

手术治疗结肠癌合并肠梗阻临床治疗分析117例

马玉滨

马玉滨, 青海大学附属医院胃肠肿瘤科 青海省西宁市 810000

马玉滨, 主治医师, 主要从事胃肠道肿瘤的治疗研究。

作者贡献分布: 本课题的设计、研究过程、试剂的提供、数据分析及论文写作由马玉滨独立完成。

通讯作者: 马玉滨, 主治医师, 810000, 青海省西宁市城东区 同仁路29号, 青海大学附属医院胃肠肿瘤科。

mayubin101@126.com

电话: 0971-6230800

收稿日期: 2015-03-11 修回日期: 2015-03-29

接受日期: 2015-04-01 在线出版日期: 2015-06-08

Surgical treatment of colon cancer patients with intestinal obstruction

Yu-Bin Ma

Yu-Bin Ma, Department of Gastrointestinal Oncology, Affiliated Hospital of Qinghai University, Xining 810000, Qinghai Province, China

Correspondence to: Yu-Bin Ma, Attending Physician, Department of Gastrointestinal Oncology, Affiliated Hospital of Qinghai University, 29 Tongren Road, Chengdong District, Xining 810000, Qinghai Province, China. mayubin101@126.com

Received: 2015-03-11 Revised: 2015-03-29

Accepted: 2015-04-01 Published online: 2015-06-08

Abstract

AIM: To assess the clinical effect of surgical treatment of obstructing colon carcinoma.

METHODS: From August 2009 to August 2011, 117 patients with obstructing colon carcinoma received surgical treatment in Department of Gastrointestinal Oncology, Affiliated Hospital of Qinghai University. A retrospective analysis was performed of operative time, intraoperative bleeding, time to first anal exhaust and postoperative complications. The improvement

in quality of life after surgery was assessed. All patients were followed for 3 years, and the survival rates were calculated.

RESULTS: Mean operative time was 174.61 min \pm 41.29 min. The volume of intraoperative bleeding was 128.82 mL \pm 20.25 mL. The time to first anal exhaust was 4.17 d \pm 1.25 d. The rate of postoperative mortality was 1.71%, and the incidence rate of postoperative complications was 11.30%. The quality of life improved significantly after treatment ($P < 0.01$). The 1- and 3-year survival rates were 76.32% and 62.20%, respectively.

CONCLUSION: Operation is the most effective treatment for patients with obstructing colon carcinoma. The patient's condition, tumor characteristics and the location of occlusion should be carefully assessed before operation and the operation indication should be strictly controlled to improve the cure rate in patients with colon cancer.

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Colon cancer; Intestinal obstruction; Excision anastomosis; Gastrointestinal decompression

Ma YB. Surgical treatment of colon cancer patients with intestinal obstruction. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2015; 23(16): 2643-2646 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/2643.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i16.2643>

摘要

目的: 探讨手术治疗结肠癌合并肠梗阻的临床效果。

背景资料

近年来, 随着人们生活压力的加大、不良饮食习惯及环境等因素, 导致结肠癌发病率不断升高。临床上, 结肠癌晚期通常会合并伴发肠梗阻, 这种情况起病隐匿, 虽然病情发展缓慢, 容易被患者所忽视。一旦患者发病若未及时治疗则给患者的健康带来严重危害, 甚至死亡。

同行评议者

程英升, 教授, 上海交通大学附属第六人民医院放射科

■ 研究前沿

结肠癌合并肠梗阻在临床上较为常见, 由于该病起病症状不明显, 病情较重, 若没有得到较好的治疗, 患者预后差, 死亡率也较高. 因此, 合理的治疗手段及注意事项一直是临床医生关注的热点问题.

方法: 选取2009-08/2011-08来青海大学附属医院胃肠肿瘤科就诊的结肠癌合并肠梗阻患者117例, 回顾性观察患者的手术时间、术中出血量、肛门排气、术后并发症等情况; 比较患者术后生活质量改善情况; 所有患者随访3年, 观察其生存率情况.

