

【经验交流】

急性梗阻性结肠癌 33 例诊治体会

戴永建¹, 刘金伟¹, 张玲²

(1. 山东省潍坊市益都中心医院, 山东 潍坊 262500; 2. 山东省青州荣军医院)

【摘要】 目的: 探讨 33 例急性癌性结肠梗阻诊断, 手术方式选择及处理原则。方法: 对近 10 年收治的 33 例急性癌性结肠梗阻行急诊手术治疗, 术中加强结肠灌洗。结果: 本组 33 例其中右半结肠癌 18 例左半结肠癌 11 例行一期切除吻合, 肠捷径手术 2 例, 一期切除近侧结肠造口 2 例, 术后均无吻合口漏。结论: 对梗阻性结肠癌的患者如能掌握合适的指征和方法, 术中认真做好结肠减压灌洗一期切除吻合术是完全可行的。

【关键词】 结肠癌; 急性梗阻; 一期手术

【中图分类号】 R735.3⁺5

【文献标识码】 C

【文章编号】 0369(2004)08-0489-02

结肠梗阻是结肠癌的常见并发症, 我院自 1992 年以来共收治 33 例结肠癌急性肠梗阻, 均行急诊手术治疗, 报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 33 例, 其中男性 21 例; 女性 12 例, 年龄 34~76 岁, 平均 55.4 岁。右半结肠 20 例, 左半结肠 13 例, 术前回盲部结肠癌误诊阑尾脓肿 1 例, 术中探查回盲部癌肿套迭 2 例。

1.2 检查 本组 33 例术前经 X 线腹部透视均报告肠袢扩张积液气平面, 提示低位性肠梗阻, 11 例作 X 线钡灌肠造影检查表现结肠呈向心性 or 偏心性狭窄提示结肠癌。

1.3 手术方式 33 例均行急诊手术, 右半结肠癌 18 例, 左半结肠癌 11 例行一期切除吻合。一期切除近侧结肠造口 2 例, 肠捷径手术回横结肠吻合术, 回乙状结肠吻合术各 1 例。

1.4 灌洗方法 术中结肠减压灌洗是一期切除吻合成功的重要前提。其方法游离结肠, 切断远端, 将近端置于腹腔外, 排除肠腔内粪便, 从近端插入一粗管用生理盐水冲洗至流液无渣质。灌洗时应注意手术野保护, 防止粪便污染腹腔。

1.5 并发症 切口感染 3 例, 术后并发肺部感染 2 例; 尿路感染 1 例, 无肠漏发生。

2 讨论

2.1 诊断及鉴别诊断 结肠癌并发急性完全性肠梗阻的诊断比较容易, 但术前明确结肠癌的诊断需借助纤维结肠镜或钡灌肠造影, 实际上有些患者来不及或不能耐受上述检查而需急诊探查以明确诊断, 而且右半结肠癌急性梗阻易误诊为急性阑尾周围脓肿。文献报告右半结肠癌误诊为急性阑尾炎者

占 20.8~25%。本组有 1 例二月前诊为急性阑尾炎保守治疗二月后扪及右下腹包块而误诊为阑尾脓肿因腹痛腹胀明显行剖腹探查术证实为右半结肠癌, 因此在鉴别诊断上应注意(1)有原因不明的贫血, 体重减轻或低热;(2)既往有大便习惯改变, 粘液血便, 慢性腹痛发作的病史;(3)有阑尾脓肿样症状或体征, 经抗感染治疗无效, 有其中之一者应高度警惕右半结肠癌或结肠癌与急性阑尾炎并存。

2.2 手术时机的选择 结肠梗阻占肠梗阻病例的 1/4, 也是结肠癌的常见并发症, 其梗阻多数表现为慢性过程, 也有表现为急性完全性梗阻的, 肠梗阻时梗阻近端肠管扩张, 水肿及粪便滞留等因素容易导致血运不良肠壁坏死而破裂穿孔。因此, 结肠癌性梗阻一旦诊断成立应积极给予胃肠减压, 抗感染纠正水电解质平衡紊乱, 有以下情况应及时手术(1)结肠梗阻诊断确立, 观察 8-12h 症状及体征无缓解且进行性加重;(2)完全性结肠梗阻或并发腹膜炎者尽早急诊手术;(3)梗阻合并中毒性休克者在抗休克同时急诊手术。

2.3 手术方式的选择 选择恰当的手术方式是手术成功与否的关键, 大肠癌梗阻的外科治疗原则一是解除梗阻; 二是切除肿瘤, 近年来随着外科技术的进步及抗生素和营养学的发展, 大肠癌一期切除吻合率大大提高, 目前对于右半结肠癌梗阻行一期切除吻合的意见基本一致。国内文献报道右半结肠癌急性梗阻行一期切除吻合率达 80% 以上。本组有 18 例行一期吻合效果满意。对于左半结肠癌梗阻的处理, 目前虽存在争议, 但随着重视围手术期处理, 特别是术中结肠减压灌洗的应用, 左半结肠癌急性梗阻一期切除吻合率大大提高, 而且并发症减少, 生存率提高。因此, 目前主张一期切除吻合者渐多。行左半结肠一期切除可避免腹壁结肠造口和多次手

