

## 左半结肠癌并发急性肠梗阻 I 期手术治疗体会

张跃平<sup>1)</sup>, 张勇<sup>2)</sup>, 黄兵<sup>1)</sup>

(1) 玉溪市第三人民医院外科; 2) 玉溪市第一人民医院外科, 云南 玉溪 653100)

[关键词] 左半结肠癌; 急性肠梗阻; I 期手术; 吻合口漏

[中图分类号] R656.1 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 08-0137-02

结直肠癌近年来在我国发病率不断增加, 成为常见的恶性肿瘤, 多见于中老年患者, 早期多无特异性症状, 及至发生急性肠梗阻时, 肿瘤多处于中晚期, 临床常需急诊手术治疗. 对于左半结肠癌并发急性肠梗阻, 目前多主张行 I 期切除吻合术. 玉溪市第三人民医院 2004 年 5 月至 2012 年 4 月共手术治疗结直肠癌并发急性肠梗阻患者 15 例, 现回顾分析如下.

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

本组 15 例患者, 其中男 11 例, 女 4 例, 年龄 44~72 岁, 平均 61 岁, 2 例升结肠癌, 1 例降结肠癌, 10 例乙状结肠癌, 2 例直肠上段癌. Dukes 分期: B 期 3 例, C 期 12 例. 术后病理证实高分化腺癌 4 例, 中分化腺癌 6 例, 低分化腺癌 3 例, 黏液腺癌 2 例. 15 例患者中并发高血压病 2 例, 慢性支气管炎肺气肿 1 例. 本组病例均有急性肠梗阻表现, 全部有腹痛、腹胀、呕吐, 肛门停止排气、排便, 部分患者可见腹部闭袢性肠型. 腹部 X 线平片显示多数大小不等气液平面或巨大胀气肠袢. 出现急性梗阻症状至就诊时间为 8 h~3 d. 术前根据患者症状、体征、直肠指检及 CT 所见初步诊断结直肠癌并急性结肠梗阻 13 例, 2 例有急性腹膜炎体征于急诊剖腹探查术中明确诊断.

#### 1.2 方法

患者入院后积极完善各种术前检查, 处理并存疾病. 作好术前准备, 立即禁食, 给予持续而有效的胃肠减压, 补充血容量, 纠正水电解质及酸碱失衡和休克, 应用抗生素. 保守治疗 24~48 h 后症状未见好转行急诊手术治疗. 15 例患者全部手术治疗, 2 例右半结肠癌梗阻行 I 期切除吻合术,

13 例左半结肠癌梗阻, 其中 11 例行 I 期切除吻合术, 1 例行 Hartmann 手术.

### 2 结果

本组 15 例患者, 全部好转出院, 无死亡病例, 发生并发症 4 例, 其中切口感染 2 例, 吻合口漏 2 例. 2 例吻合口漏患者其中 1 例曾行 2 次手术, 第 1 次因误诊为肠套叠行松解减压术, 术后发生肠漏, 1 月后再次发生急性肠梗阻, 第 2 次手术时发现乙状结肠癌, 经仔细松解粘连, 术中肠道灌洗和 I 期肿瘤切除吻合使患者痊愈, 随访 8 a 仍健在. 另 1 例患者因术中污染严重, 术后发生吻合口漏, 后改行结肠造口术.

### 3 讨论

结直肠癌合并急性肠梗阻大多数是闭袢性梗阻, 容易出现肠腔的急性穿孔以及感染性休克症状. 所以, 结直肠癌并发急性肠梗阻需积极及时的手术治疗<sup>[1]</sup>. 应在积极行胃肠减压, 纠正水电解质、酸碱平衡紊乱, 抗感染的前提下作好术前准备, 对于保守治疗 24~48 h 无效者, 即应行手术治疗. 术后给予适度的肠外营养支持, 一旦肠道功能恢复, 即可进食, 这样可以尽快恢复肠道屏障功能, 降低手术的并发症和死亡率. 吻合口漏是其术后严重并发症, 原因较多, 大概归纳为以下几点: (1) 并发急性肠梗阻、低蛋白血症; (2) 吻合口位置低、张力大、口径相差 2 倍以上、肠壁水肿、血供差; (3) 肠道不清洁、腹腔污染、引流不畅等诸多因素. 右半结肠癌并发急性肠梗阻时, 行 I 期切除吻合术是安全的, 此点得到普遍公认. 左半结肠癌并发急性肠梗阻时是行 I 期切除吻合或是分期手

[作者简介] 张跃平 (1964~), 男, 云南红河州人, 医学学士, 主治医师, 主要从事普通外科临床工作.