结果: 患者手术时间为174.61 min±41.29 min, 术中出血量为128.82 mL±20.25 mL, 肛门排气时间为4.17 d±1.25 d. 患者术后死亡率为1.71%, 术后并发症的发生率为11.30%. 治疗后患者生活质量明显提高, 差异有统计学意义($P<0.01$). 患者1、3年生存率分别为76.32%和62.20%.

结论: 手术为结肠癌合并肠梗阻患者的有效治疗手段, 但术前必须充分了解患者自身状况、肿瘤特点及梗阻部位等情况, 严格把握手术适应证, 提高治愈率.

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有.

关键词: 结肠癌; 肠梗阻; I期结肠癌切除吻合术; 胃肠减压

核心提示: 近年来, 结肠癌发病率有逐年增高的趋势, 其引起的肠梗阻也逐渐增多, 结肠癌合并肠梗阻病情危重, 预后较差. 本研究发现, 手术是治疗该病的有效方法, 但是必须严格了解患者情况, 把握手术部位状况, 才能提高治愈率.

马玉滨. 手术治疗结肠癌合并肠梗阻临床治疗分析117例. 世界华人消化杂志 2015; 23(16): 2643-2646 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/2643.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v23.i16.2643>

0 引言

结肠癌为消化系常见的恶性肿瘤, 发生原因为结肠黏膜上皮细胞在各种致癌因素影响下的异常增生^[1]. 近年来, 随着社会老龄化的发展、生活压力的加大、不良的饮食生活习惯及环境等因素, 结肠癌发病率有逐年增高的趋势, 其引起的肠梗阻也逐渐增多; 我国结肠癌在恶性肿瘤中的发病率约为10%-15%, 好发年龄为40-50岁^[2,3]. 临床中, 结肠癌合并肠梗阻是外科常见的急腹症及晚期并发症, 其特点是起病隐匿, 病情发展缓慢, 容易被患者所忽视; 但病情危重、预后较差、死亡率高^[4]. 结肠癌合并肠梗阻属于低位肠梗阻, 肿瘤的增殖或炎症水肿

导致肠腔狭窄、闭塞, 回盲瓣使肠腔内压力升高, 患者肠内容物不能向远端顺利运行而产生一系列的病理生理变化; 患者出现血液循环障碍、坏死或穿孔等症状^[5,6]. 结肠癌合并肠梗阻最常用的治疗方法为手术治疗, 正确规范的治疗方式直接关系到患者的预后等情况. 青海大学附属医院胃肠肿瘤科于2009-08/2011-08共收治结肠癌合并肠梗阻患者117例, 手术治疗后临床疗效确切, 现报道如下.

1 材料和方法

1.1 材料 病例选自2009-08/2011-08来青海大学附属医院胃肠肿瘤科就诊的结肠癌合并肠梗阻患者117例, 其中男72例, 女45例; 年龄46-88岁, 平均62.38岁±7.33岁; 病程1-10 d, 平均2.74 d±1.53 d; 完全性梗阻75例, 不完全性梗阻42例; 发病部位: 左半结肠癌65例, 右半结肠癌52例; 其中升结肠33例、乙状结肠28例、降结肠23例、结肠脾曲13例、结肠肝曲10例、回盲部6例、横结肠4例; 术后病理: 低分化腺癌32例、中分化腺癌41例、高分化腺癌37例、黏液腺癌7例; Dukes分期: B期39例、C期70例、D期8例. 纳入标准: (1)所有患者纤维结肠镜及病理活检等诊断为结肠癌; (2)肠梗阻临床表现为阵发性腹胀、腹痛、恶心呕吐, 时重时轻, 肛门排气排便停止; (3)X线检查显示肠胀气、气液平面等典型症状; (4)钡剂灌肠见肠腔狭窄、钡剂部分或完全不能通过肠腔. 行I期结肠癌切除吻合术患者纳入标准: (1)患者身体条件尚可, 全身耐受手术, 无其他严重的基础性疾病; (2)无中毒表现和低蛋白血症患者; (3)梗阻病程较短, 肠道污染较轻者; (4)肠道色泽较好, 无严重的炎症水肿、血运良好、远近端肠管口径相差不大者; (5)右半结肠梗阻患者; (6)估计吻合后无张力, 血运好, 达到吻合口近端空, 远端通畅者.