术创伤;对肿瘤患者还可避免因肿瘤扩散转移而丧失肿瘤切除的时机。然而一期切除有一定的风险,尤其是当梗阻近端肠腔内有大量粪便难以彻底清除时,为了安全实施一期切除吻合,除了全身内环境的调节和稳定外,梗阻近端的减压和消毒至关重要。彻底减压和结肠清洗有利于有效控制肠道细菌感染,减低吻合口张力有利于肠壁血供恢复。有文献报道术中结肠灌洗可使左侧结肠癌急性梗阻患者肠道细菌降至安全进行结肠吻合的水平。本组11例左半结肠癌梗阻通过术中减压灌洗,严格的无菌操作,保持吻合口的良好血运和无张力对合,术后无吻合口漏发生。对于梗阻近端肠管高度扩张,肠壁水肿严重以及术中结肠灌洗不满意的患者应改行一期

切除近端结肠造口术。本组有二例采取此类手术,以防止术后吻合口漏。大肠癌合并肠梗阻的患者晚期癌较多,对年老体衰,中毒症状较重,不能耐受肿瘤切除或肿瘤已不能切除的患者可行捷径手术。本组亦有二例在无法切除肿瘤的情况下采取回横,回乙状结肠吻合术以改善梗阻症状。因此在实际处理中要根据患者的全身情况及癌肿的局部情况综合判断,选择不同的处理方法。

[参考文献]

- [1] 徐惠锦等. 结肠癌致肠梗阻3 088例外科处理综合报告[J]. 中国实用外科杂志, 1995, 15: 412-414.
- [2] 王振义. 梗阻性大肠癌诊治体会[J]. 中国肛肠病杂志 1990, 10: 22.

(上接 473 页)

(4例),未使用利多卡因组室颤发生率 8.51% (4例),两者比较无显著性差异($P>0.05$)。(见表2)

表1 并发室早与否对病情的影响比较

并发室早者 (77例)(%)	未并发室早者 (16例)(%)	P值
室颤 6(7.79)	2(12.50)	>0.05
死亡 10(12.86)	3(18.75)	>0.05
心衰 16(20.78)	4(25.00)	>0.05
休克 8(10.39)	3(18.75)	>0.05

表2 预防性作用利多卡因与否对病情影响比较

用利多卡因组 49例(%)	未用利多卡因组 47例(%)	P值
室颤 4(8.16)	4(8.51)	>0.05
死亡 9(18.37)	6(12.77)	>0.05
心衰 12(24.49)	9(19.15)	>0.05
休克 6(12.24)	6(12.77)	>0.05

3 讨论

AMI可以伴发各种类型的心律失常,其中以VA最为常见,有文献报导占75—100%^[2],与本文相同(83.33%)AMI基于冠状动脉阻塞后急性心肌缺血,从而产生一系列的病理生理及电生理学的变化,导致心律失常。室性早搏在正常中也很常见。通常VA在AMI患者中被认为是危险信号,它可能发展成为室颤而危及生命,因此在临床工作中,一旦发现有室早,及时给予抗心律失常治疗,甚至有的医生对AMI患者预防性使用利多卡因。作者经过观

察表明:并发VA与否在室颤发生率上无明显差异($P>0.05$)。有人研究发现,在AMI发生室颤的病人中,有一半的病人无室早出现,而且发生室颤的病人与不发生室颤的病人其室早发生率一样高^[3]。另有报道:在心肌梗塞后的第一天室早几乎都有,复杂性室早,例如:Ron-T等也不少见,把他们作为室颤预测指标的价值值得怀疑^[4]。我们认为,室早并不是室颤的良好预测指标。本文还对AMI患者进行了是否应用利多卡因预防VA作了观察。结果两组对比无明显差异($P>0.05$)。也有资料表明:预防性使用利多卡因可以增加心脏停搏的发生率,还可发生神经系统的副作用,尤其是老年人^[5]。还有增加房室传导阻滞等毒副作用^[6]。还有人报道对室颤发生前的复杂性室早者用利多卡因治疗,抑制率50.%^[7]。因此,利多卡因在治疗AMI时是否预防性使用,有待于进一步观察研究。

[参考文献]

- [1] Special report Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease. Circulation, 1979, 56: 60.
- [2] 仪忠直,张继伟. 实用心电图[M]. 济南出版社, 1992, 93.
- [3] 孟庆义. 急性心肌梗塞的新概念[M]. 北京:北京海洋出版社, 1993. 157.
- [4] The task force on the management of acute myocardial infarction of the European Society of cardiology. Eur Heart J, 1996, 17: 43.
- [5] 黄贵权. AMI并发室性心律失常41例诊治体会[J]. 中华心血管病杂志, 1996. (3): 240.
- [6] 薛成湘. AMI病死率降低因素的探讨[J]. 临床荟萃, 1995. (9): 409-410.
- [7] 茹雪等. 急性心肌梗塞并发心室颤动临床分析[J]. 苏州医学院学报, 2000: 20(11)