

文章编号 1006-8147(2014)06-0456-03

论著

左半结肠癌合并肠梗阻一期切除吻合可行性研究

于乐昌,寇丽,尤胜义,马涛,张志远

(天津医科大学总医院普通外科,天津 300052)

摘要 目的:探讨左半结肠癌合并肠梗阻一期切除吻合的可行性。方法:回顾性分析 331 例左半结肠癌患者临床资料,其中 95 例合并肠梗阻,27 例行一期切除吻合,68 例行 Hartmann 手术。比较一期切除吻合组与 Hartmann 手术组临床疗效。结果:一期切除吻合组与 Hartmann 手术组相比,术后肺部感染、切口感染及尿路感染的发生率、围手术期死亡率、手术时间无显著性差异($P>0.05$);总住院时间及总住院费用明显低于后者($P<0.05$)。结论:左半结肠癌合并肠梗阻,在选取合适病例的基础上,经积极适当术前准备改善肠梗阻状态,术中合理有效的肠道减压及局部肠腔灌洗,行一期切除吻合是可行的。

关键词 左半结肠癌;肠梗阻;一期切除吻合;Hartmann 术;局部肠腔灌洗

中图分类号 R735.3*5

文献标志码 A

Feasibility of one-stage resection and anastomosis in the treatment of left colon cancer with obstruction

YU Le-chang, KOU Li, YOU Sheng-yi, MA Tao, ZHANG Zhi-yuan

(Department of General Surgery, General Hospital, Tianjin Medical University, Tianjin 300052, China)

Abstract **Objective:** To investigate the feasibility of one-stage resection and anastomosis in the treatment of left colon cancer with obstruction. **Methods:** The clinical data of 331 patients with left colon cancer were analyzed retrospectively. Ninety five cases were with obstruction, among which 27 cases underwent one stage-resection and anastomosis and 68 cases underwent Hartmann routine surgery. The clinical effects were compared between one-stage resection and anastomosis group and Hartmann surgery group. **Results:** One-stage resection and anastomosis group was compared with the Hartmann surgery group, with no significant difference in postoperative pulmonary infection, wound infection and urinary tract infections, perioperative mortality and operative time ($P>0.05$). The length of hospitalization and total costs were significantly lower than the latter ($P<0.05$). **Conclusion:** With positive preoperative preparation, selection of the appropriate patients, reasonable and effective intestinal decompression, local lavement of the proximal and distal segment of colon, one-stage resection and anastomosis of left colon cancer with obstruction is feasible.

Key words left colon cancer; intestinal obstruction; one-stage resection and anastomosis; Hartmann procedure; local intestine lavement

结肠癌是消化道常见的恶性肿瘤,肠梗阻是其晚期的主要并发症,发生率约为 8%~29%^[1]。由于左半结肠肿瘤性质多是浸润型,容易在肠腔内形成环形狭窄,且大便经过左半结肠时多已成型,不易排出,加之多数患者就诊时间较晚,故临床中发生梗阻比例高于右半结肠。对于右半结肠癌合并肠梗阻,一期切除吻合已成为标准术式,然而左半结肠癌合并肠梗阻的术式选择尚存在争议,部分患者经过非手术治疗或肠梗阻减压导管使梗阻缓解,行择期一期切除吻合术,但大部分患者仍面临急症或半急症手术。现就我院对左半结肠癌合并肠梗阻行一期切除吻合或 Hartmann 手术的治疗效果进行比较探讨。

1 对象与方法

1.1 研究对象 回顾性分析我院 2008 年 3 月-2013 年 3 月收治的 331 例左半结肠癌患者的临床

病例资料,其中 95 例合并肠梗阻,27 例行一期切除吻合(A 组),68 例行 Hartmann 手术(B 组)。A 组男性 16 例,女性 11 例,平均年龄(69.6 ± 7.0)岁;B 组男性 43 例,女性 25 例,平均年龄(71.0 ± 8.4)岁。A 组与 B 组患者均有腹痛、腹胀、肛门停止排气排便等典型肠梗阻表现;术前行立位 X 线腹部平片检查,均可显示多少不等的气液平面及扩张胀大的肠袢。75 例行腹部 CT 平扫或强化检查考虑存在肿瘤性病变,30 例行电子结肠镜检查明确了诊断及梗阻部位。所有患者均未使用激素或免疫抑制剂,术前未接受放化疗,且不存在癌灶腹腔广泛浸润及远处脏器转移。2 组患者性别、年龄、内科基础病、病理类型、梗阻部位及 Dukes 分期构成差异无统计学意义。