1.2 方法

1.2.1 手术: 所有患者入院后首先给予急诊术前准备, 常规纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱, 有效改善患者脱水、贫血、低蛋白血症等异常情况; 广谱抗生素静脉注射, 预防控制感染的发生; 持续胃肠减压至正常水平. 对患有心脑血管疾病的患者, 术前注意改善患者心功能, 控制血压、血糖; 体质较差者待基础情况改善后尽早行手术治疗. I期结肠癌切除吻合术操作步骤如下: (1)全程手术遵循无菌操作, 游离结肠, 移出腹腔; (2)切开梗阻部位近端肠管, 利

■ 相关报道

结肠癌合并肠梗阻患者病变被发现时多为晚期, 一般表现为进行性加重, 预后较差, 一旦确诊, 应立即胃肠减压, 并根据患者自身状况尽快行手术治疗, 可以在很大程度上提高患者预后, 减少患者死亡. 目前, 临床上的主要术式有I期结肠癌切除吻合术、单纯近端结肠造瘘术及分期切除术等.

表 1 手术治疗前后患者生活质量的变化情况 [n = 117, n(%)]

分组	良好	较好	一般	差	极差
治疗前	6(5.13)	13(11.11)	44(37.61)	39(33.33)	15(12.82)
治疗后	53(45.30)	29(24.79)	31(26.50)	3(2.56)	1(0.85)

$Z = -2.735, P = 0.006$.

用挤压法行肠腔减压; (3)导管插入阑尾部位并进入盲肠内, 固定阑尾和导管, 0.9%的氯化钠溶液和500 mL甲硝唑液加入24万单位庆大霉素进行肠腔灌洗, 灌洗液变清晰为宜; (4)切除肠管, 放置吻合器, 碘伏消毒近端肠腔侧壁和远端肠管断端后, 行端侧的吻合, 吻合时注意无扭曲, 打结松紧适宜; (5)自吻合口至肠腔内置入减压管, 距离越过吻合口约5 cm为宜, 远端自肛门引出, 封闭近端肠管断端, 去掉导管, 切除阑尾; (6)0.9%的氯化钠溶液和500 mL甲硝唑液加入24万单位庆大霉素再次进行肠腔灌洗, 冲洗腹腔完毕后留置腹腔引流管, 留置双套引流管于吻合口附近, 引流7-10 d. 术中严密观察患者病情变化, 对于术中腹胀明显且肠内容物清理不畅者, 术中应给予扩肛, 放置肛管以排气. 所有患者术后常规化疗, 白蛋白、血浆等的使用以减轻患者肠壁水肿; 常规禁食, 全肠道外营养支持; 常规补液、抗生素抗感染等支持治疗. 腹腔引流管在术后1 wk拔除.

1.2.2 观察指标: 观察患者手术时间、术中出血量、肛门排气、术后并发症等情况; 所有患者随访3年, 观察其生存率情况; 比较患者术后生活质量改善情况, 评分采用QOL肿瘤患者生活质量评分标准, 满分60分, >50分为良好, 41-50分为较好, 31-40分为一般, 21-30分为差, <20分为极差.

统计学处理 应用SPSS20.0进行统计学处理分析. 计量资料采用mean±SD表示, 计数资料描述采用频数(%)表示, 等级资料组间比较采用非参数秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义.

2 结果

2.1 患者手术情况 本研究中103例患者行急诊手术治疗, 其余14例患者体质较差, 在基础情况改善好转后行手术治疗. 所有患者均根据自身状况选择了合适的手术方式, 其中 I 期结肠癌切除吻合术96例, II 期结肠癌切除吻合术13例, 单纯近端结肠造瘘术5例, 全结肠切除术3例. 本研究中117例患者手术时间为128-267 min,

平均174.61 min±41.29 min; 术中出血量为92-231 mL, 平均128.82 mL±20.25 mL; 肛门排气时间为2-9 d, 平均4.17 d±1.25 d.

