases of the left hemicolectomy underwent resection and anastomoses ,9 cases of the left hemicolectomy underwent primary resection and Hartmann colostomy ,5 cases to multi-stage operation, 1 case to by-pass procedures ,3 cases to simple colostomy . Result: 1 case of anastomotic leakage ,1 case of death ,and 30 of 32 cases (93.4%) were recovered triumphantly. Conclusions: More attention should be paid to perioperative management. Rational colectomy should be selected according to the general condition of the patient, the local conditions of the lesion.

Colorectal Cancer; Obstruction; Surgical treatment

中图分类号 :R 735.3

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)04-0006-02

结直肠癌并急性肠梗阻是常见的外科急腹症之一,多见于老年人,其病情危急病程较晚,临床处理非常棘手。本文回顾性分析我院外科 1995~2003 年经手术治疗的结直肠癌伴

急性梗阻 32 例,就其外科处理体会报告如下:

1 临床资料

本组 32 例,男 8 例,女 14 例;年龄 22~82 岁,平均 57.6

3 讨论

一般认为<sup>[4]</sup>,膝关节关节炎是以软骨丢失并伴有关节周围骨反应为特征的一种关节疾病,其发病与衰老、创伤、炎症、肥胖、代谢障碍和遗传等因素有关,但确切的发病机制尚不清楚。骨关节炎的病理改变主要为局限性炎症渗出,进行性软骨破坏及关节边缘骨质增生。临床上以膝关节疼痛、肿胀、行走后疼痛加重,下蹲起立困难为主要表现。患者主诉为膝关节肿大,活动有摩擦感及弹响声。检查可见膝关节肿大、变形,屈伸活动疼痛加剧,有压痛,活动明显受限。

本病属中医学“痹证”范畴,乃因肝肾亏虚,筋骨失养,长期劳损,腠理空虚,风寒湿杂至,凝滞血脉,血不荣筋,膝部络道不通而致膝部肿痛。本院制剂舒筋洗颗粒由透骨草、威灵仙、苏木、和钩藤组成,本方对膝部劳损或外伤后,风寒杂至而凝滞膝部血脉者,有温经活血、祛风除湿、舒筋活络之功;且加热外洗,热效应及药物效应相得益彰,可使局部血管扩张,血运增加,代谢提高,使痹阻凝滞得以温通,从而加速膝部炎症吸收,疼痛缓解,起到消肿止痛、“通则不痛”的功效。

氯诺昔康是一种非甾体抗炎新药,是强效的 COX-2 抑制剂之一,同时具有等效的 COX-1 抑制作用<sup>[5]</sup>。这种平衡的 COX-1 和 COX-2 抑制作用,使其既具有明显的抗炎镇痛效果,又不致产生明显的不良反应。研究明确表明<sup>[6]</sup>,氯诺昔康在类风湿性关节炎、骨关节炎或关节强直性脊柱炎中,至少与其他非甾体抗炎药有相同的疗效。目前氯诺昔康已开始在临床上得到广泛应用。

在本实验中,2 组治疗方案均有一定的治疗效果,80 例患者经治疗 4 周治疗后,大多病情明显好转。特别是联合治疗组中膝关节肿胀改善更为明显,可见关节肿胀由重变轻,甚至消失;X 光片显示一般无明显改变,但是云雾状炎症影可完全吸收,膝关节屈伸功能受限大部分明显改善,部分患者转为正常,肿痛消失。说明以中药舒筋洗颗粒外洗方为主,联合口服非甾体抗炎药氯诺昔康治疗膝关节退行性骨关节炎疗效显著,对于有关节肿胀的患者尤为适用。

