

左半结直肠癌并急性肠梗阻经内镜介入治疗后再限期手术的临床应用探讨

许 刚¹ 王传龙¹ 李才菊¹ 向黎明¹ 熊德海²

(1 重庆市万州区第五人民医院普外科 重庆 404020 2 重庆三峡中心医院普外一科 重庆 404000)

摘要 目的 探讨左半结直肠癌并急性肠梗阻经内镜介入治疗后再限期行肿瘤根治切除及一期肠吻合术的临床应用价值。方法 回顾性分析 2006 年 -2011 年我院收治的 87 例左半结直肠癌并急性肠梗阻的临床资料。结果 本组 87 例中,71 例经内镜置入支架或肠梗阻导管介入减压治疗成功并完成了肿瘤根治性切除及一期肠吻合术。16 例介入治疗失败行了急诊手术治疗,其中支架或导管置入失败 7 例,堵塞 5 例,减压效果差 4 例,无穿孔、出血并发症,介入治疗有效率 81.6%。限期手术后切口感染 5 例(7.0%);急诊手术后切口感染 4 例(25.0%) 吻合口漏 2 例(2.8%) 无死亡病例发生。结论 左半结直肠癌并急性肠梗阻经内镜介入治疗后,限期行肿瘤根治性切除及一期肠吻合术,可以最大限度降低术后切口感染、吻合口漏机率,值得临床推广应用。

关键词 结直肠肿瘤 肠梗阻 介入治疗 限期手术

中图分类号 R735.3 **文献标识码** A **文章编号** :1673-6273(2012)27-5333-03

The Clinical Application of Deadline for Surgery after the Left Half of Colorectal Cancer and Acute Intestinal Obstruction by Endoscopic Treatment

XU Gang¹, WANG Chuan-long¹, LI Cai-ju¹, XIANG Li-ming¹, XIONG De-ha²

(1 Department of General Surgery, the fifth People's Hospital of Wanzhou Chongqing, Wanzhou 404020, China;

2 Department of General Surgery, the Sanxia Central Hospital of Chongqing, Wanzhou 404000, China)

ABSTRACT Objective: To investigate the clinical value of deadline for radical tumor resection and an intestinal anastomosis after the left half of colorectal cancer and acute intestinal obstruction by endoscopic treatment. **Methods:** Retrospective analysis of 2006 to 2011 in our hospital's clinical data of 87 cases of the left half of colorectal cancer and acute intestinal obstruction. **Results:** In this 87 cases, 71 cases of endoscopic stenting or intestinal obstruction catheterization decompression treatment success and complete tumor radical resection and an intestinal anastomosis. 16 cases involved in treatment failure line emergency surgery, Stent or catheter implant failure in 7 cases, plug in 5 cases, the decompression effects of poor 4 cases, no perforation and bleeding complications, interventional treatment efficiency 81.6%. Wound infection in 5 cases (7.0%) after Deadline surgery; wound infection in 4 cases (25.0%) after emergency post-operative; Anastomotic leakage in 2 cases (2.8%); no deaths have occurred. **Conclusions:** The deadline for radical tumor resection and an intestinal anastomosis after the left half of colorectal cancer and acute intestinal obstruction by endoscopic treatment, can minimize postoperative infection, anastomotic leakage probability, is worthy of clinical application.

Key words: Colorectal cancer; Intestinal obstruction; Interventional treatment; Deadline for surgery

Chinese Library Classification(CLC): R735.3 **Document code:** A

Article ID: 1673-6273(2012)27-5333-03

左半结直肠癌并急性肠梗阻在临床上并不少见,急诊手术后并发症率及病死率较高。本文通过回顾性分析 2006 年 -2011 年我院收治的 87 例左半结直肠癌并急性肠梗阻经内镜介入治疗后再限期手术治疗的资料,供临床参考。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共 87 例,其中男 50 例,女 37 例,年龄 55-75 岁,平均(65±10)岁。结肠脾曲癌 20 例,降结肠癌 32 例,乙状结肠癌 25 例,中上段直肠癌 10 例。Dukes 分期 B 期 27 例,C 期 52

例,D 期 8 例。病理分型 腺癌 70 例,粘液腺癌 11 例,未分化癌 6 例。

1.2 诊断及纳入标准

根据肠梗阻的临床表现,结合腹部立位 X 片,腹部超声,CT,纤维结肠镜等明确诊断。患者一般状况良好,能耐受介入及手术治疗,且肿瘤病灶估计可切除,无远处器官转移者纳入本组。

1.3 治疗方法

1.3.1 经内镜放置自膨式金属支架(SEMS) 本组 45 例应用纤维结肠镜,在 X 线透视辅助下放置 SEMS,通过泛影葡胺造影准确定位梗阻狭窄段的长度,方向,选择适度大小的支架置入肿瘤病灶致肠管狭窄处,支架两端超出狭窄 2-3 cm,借助支架膨胀过程中的张力扩张狭窄,必要时经肛门低压灌肠,解除梗

