

左半结肠癌并发急性肠梗阻 48 例 I 期切除吻合临床分析

刘 谊(四川省宜宾市中西医结合医院外科 644002)

【摘要】 目的 探讨左半结肠癌并发急性肠梗阻 I 期手术切除吻合的可行性。**方法** 以左半结肠癌并发急性肠梗阻患者 48 例为治疗组,以右半结肠癌 37 例为对照组,均行根治性 I 期切除吻合术,比较术后并发症发生情况。**结果** 两组术后肠痿、肺部感染、粘连性肠梗阻、切口感染及心肺功能不全的发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 对左半结肠癌并发急性梗阻患者,掌握好适应证,术中合理应用结肠灌洗,重视围术期处理, I 期切除吻合术是安全可行的。

【关键词】 结肠肿瘤; 肠梗阻; 吻合术; 并发症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.05.031 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)05-0579-02

Clinical analysis of first stage resection and anastomosis in 48 cases of left colon cancer complicating acute intestinal obstruction LIU Yi (Department of Surgery, Yibin Hospital of Combined Chinese Medicine and Western Medicine, Neijing, Sichuan 644002, China)

【Abstract】 Objective To investigate the feasibility of first stage resection and anastomosis for left colon cancer complicating acute intestinal obstruction. **Methods** The therapeutical group included 48 cases of left colon cancer complicating acute intestinal obstruction. The control group included 37 cases of right colon cancer. All patients were given first stage resection and anastomosis. To compare the occurrence of postoperative complications. **Results** The occurrence of postoperative intestinal fistula, pulmonary infection, adhesive intestinal obstruction, incision infection and cardiopulmonary dysfunction were not significantly different ($P>0.05$). **Conclusion** By mastering the indications well, rationally using intraoperative colonic lavage and attaching importance to perioperative management, first stage resection and anastomosis are safe and feasible for left colon cancer with acute intestinal obstruction.

【Key words】 colon cancer; intestinal obstruction; anastomosis; complications

结肠癌是引起老年人低位急性肠梗阻最常见的原因,早期多无明显症状,中晚期才出现较明显的消化道症状^[1]。手术治疗是其主要治疗手段,但针对并发肠梗阻患者,在手术方法、方式上仍有许多不同的观点^[2]。部分主张 I 期切除吻合,部分主张分期手术。随着医学技术的进步, I 期切除吻合已被临床接受,并认为左、右半结肠癌引起急性梗阻的患者行 I 期手术,术后并发症无明显差异。本文总结本院普外科收治的左半结肠癌并发急性肠梗阻患者 48 例,对临床资料进行分析,探讨结肠癌并发急性肠梗阻行 I 期切除吻合手术的方法,结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以本院普外科 2006 年 1 月至 2008 年 12 月收治的左半结肠癌并发急性肠梗阻患者 48 例为治疗组,其中男 29 例,女 19 例,年龄 43~72 岁,平均(56.42±11.37)岁。主要症状表现为腹部胀痛、恶心、呕吐,停止排气、排便;行腹部平片均提示肠梗阻或低位肠梗阻。所有患者在完善术前准备后,于入院后 48~72 h 内行急诊手术,术后病理检查证实为结肠癌。以同期收治的右半结肠癌患者 37 例为对照组,男 23 例,女 14 例,年龄 48~75 岁,平均(58±13.76)岁。两组在平均年龄、男女比例上没有显著差异,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 (1)纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱,改善脱水、贫血、低蛋白血症情况;术前控制血糖,纠正心律失常,改善心功能,降压,改善重要脏器功能;早期大剂量联合应用抗生素。(2)左半结肠癌先游离左半结肠系膜,远端超过肿瘤 10 cm;直肠上段肿瘤,远端超过 3 cm 左右。肠钳夹住预切肠段两端,切除肿瘤及部分肠管。将近端肠管提出腹部切口外,开放减压,由近及远将肠内容物挤出,注意保护切口及术野不受污染。将肛管经断端置入近端肠管,并荷包收紧,用 0.9% 的温盐水及 0.5% 甲硝唑灌洗肠管,直至灌洗液清亮为止,拔出肛管。远端肠管经肛门插入肛管,温生理盐水及 0.5% 甲硝唑

灌洗至清亮。灌洗后用肠道吻合器端端吻合或人工端端吻合,吻合口附近置多孔硅胶引流管进行负压引流,留置肛管。(3)术后纠正水、电解质及酸碱失衡,应用有效抗生素控制感染,营养支持,积极纠正并发症,每天扩肛 2~3 次,至肛门排气。