参考文献

[1] 鲁玉来,鲁雯,燕好军,等.骨关节炎的药物治疗[J].中国矫形外科杂志,2002,10(14):1 425~1 427  
[2] 李友良,齐名,王美美,等.国产与进口美洛昔康片剂治疗类风湿关节炎和骨关节炎比较 [J]. 中国新药与临床杂志, 2003,22(3): 142~146  
[3] 李胜光,张江林,梁东风,等.洛索洛芬与罗非昔布对照治疗膝关节炎 57 例[J].中国新药杂志,2003,12(5):377~379  
[4] 刘向前,姚共和.膝关节骨关节炎的药物治疗近况[J].湖南中医学院学报,2003, 23(4):60~61  
[5] Berg J,Fellier H, Christoph T,etal. The analgesic NSAID lornoxicam inhibits cyclooxygenase (COX)-1/-2, inducible nitric oxide synthase (iNOS), and the formation of interleukin (IL)-6 in vitro [J]. Inflammation Research, 1999, 48(7): 369~379  
[6] Balfour JA, Fitton A, Barradell LB. Lornoxicam. A review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of painful and inflammatory conditions [J]. Drugs, 1996, 51 (4): 639~657

(收稿日期: 2004 - 05 - 06)

岁;全组病例均为完全性梗阻,需急诊手术。经保守治疗后症状缓解再经术前准备,而择期手术者不在此列。病变部位及分期见表 1。

| 表 1 肿瘤部位及分期 |    |       |   |   | 例 |
|-------------|----|-------|---|---|---|
| 部位          | n  | Dukes |   |   |   |
|             |    | A     | B | C | D |
| 升结肠         | 5  | 0     | 1 | 3 | 1 |
| 肝曲          | 2  | 0     | 0 | 2 | 0 |
| 横结肠         | 1  | 0     | 1 | 0 | 0 |
| 结肠脾曲        | 2  | 0     | 1 | 1 | 0 |
| 降结肠         | 4  | 0     | 1 | 3 | 0 |
| 乙状结肠        | 10 | 0     | 3 | 5 | 2 |
| 直肠          | 8  | 0     | 2 | 4 | 2 |

2 治疗方法

病人入院先行胃肠减压,纠正水电解质、酸碱平衡,抗生素应用,防治低血容量休克或感染性休克,经 5~120h 保守治疗,对大肠梗阻仍不见缓解或进行性加重者应急诊剖腹探查术。右半结肠癌伴梗阻 8 例,7 例行右半结肠 I 期切除,1 例癌肿不能切除行转流术。I 期左半结肠切除吻合术中肠道灌洗 6 例,前切除 1 例(术中灌洗)。I 期左半结肠切除, Hartmann 结肠造口术 9 例,3~6 月后闭瘻手术 5 例,3 例放弃,分期手术 5 例,肿瘤无法切除行单纯结肠造口 3 例。

3 结果

本组 32 例结直肠癌伴急性梗阻病人均接受了手术治疗, I 期切除右半结肠 7 例,无吻合口漏发生。I 期切除左半结肠 Hartmann 造口 9 例,术后恢复顺利,造口排便通畅。I 期左半结肠切除吻合 7 例,术后发生吻合口漏 1 例,死亡 1 例,死亡原因 MOSF。

4 讨论

4.1 结直肠癌伴急性梗阻术前准备 结直肠癌多由一个从不完全梗阻到完全梗阻的过程,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,且老年人合并症多,如同时合并冠心病、糖尿病、慢阻肺等,积极的术前处理对安全度过手术期、减少并发症至关重要。术前准备包括胃肠减压、纠正水电解质和酸碱平衡紊乱、抗生素应用,术前准备时间不宜太长,根据病人具体情况,一般在明确诊断后,经过积极的术前准备 1~2d 内急诊手术。

4.2 手术方式的选择 结直肠癌伴急性梗阻的手术治疗目的:为根除肿瘤,解除梗阻<sup>[1]</sup>。由于其处理原则不尽相同,临床上将其分为右半结肠梗阻和左半结肠梗阻。右半结肠梗阻的手术处理数十年来没有明显变化,常规行右半结肠切除,回肠、横结肠 I 期吻合的经典术式<sup>[2]</sup>。本组 7 例右半结肠癌行 I 期切除吻合术后,无吻合口漏的发生。左半结肠癌伴急性梗阻时采取何种术式至今仍存争议<sup>[3]</sup>,手术方式有 2 种: I 期切除吻合和分期手术。主张分期手术的理由归纳为: (1) 结肠为一贮粪器官,肠腔内细菌繁多,术前未行肠道准备和梗阻近端结肠扩张水肿,与梗阻远端结肠口径相差悬殊,吻合口后部发生吻合口漏。(2) 病人一般情况差,常有水电解质及酸碱平衡紊乱、贫血和低蛋白血症,术前短期内不易纠正,手