作者简介 许刚(1972-),男,主治医师,电话 :15923459547,

E-mail:cqwzxugang001@sina.com

(收稿日期 2012-03-23 接受日期 2012-04-20)

阻。

1.3.2 经内镜放置肠梗阻导管 本组 42 例选择经内镜放置肠梗阻导管,在纤维结肠镜的引导下,将导丝插入梗阻部位,然后在 X 线透视下置入前端带有气囊(用于固定)和多个侧孔(用于减压)的肛肠型减压导管,反复灌洗结肠,以缓解肠梗阻。

1.3.3 限期行肿瘤根治性切除及一期肠吻合术 全组 87 例中的 71 例经内镜介入治疗后,减压效果明显,肠梗阻症状、体征完全消失,腹部立位 X 片无液气平面及扩张的肠袢。然后进行充分的肠道准备,限期行了左半结肠切除或直肠前切除术,用管状吻合器行一期结-结肠、结-直肠吻合,吻合口旁放置双套管引流。术中仍遵循无瘤操作原则,支架连同肿瘤一并整块切除,完整切除结直肠系膜,清扫相应区域淋巴结,术中均未加做保护性横结肠造口。

2 结果

全组 87 例中 71 例介入治疗成功,限期行了肿瘤根治性切除及一期肠吻合术,16 例介入治疗失败行了急诊手术,介入治疗有效率达 81.6%。16 例中支架置入失败 3 例,导管置入失败 4 例,支架堵塞 2 例,导管堵塞 3 例;减压效果较差共 4 例,支架组 1 例,导管组 3 例;肠梗阻解除的平均时间分别是支架组 48 小时,导管组 1 周;无穿孔、出血并发症。限期手术后切口感染 5 例,占 7.0% (5/71);急诊手术后切口感染 4 例,占 25.0% (4/16);吻合口漏 2 例,占 2.8% (2/71);无死亡病例发生。87 例中 80 例得到随访,随访病例中 15 例因肿瘤远处转移而死亡,无瘤生存最长达 4.5 年。

3 讨论

结直肠癌并急性肠梗阻是外科常见急腹症。据文献资料报道^[1],老年人结直肠癌合并急性肠梗阻占结直肠癌患者的 7%-29%。由于回盲瓣的存在,结直肠癌引起的肠梗阻大多为闭袢性梗阻,如果处理不及时,随着病情的加重和结肠内张力增高,常常导致盲肠部位肠壁血管受压,血供障碍,最终出现盲肠穿孔、粪性腹膜炎、休克、全身功能衰竭等,即使手术,死亡率极高^[2]。而梗阻状况下,往往存在水电解质失衡,患者又多为老年人,常合并心肺等器官功能并发症,贫血及低蛋白血症。因此,结直肠癌并急性肠梗阻的处理既紧迫又存在较大风险。其治疗目的:一是及时解除梗阻,二是切除肿瘤,三是恢复肠管的通畅^[3]。对于右半结肠癌性梗阻行一期结肠切除吻合,目前已基本达成共识,左半结肠癌性梗阻的手术方式选择则分歧较大。而合适的术式选择是降低死亡率,提高疗效的重要措施^[4]。罗华友^[5]等认为,应针对不同部位和不同的梗阻情况,同时要兼顾患者的全身情况来确定具体的手术方式。

传统的治疗方法是分期手术,即一期切除肿瘤及结肠造口,二期还纳造口,或一期单纯造口,二期切除肿瘤。但这两种方法均费时长,费用高,患者需承受二次手术创伤,对医患双方均是一大负担。一期单纯造口,二期切除肿瘤由于推迟肿瘤切除时间,部份患者未能完成二期手术或再次手术时肿瘤已转移,失去切除肿瘤机会,5 年生存率明显降低,已逐渐被一期切除吻合术所取代^[6]。

近年来,随着术中结肠灌洗方法的改进,以及 TPN 营养支

持,器械吻合的广泛普及,左半结直肠癌并急性肠梗阻的急诊一期切除肠吻合术逐渐增多。有文献报道一期切除较分期切除的 5 年存活率明显提高,分别是 48%和 21%。一期手术成功的关键是避免吻合口漏,吻合口漏一旦发生,病死率可高达 25%-45%^[7-8]。有作者认为只要患者能满足以下条件即可进行一期切除吻合:全身情况良好,能耐受根治术;梗阻时间不长,肠道污染轻;肠道色泽好,炎症水肿不重;术中肠道灌洗满意。更有作者主张只要术中贯彻充分的结肠灌洗,行急诊一期肠吻合术是安全、有效的,推荐为首选治疗措施。但纪宗正^[9]认为不能根据某一组病例的治疗结果就下此决断,要根据不同情况制定严格的手术指征,必须强调结肠癌术前、术中肠道准备的重要性。急诊一期手术中的结肠灌洗显然延长了手术时间,增加了手术野污染机率,术前扩张的肠管不能恢复,术后并发症发生率仍高达 40-60%^[10]。