1.2.2 对照组 基础治疗同治疗组;右半结肠癌全部给予肠道准备后,常规行 I 期切除吻合术;术后处理与治疗组相同。

1.3 统计学方法 计数资料用 χ^2 检验,统计学处理由 SPSS 14.0 软件完成, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后并发症发生情况见表 1。对照组术后的肠痿、肺部感染、粘连性肠梗阻、切开感染及心肺功能不全发生率分别为 2.70%、8.11%、8.11%、13.51% 及 8.11%;治疗组术后分别为 4.17%、8.33%、6.25%、12.50% 及 10.42%。两组患者各种并发症的发生率经 χ^2 检验, $P>0.05$, 差异没有统计学意义。

表 1 两组患者术后并发症情况(n)

组别	肠痿	肺部感染	粘连性肠梗阻	切开感染	心肺功能不全
对照组	1	3	3	5	3
治疗组	2	4	3	6	5
χ^2	0.132	0.001	0.110	0.019	0.131
P	0.717	0.970	0.740	0.890	0.718

3 讨论

结肠癌是常见的胃肠道恶性肿瘤,以中、老年发病率高。近十余年来发病率呈明显上升趋势,很大部分患者以癌性肠梗阻为主要表现。癌性肠梗阻的发生是一个隐匿的过程,早期多呈慢性梗阻表现,由于回盲瓣的作用,逐渐发展为闭祥性肠梗阻,肠内容物淤积,大量细菌繁殖,产生大量毒素,当症状进一步发展,肠腔内压力极度增高,引起肠管的破裂、穿孔^[3]。

在症状上,急性左半结肠癌并发癌性肠梗阻除了有机械性肠梗阻的症状外,多有其特殊的特点。首先腹胀明显;其次呕吐

出现时间较晚,后期呕吐物为粪便样物;多伴有体质量的进行性下降,合并脱水、电解质紊乱、低蛋白血症等慢性消耗状态。常合并其他慢性疾病,术后生存率不高。在治疗上以往多主张分期手术^[4],其主要原因是:(1)梗阻性左半结肠癌切除后,近端肠管扩张,肠壁水肿严重,血循环较差,如果将充满粪便及细菌的近端肠管与远端结肠行 I 期吻合后,发生吻合口瘘的危险大。(2)分期手术时间长,患者需要多次手术。住院时间长,医疗花费高。造瘘给患者带来很大的不方便,心理负担大,甚至会产生心理抑郁。(3)多次麻醉和手术引起患者过度应激、免疫功能受抑,反而促进癌转移。部分患者 I 期手术切除肿瘤后,由于年龄、体质量、经济等原因失去 II 期手术的机会。

近年来,随着手术技术的提高,各种手术吻合器械的应用,不断提高药效的抗生素,肠内及全胃肠外营养的支持治疗,重症监护条件的提高,对左半结肠癌并发急性梗阻患者行 I 期切除吻合术已变得安全有效,成为目前的主要术式^[5]。本次研究中,术后治疗组并发症发生率与对照组比较差异没有统计学意义($P>0.05$)。我们总结, I 期切除吻合术要重视:(1)掌握好手术适应证^[6]。(2)做好术前准备,胃肠减压,纠正水、电解质及酸碱失衡。全身应用抗生素,使术前及术中血液中抗生素达有效浓度。(3)术中肠腔有效减压及灌洗,尤其对结肠肠腔内积粪较多及肠腔减压不彻底者^[7]。但也不提倡过度灌洗,肠内容物对结肠黏膜上皮细胞具有重要的营养作用,正常的肠道菌群为结肠黏膜上皮细胞提供必需营养物质,促进肠黏膜上皮的更新。(4)在手术吻合技巧上,做到吻合口无张力,血运良好,遵循吻合口“上要空,下要通,口要正”的原则。(5)持续有效的腹腔引流,引流管放置于吻合口附近,给予双腔负压引流,放置时间应该达到 10~14 d,超过瘘发生的危险期。(6)术后处理至关重要,这类患者一般营养状况差,抵抗力低,营养消耗多,发生吻合口瘘的风险大,因此应加强抗炎及营养支持,纠正低

蛋白血症。(7)鼓励患者早期下床活动,促进肠蠕动的恢复;术后每天扩肛;积极处理合并的其他疾病,如糖尿病、原发性高血压等。

综上所述,对左半结肠癌并发急性肠梗阻患者,正确掌握手术指征,认真做好围术期处理,掌握术中正确吻合技巧,可有效防止吻合口瘘等并发症,提高肿瘤切除率,提高远期生存率,减少造瘘带来的痛苦,值得临床推广。