术以前观点不统一。因为左半结肠内有大量粪便和积液积聚,左半结肠癌并发急性肠梗阻时,梗阻的肠管可大幅度减少肠壁血流量,加上结肠供血较差,肠腔粪便易继发腹腔感染,行I期切除吻合,发生吻合口漏风险较大。但是先行I期减压造口,再行II期肿瘤切除吻合的分期手术具有患者住院时间长,治疗费用高,肠造瘘给患者带来生活上的不便,患者需要承受多次手术的痛苦等缺点。更重要的是肿瘤切除时机被延误,5年的生存率也会大大降低<sup>[2]</sup>。近年来由于手术操作技术和营养支持治疗的进步,对左半结肠癌并发急性肠梗阻多主张行I期切除吻合术。徐惠绵308例患者的经验总结<sup>[3]</sup>对笔者有重要的指导意义。笔者认为只要患者无严重并存病,能耐受根治性切除术者应行I期切除吻合术。因为患者术前不能行肠道清洁,所以术中肠道灌洗技术很重要,一定要注

意尽量不污染腹腔。术中注意吻合技巧,使吻合口无张力,血供良好,缝合严密,放置引流通畅,10~14d拔出。但对于有肠穿孔及腹腔污染严重,肠壁水肿显著的患者,最好行Hartmann手术。总之,既要考虑肿瘤的根治性,也要考虑患者的安全性。

#### [参考文献]

- [1] 郑树. 结直肠癌基础研究及临床实践[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:424-426.
- [2] 汪建平. 肠癌并急性梗阻的处理[J]. 中国实用外科杂志,2000,20:459-461.
- [3] 徐惠绵. 结肠癌致梗阻308例外科处理综合报告[J]. 中国实用外科杂志,1995,15:412-414.  
(2013-06-14收稿)

(上接第134页)

其可扩张出球小动脉改善肾血流量,逆转不良的心室重塑,保护心功能,预防动脉壁增生<sup>[10]</sup>,与钙离子拮抗剂的降压机制不同,而二者对靶器官的保护机制有明显的协调作用,因此,是较为理想的联合降压方案。本组观察组明显优于对照组的各项数据,有力的佐证了这一结论。

总之,依那普利联合苯磺酸左旋氨氯地平治疗原发性高血压,可在控制血压、减少靶器官损害等方面起到协同作用,疗效确切,安全性高,值得临床优先选用。

#### [参考文献]

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南2010[J]. 中华心血管病杂志,2011,39(7):579-615.
- [2] 程金川, 柯红原. 氨氯地平、依那普利及联合用药治疗原发性高血压的临床观察[J]. 四川医学,2012,33(04):685-686.
- [3] 叶应春, 陈伟芬. 贝那普利联合氨氯地平治疗原发性高血压临床研究[J]. 河北医药,2012,34(12):1797-1799.

- [4] 李美英. 苯磺酸左旋氨氯地平治疗原发性高血压安全性及疗效评价[J]. 中国医院用药评价与分析,2010,10(5):465-467.
- [5] 万能力. 依那普利、美托洛尔单用和联用治疗高血压的疗效观察[J]. 四川医学,2011,32(12):1975-1976.
- [6] 高淑蓉, 吴桂英. 厄贝沙坦联合左旋氨氯地平治疗原发性高血压的疗效观察[J]. 重庆医学,2012,41(6):557-558.
- [7] 易洪刚, 黄高忠, 刘关键, 等. 苯磺酸左旋氨氯地平治疗原发性高血压有效性和安全性的系统评价[J]. 中国循证医学杂志,2008,8(07):543-550.
- [8] 陈志华. 贝那普利联合氨氯地平治疗原发性高血压的临床研究[J]. 当代医学,2012,18(02):13-14.
- [9] 崔学光, 曹炳雁, 李宏旭, 等. NAH方案治疗高血压的疗效观察与经济学评价[J]. 中国卫生经济,2006,25(11):59-61.
- [10] 吕砚, 邹最, 贾怀信, 等. 氨氯地平单用及其与ACEI联用治疗成人原发性高血压有效性与安全性的Meta分析[J]. 中国循证医学杂志,2010,10(5):578-584.  
(2013-06-12收稿)