如果能用非手术的方法解除肠梗阻,将急诊手术转变为限期手术,则可能最大限度降低手术风险。本组 87 例经内镜置入 SEMS 或肠梗阻导管的介入治疗,即是一种非手术的治疗方法,缓解肠梗阻有效率达 81.6%,71 例限期手术后切口感染率仅为 7.0%,吻合口漏占 2.8%。显然这种限期手术前的过渡性治疗不仅可迅速解除肠梗阻,改善梗阻近端结肠高度水肿、扩张状态,而且为纠正一般状况,水电解质紊乱,心肺等器官功能并发症赢得了时间。更重要的是梗阻解除后,可进行充分的肠道准备,减少了术后切口感染,吻合口漏等并发症机率。国内外文献报道金属支架治疗结直肠癌梗阻的疗效是肯定的^[11],采用内支架置入后开腹手术治疗结直肠癌梗阻,能有效缓解梗阻症状,疗效优于直接急诊开腹手术治疗者^[12]。Saïda^[13]等报道支架治疗后限期手术后的切口感染,吻合口漏等并发症机率显著低于急诊手术组 (2%VS.14%) ;(3%VS.11%),而两组间 3 年和 5 年存活率无显著性差异。

当然,经内镜放置 SEMS 或肠梗阻导管可能存在置入失败,支架或导管移位、堵塞,甚至引发大肠穿孔、出血等并发症。因此要求我们操作时,一定要准确定位,动作轻柔,肠腔过度狭窄时不能强行置入。在过渡性治疗阶段,必须动态观察患者腹部体征,梗阻解除状况,如发现穿孔、出血并发症,应立即选择创伤较小的术式急诊处理。介入治疗无效或失败的病例应急诊手术治疗,术中据具体情况而选择 Hartmann 手术或姑息性肠造口术更为安全、合理。王亚军^[14]等研究发现,对于左半结肠癌梗阻病人 Hartmann 手术与术中排便一期切除吻合术疗效相似。不顾具体情况的“积极”手术带给患者的则可能是灾难性后果^[15]。

总之,左半结直肠癌并急性肠梗阻的治疗需遵循个体化原则,综合考虑各种因素,决定选择急诊或限期手术治疗方式。我们推荐在条件允许的情况下,尽可能先经内镜介入治疗,解除梗阻,将急诊手术转变为限期手术,进行充分的肠道准备后行彻底的肿瘤根治性切除及一期肠吻合术。

参考文献(References)

- [1] 罗成华.主编 结直肠肿瘤[M].北京:科学技术出版社,2005:3
Luo Cheng-hua, Editor. Colorectal Tumors [M]. Beijing: Science and Technology Press,2005:3 (In Chinese)
- [2] 傅传刚.老年梗阻性结肠癌的特点和急诊处理[J].临床外科杂志,