参考文献

[1] 谷铎之. 临床肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:952.
 [2] Cho YB, Yun SH, Hong JS, et al. Carcinoma obstruction of the left colon and long-term prognosis[J]. Hepatogastroenterology, 2008, 55(85):1288-1293.
 [3] 张志强. 梗阻性结肠癌 21 例分析[J]. 世界今日医学杂志, 2007, 8(3):148-149.
 [4] 唐思聪, 王兵. 左半结肠癌并发完全梗阻术式的探讨[J]. 临床外科杂志, 1995, 3(4):193-194.
 [5] Baccari P, Bisagni P, Crippa S, et al. Operative and long-term results after one-stage surgery for obstructing colonic cancer [J]. Hepatogastroenterology, 2006, 53(71):698-703.
 [6] Caiazzo P, Di Palma R, Pesce G, et al. Obstructing colon cancer——what's the surgical strategy? [J]. Ann Hal Chir, 2004, 75(4):455-458.
 [7] Hsu TC. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon [J]. Am J Surg, 2005, 189(4):384-389.

(收稿日期:2010-09-17)

(上接第 578 页)

2.4 30 例慢性粒细胞白血病白细胞计数明显增高,最高达 $522 \times 10^9/L$, 白细胞平均计数为 $152 \times 10^9/L$, 中性粒细胞明显增高,人工镜检原、早幼粒细胞占 2.3%, 此类白血病患者仪器分析对白血病提示诊断有价值。4 例慢性急变白血病白细胞计数 $29.5 \times 10^9/L$, 其分类中性粒细胞比例升高但不明显,镜检可见 27.7% 的原、早幼粒细胞,此类白血病患者仪器分类结果提示性不强,需通过显微镜分类以避免漏诊。

3 讨论

五分类全血细胞血液分析仪 BC5300 白血病分类计数的基本原理是激光流式细胞技术和电阻抗法,通过细胞体积、细胞大小及内部结构、细胞内的颗粒性、核分叶性和表面结构对白细胞进行分类计数,但它不能识别幼稚细胞、异常淋巴细胞、中毒颗粒及中性粒细胞核分叶情况等^[5]。一般情况下,如果白细胞计数很高或某一类细胞明显异常、白血病直方图和散点图出现异常改变,应引起重视,以免漏诊。

血液分析仪结果在其他参数均正常的情况下可作为一种过筛检查,可节省时间及人力。但对于不同类型白血病,仪器分类提示诊断白血病的价值不同。因此,当出现白细胞计数过高或过低,仪器分类某一类细胞明显异常,白细胞散点图异常等情况时,需同时做血涂片显微镜检查,仔细查找是否有幼稚细胞、变异淋巴细胞或有核红细胞等^[6],以上异常细胞对白血病诊断较为重要,而且全自动血液分析仪无法检测出,必须通过手工油镜检查才能得到相关依据。虽然血液分析仪降低了检验工作者的劳动强度,提高了工作效率,同时仪器性能好、灵敏度高,但它在检测中起到的只是过筛作用而已,不能完全替代显微镜,必须联合显微镜目测,这样的结果才能作为一些疾

病诊断、治疗的依据和观察指标。因此为了避免造成临床疾病的漏诊和误诊,必须按照国家和医院有关规定对患者血常规进行复查。由此可见,使用全自动血液分析仪须同时涂片镜检的重要性的必要性。

综上所述,使用五分类全自动血液分析仪须同时做涂片人工镜检分类。五分类全自动血液分析仪中白细胞计数明显异常、某一类白细胞计数明显异常及白细胞直方图、散点图的改变对白血病具有提示诊断价值,但仍需进行手工复片以确诊。

参考文献

[1] 曾照芳. 临床检验仪器学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2005.
 [2] 王爱梅. 探讨血液分析仪对白血病诊断的实用价值[J]. 实用新医学, 2000, 2(8):758-759.
 [3] 徐文荣, 王建中. 临床血液学与检验[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2009:247-255.
 [4] 叶应妩, 王毓三. 全国临床检验操作规程[M]. 2 版, 南京:东南大学出版社, 1997:2-7.
 [5] 吴小玮. 五分类血液分析仪与血涂片镜检对白血病患者及贫血患者血细胞分类结果差异分析[J]. 浙江中医药大学学报, 2007, 31(6):714.
 [6] 郭勇. 三分类自动血细胞分析仪对白血病提示诊断价值初探[J]. 四川省卫生管理干部学院学报, 2001, 20(3):170-171.

(收稿日期:2010-09-25)