术耐受性差,手术死亡率高。分期手术的缺点是: (1) 病人需经受多次手术的痛苦,住院时间长,费用高。(2) 第一次手术易至肿瘤扩散种植,致使数周后再次手术时肿瘤扩散固定,失去根治机会。(3) 分期切除 5 年生存率低于 I 期切除, Sjordahl 等<sup>[3]</sup>报道分别为 29%和 38%。术中肠道灌洗用于左半结肠癌梗阻行 I 期切除吻合,在我国使用近 10 年历史,并被越来越多的作者和单位所采用<sup>[4~7]</sup>。术中肠道灌洗方便、简易,应用得法,费时不多。本组 7 例结直肠癌急性梗阻病人术中灌洗皆完成了 I 期左半结肠切除吻合和前切除手术,发生吻合口漏 1 例。说明只要方法得当术中灌洗能起到术前肠道准备的相似作用。而对全身情况差、合并重要脏器功能不全、感染中毒者,有学者主张以 I 期左半结肠切除、近端肠造口、II 期闭瘻为宜。即可 I 期切除肿瘤,解除梗阻,无 I 期切除发生吻合口漏虞。此方法适合于大部分左半结肠癌急性梗阻病人,尤其适于直肠癌并急性梗阻的病人。本组 9 例病人行 Hartmann 造瘻效果满意。

扩大的右半结肠切除或结肠次全切除。切除包括肿瘤在内的大部分结肠,行回肠与乙状结肠或直肠吻合,小肠与结肠吻合由于血运好,回肠肠腔内细菌和吻合口相近,较结肠的 I 期吻合安全。适用于结肠内有散在多发肿瘤者。

单纯造口或转流捷径手术,对全身情况差,有脏器功能不全,处于中毒性休克或癌肿晚期,广泛转移,无法切除,行单纯造口或捷径手术以解除梗阻、抢救生命。

对于结直肠癌伴急性梗阻的外科治疗,我们的体会是: (1) 急性梗阻性结肠癌 I 期切除吻合,为避免吻合口漏,必须掌握其适应症。无论是端口吻合还是端侧吻合都要遵循“上要空,下要通,口要松”的原则,必要辅加盲肠或横结肠造瘻术,术中、术后定时扩肛,勿忘腹腔冲洗和引流。(2) 不过分追求 I 期切除吻合,根据病人具体情况选择合理术式。对全身状况差、合并重要脏器功能不全、中毒重、对吻合口愈合有疑虑者,宜行左半结肠 I 期切除 Hartmann 结肠造口, II 期闭瘻或分期手术。(3) 围手术期强而有效的抗生素及营养支持同样是手术成功的重要基础。

参考文献

[1]许维寿.梗阻性结肠癌症 36 例治疗体会[J].中国实用外科杂志, 1994, 14: 538  
[2]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: 460  
[3]Sjordahl R,Franzen T,Nystrom PO.Primary versus staged resection for acute obstructing colorectal carcinoma[J]. Br J Surg,1992,79:685  
[4]彭淑牖,陈依青.左半结肠癌急性梗阻 I 期吻合的安全保证:彻底快速而无污染的肠减压术 [J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(11): 664  
[5]张绪鹏.左半结肠癌伴急性肠梗阻的外科治疗[J].临床外科杂志, 1997, 5(4): 220  
[6]温思齐,王小忠,陈进新.洗胃术中结肠灌洗治疗左半结肠癌急性梗阻[J].中国普通外科杂志, 2000, 9(3): 277  
[7]王振宇,徐惠绵.左半结肠癌梗阻术中肠道灌洗、术后减压的新方法[J].实用肿瘤学杂志, 1999, 13(2): 114

(收稿日期: 2004 - 05 - 17)