2.2 患者术后并发症发生情况 患者术后发生感染性休克1例, 全身多脏器功能衰竭1例, 2例患者最终结局均为死亡, 死亡率为1.71%(2/117). 剩余115例患者术后发生吻合口瘘8例, 切口感染3例, 肺部感染和尿路感染各1例; 并发症合计13例, 术后并发症的发生率为11.30%(13/115). 对不同的并发症患者给予减张缝合、抗感染、换药等对症处理, 最终均恢复正常, 康复出院.

2.3 患者生活评价 如表1所示, 治疗前患者生活质量良好者仅6例(5.13%), 较好13例(11.11%), 一般、差及极差者合计98例(83.76%); 治疗后患者生活质量良好者53例(45.30%), 较好29例(24.79%), 一般、差及极差者合计35例(29.91%); 治疗后患者生活质量明显提高, 差异有统计学意义($P < 0.01$).

2.4 患者生存率情况 117例患者随访至1年显示, 死亡27例, 失访3例, 1年生存率为76.32%(87/114); 87例患者随访至3年显示, 死亡31例, 失访5例, 3年生存率为62.20%(51/82). 分别随访至1年、3年时, Dukes分期与患者存活率具有相关性, 分期越高, 存活率越低, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)(表2).

3 讨论

结肠癌合并肠梗阻多为闭袢性肠梗阻, 其发生率占整个肠梗阻的25%左右; 主要表现为完全性或不完全性低位肠梗阻^[7]. 患者肠袢内积蓄大量粪便, 造成肠壁不同程度的扩张水肿及膨胀, 水、电解质及酸碱平衡紊乱, 严重者出现肠壁血运障碍、肠壁坏死、穿孔等^[8]. 患者病变发现时多为晚期, 表现为不规则性腹部胀痛或绞痛, 可触及腹部肿块, 呈进行性加重, 预后较差^[9,10].

结肠癌合并肠梗阻患者一旦确诊, 应立即胃肠减压, 并根据患者自身状况尽快行手

■ 创新盘点

尽管在临床上采用手术治疗结肠癌合并肠梗阻逐渐被推广应用, 然而, 到目前为止, 如何根据适当病情选择手术及手术注意事项的报道尚少, 仍需要进一步探索.

■ 应用要点

手术可以有效治疗结肠癌合并肠梗阻, 但术前必须充分了解患者病情、根据肿瘤特点、梗阻部位及梗阻状况等严格把握各种不同手术方式的适应证, 提高治愈率.

■ 名词解释

结肠癌合并肠梗阻: 由于肿瘤的增殖或炎症水肿导致肠腔狭窄、闭塞, 回盲瓣使肠腔内压力升高, 患者肠内容物不能向远端顺利运行而产生一系列的病理生理变化, 属于一种低位肠梗阻。

表 2 患者Dukes分期与生存率的相关性分析 n(%)

Dukes分期	随访1年				随访3年			
	n	死亡	失访	存活率	n	死亡	失访	存活率
B期	39	1(2.56)	1(2.56)	37(94.87)	33	5(15.15)	1(3.03)	27(81.82)
C期	70	23(32.86)	2(2.86)	45(64.29)	49	23(46.94)	3(6.12)	23(46.94)
D期	8	3(37.50)	0	5(62.50)	5	3(60.00)	1(20.00)	1(20.00)
χ^2 值		14.031				12.214		
P值		0.001				0.003		