- 2008,16(4):221-222
- Fu Chuan-gang. Elderly Patients with Obstructive Colon Cancer Characteristics and Emergency Treatment[J]. Journal of Clinical Surgery,2008,16 (4):221-222(In Chinese)
- [3] 张启瑜.主编.钱礼腹部外科学[M].北京:人民卫生出版社,2006 :754
Zhang Qi-yu. Editor. Qian Li Abdominal Surgery [M]. Beijing: People's Medical Publishing House,2006,754(In Chinese)
- [4] 窦晓军,张洪军,张红霞.中老年梗阻性大肠癌的特点及手术治疗[J]. 中国实用医药,2008,27 (13) :108
Dou Xiao-jun, Zhang Hong-jun, Zhang Hong-xia. Middle-aged Obstructive Colorectal Cancer Characteristics and Surgical Treatment [J]. Chinese Medicine,2008,27 (13):108 (In Chinese)
- [5] 罗化友,钟鸣,田衍.等.结直肠癌伴急性肠梗阻的术式选择[J]. 腹部外科,2010,23 36-37
Luo Hua-you, Zhong Ming, Tian Yan, et al. Colorectal Cancer Associated with Acute Intestinal Obstruction, the Choice of Surgical Procedure [J]. Abdominal Surgery,2010,23:36-37 (In Chinese)
- [6] 郭元平.急诊手术治疗结直肠癌合并肠梗阻[J].中国普通外科杂志,2010,19 547-549
Guo Yuan-ping. Emergency Surgical Treatment of Colorectal Cancer with Intestinal Obstruction [J]. General Surgery,2010,19:547-549(In Chinese)
- [7] 徐美东,姚礼庆.结肠低位梗阻支架置入后的再手术治疗[J].中国实用外科杂志,2009,29 (4) 365-366
Xu Mei-dong, Yao Li-qing. Colon Low Obstruction after Stent Placement Surgical Treatment[J]. Chinese Journal of Practical Surgery,2009,29(4):365-366(In Chinese)
- [8] 梁栋.结肠癌合并肠梗阻手术治疗 46 例[J].重庆医学,2010,39 (16) :2214-2215
Liang Dong. Colon cancer with intestinal obstruction treatment of 46 cases [J]. Chongqing Medical, 2010,39 (16):2214-2215 (In Chinese)
- [9] 纪宗正.应重视结肠术前的肠道准备 [J]. 临床外科杂志,2010,18 (4) 225-226
Ji Zong-zheng. Should Pay Attention to the Bowel Preparation before Colon Surgery[J]. Journal of Clinical Surgery, 2010,18 (4):22 5-226 (In Chinese)
- [10] 汪志明,李宁.肠梗阻的减压治疗[J].中国实用外科杂志,2008,28 (9) 700-702
Wang Zhi-ming, Li Ning. Decompression in the Treatment of Intestinal Obstruction [J]. Chinese Journal of Practical Surgery,2008,28(9):700-702 (In Chinese)
- [11] 徐美东,姚礼庆,钟芸诗,等.急性结直肠癌性梗阻内镜治疗的临床价值[J].中华消化内镜杂志,2005,22 (3) :365
Xu Mei-dong, Yao Li-qing, Zhong Yun-shi, et al. The Clinical Value of the Endoscopic Treatment of Acute Colorectal Obstruction [J]. Chinese Journal of Digestive Endoscopy,2005,22(3):365 (In Chinese)
- [12] 魏晓军,梁振家,李世拥,等.内支架置入后手术治疗结直肠癌梗阻围术期疗效观察[J].人民军医,2010,53 (9) 660-661
Wei Xiao-jun, Liang Zhen-jia, Li Shi-yong, et al. Stent Placement after Surgical Treatment of Colorectal Obstruction in Perioperative Clinical Observation [J]. People's Medical, 2010,53(9):660-661 (In Chinese)
- [13] Saida Y, Sumiyama Y, Nagao J, et al. Long-term prognosis of preoperative "bridge to surgery" expandable metallic stent insertion for obstructive colorectal cancer: comparison with emergency operation [J]. Dis Colon Rectum,2003,46(10 suppl):44-49
- [14] 王亚军,李非,方育,等.左半结肠癌肠梗阻术中排便一期切除吻合术的临床应用[J].中华胃肠外科杂志,2012,13:36-39
Wang Ya-jun, Li Fei, Fang Yu. et al. The Left Colon Cancer with Intestinal Obstruction Surgery Bowel Movements A Resection and Anastomosis of the Clinical Application [J]. Journal of Gastrointestinal Surgery,2012,13:36 -39(In Chinese)
- [15] 谢文彪.可切除的梗阻性左半结肠癌的外科处理[J].国际科学杂志,2009,36 (5) 292-294
Xie Wen-biao. Resectable Obstructive Left Colon Cancer Surgical Treatment [J]. International Journal of Surgery,2009,36(5):292-294 (In Chinese)

(上接第 5368 页)

- Ministry of Health of the People's Republic of China. Notice on the building of the Infectious Diseases Section of the General Hospital for more than two [S]. Methodist Medical,2004:292(In Chinese)
- [17] 胡俊峰.突发公共卫生事件应对的健康教育与健康促进 [J]. 中国健康教育,2008,20(1):37-39
Hu Jun-feng. Public health emergencies to deal with health education and health promotion [J]. China Health Education,2008,20(1):37-39 (In Chinese)
- [18] 林英.时间点管理在门诊护理管理中的应用 [J]. 护理实践与研究,2011,8(1):85-86
Lin Ying. Point management in outpatient care management [J]. Practice and Research,2011,8(1):85-86(In Chinese)
- [19] 胥正龙.传染病防治管理中存在问题及应对策略分析 [J]. 中外医疗,2011,27(27):186-188
Xu Zheng-long. Infectious diseases prevention and management problems and coping strategies [J]. And foreign medical,2011,27(27):186-188(In Chinese)
- [20] 应建华.探讨护士长时间位点管理与护理质量的提升 [J]. 当代护士,2010,1(1):157-158
Ying Jian-hua. Explore the matron time management and quality of care enhancement [J]. Contemporary nurse,2010,1(1):157-158 (In Chinese)