术治疗, 尤其是完全性肠梗阻患者, 回盲瓣造成肠管的高度膨胀, 肠壁血运发生障碍, 最终引起肠管病变等, 故及时手术尤为重要^[11]。手术的目的是彻底切除肿瘤, 且完全性解除梗阻所引起的生理功能障碍; 但合适的手术方法还应该根据患者的自身情况、肿瘤的特点及梗阻部位等情况进行综合判断; 主要术式有 I 期结肠癌切除吻合术、单纯近端结肠造瘘术及分期切除术等^[12]。本研究中, 96 例患者行 I 期结肠癌切除吻合术, 所占比例为 82.05%; 该术式的选择需注意以下几点: (1) 患者无中毒表现, 全身情况尚可, 可以耐受手术; (2) 患者梗阻病程较短, 肠道所受污染较轻, 色泽良好; (3) 手术操作过程中, 肠腔减压将小肠内容物置于远侧, 注意用力适度, 避免肠腔无浆肌层挤压而破裂出血; (4) 应充分减压, 保证近端血运的良好, 尽量避免肠穿孔、坏死等; (5) 灌洗时应避免污染到腹腔及切口, 切除时要将淋巴结包括在内彻底根除, 并坚持“上空、口松、下通”的原则, 保证吻合口的血运良好, 防止吻合口处术中产生血肿, 无张力及吻合口漏等的发生^[13]。本研究术后并发症出现吻合口瘘 8 例, 切口感染 3 例, 肺部感染和尿路感染各 1 例; 但对不同的并发症患者给予减张缝合、抗感染、换药等对症处理后, 最终均恢复正常。治疗后患者生活质量明显提高, 患者 1 年和 3 年生存率分别为 76.32% 和 62.20%; 且 Dukes 分期与患者存活率具有相关性, 分期越高, 存活率越低。

总之, 手术为结肠癌合并肠梗阻患者的有效治疗手段, 但术前必须充分了解患者自身状况、肿瘤特点及梗阻部位等情况, 严格把握手术适应证, 提高治愈率。

■ 同行评价

本文对临床工作具有一定的指导意义。

4 参考文献

- 谭贵永. 手术治疗结肠癌合并肠梗阻 50 例的临床分析. 中国当代医药 2013; 20: 191-192
- Freeman HJ. Early stage colon cancer. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 8468-8473 [PMID: 24379564 DOI: 10.3748/wjg.v19.i46.8468]
- 苏芝兰, 高峰, 吕志诚, 张鑫. VEGFR-3 siRNA 腺病毒载体对结肠癌细胞生长和运动能力的影响. 世界华人消化杂志 2014; 22: 3573-3579
- 卿三华. 肠梗阻 768 例病因分析. 中华外科杂志 2010; 15: 242-243
- 陈智平. 46 例结肠癌并发肠梗阻的手术治疗疗效观察. 临床医学工程 2011; 18: 726-727
- 张福林, 王斌, 张冠勋, 张晶晶. 60 例结肠癌并急性肠梗阻的外科手术治疗效果分析. 中国当代医药 2013; 20: 38-39
- 邓小东. 结肠癌性肠梗阻的外科治疗效果分析. 中国卫生产业 2011; 31: 211
- 谢旺志, 姚学清. 28 例结肠癌并发肠梗阻的外科治疗体会. 临床医学工程 2010; 17: 73-74
- Brenner H, Stock C, Hoffmeister M. Effect of screening sigmoidoscopy and screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. *BMJ* 2014; 348: g2467 [PMID: 24922745 DOI: 10.1136/bmj.g2467]
- Yusup A, Wang HJ, Rahmutula A, Sayim P, Zhao ZL, Zhang GQ. Clinical features and prognosis in colorectal cancer patients with different ethnicities in Northwest China. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 7183-7188 [PMID: 24222964 DOI: 10.3748/wjg.v19.i41.7183]
- 李涵, 王进, 杨丽敏, 宁寒冰. 人前梯度蛋白 2 在结肠癌组织中的表达及其意义. 世界华人消化杂志 2014; 22: 1064-1069
- Aslar AK, Ozdemir S, Mahmoudi H, Kuzu MA. Analysis of 230 cases of emergent surgery for obstructing colon cancer--lessons learned. *J Gastrointest Surg* 2011; 15: 110-119 [PMID: 20976568 DOI: 10.1007/s11605-010-1360-2]
- Jiménez-Pérez J, Casellas J, García-Cano J, Vandervoort J, García-Escribano OR, Barcenilla J, Delgado AA, Goldberg P, Gonzalez-Huix F, Vázquez-Astray E, Meisner S. Colonic stenting as a bridge to surgery in malignant large-bowel obstruction: a report from two large multinational registries. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 2174-2180 [PMID: 22085816 DOI: 10.1038/ajg.2011.360]

编辑: 郭鹏 电编: 闫晋利