1.2 治疗方法 A 组与 B 组患者入院后均接受禁食水、胃肠减压、补液、抗炎、营养支持、镇静解痉及纠正贫血、低蛋白血症、电解质紊乱等非手术治疗,并辅以莱菔承气汤低压灌肠排空梗阻远端粪便,经

作者简介 于乐昌(1987-),男,硕士在读,研究方向:腹部外科危重症;通信作者:尤胜义,E-mail:13820099058@139.com。

24~72 h 非手术治疗后,一般情况改善,但梗阻不能或不能完全解除,故于全麻下行手术治疗。左侧腹部旁正中切口或经腹直肌切口进腹探查,肝脏、腹膜后及腹腔无转移证据,按照肿瘤治疗原则,充分游离病变结肠及其系膜,并清除相应淋巴结组织。于梗阻近端切开结肠壁,用吸引器吸引的同时,置入塑胶螺纹管,双荷包缝合固定,其远端置入无菌塑料套内,塑料套远端放置切口外台下污物桶内,自空肠起始部开始,双手由近及远顺行挤压肠管排除肠内容物进行充分减压,注意保护腹腔免受污染。行肠吻合前分别以两把肠钳夹闭距断端 5~10 cm 处肠管,以碘伏灌洗局部肠腔直至清洁后行远近端肠管端端或端侧吻合。B 组患者行常规 Hartmann 手术,且均于 3 个月后再入院行造瘘还纳术。

1.3 观察指标 A 组与 B 组患者肺部感染、切口感

染及尿路感染等术后并发症发生情况,围手术期死亡病例,手术时间,总住院时间及总住院费用。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两独立样本均数比较采用 t 检验,计数资料以例数 $[n(\%)]$ 表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

A 组所有患者均未出现吻合口瘘,1 例患者术后死于肺感染、呼吸衰竭;B 组 1 例患者术后死于急性心肌梗死;余患者均经相应对症处理后痊愈出院。A 组与 B 组患者肺部感染发生率、切口感染发生率、尿路感染发生率、围手术期死亡率及手术时间比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);总住院时间及总住院费用比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体见表 1。

表 1 A 组与 B 组治疗效果比较

Tab 1 Comparison of treatment effects between group A and group B

组别	n	手术时间/min	总住院时间/d	总住院费用/元	术后并发症/n(%)			
					肺部感染率	切口感染率	尿路感染率	围手术期死亡率
A 组	27	193.70±16.08	22.67±3.45	50 927.89±3 373.93	4(14.81)	3(11.11)	1(3.70)	1(3.70)
B 组	68	190.18±11.46	32.51±4.05	73 266.70±5 120.68	8(11.76)	5(7.35)	2(2.94)	1(1.47)
t		1.040	11.131	24.625	—	—	—	—
χ^2		—	—	—	0.003	0.035	0.208	0.012
P		0.153	<0.001	<0.001	8.624	4.431	1.588	6.274

B 组总住院时间及总住院费用为两次住院时间与两次住院费用之和。

3 讨论

目前左半结肠癌合并肠梗阻的术式有分期手术、结肠次全切除、术中全结肠灌洗一期切除吻合等^[2]。左半结肠癌合并肠梗阻由于回盲瓣的抗反流作用,生理解剖上形成了“闭袢性肠梗阻”^[3]。传统观点认为左半结肠壁薄,胶原代谢及血运不如右半结肠,肠腔内粪便稠厚,细菌数量多、毒力高,因梗阻致近端肠壁高度扩张及水肿缺血,肠黏膜屏障功能受损,近远端肠管口径差异较大,术前肠道易准备不足,术后蠕动恢复慢,易致胀气,故梗阻状态下行一期切除吻合易发生术后吻合口瘘,主张一期行单纯梗阻近端造瘘或切除肿瘤后再造瘘,二期行肠吻合术。Pasic 等^[4]报道吻合口瘘死亡率高达 43.5%。有文献报道一期切除 5 年存活率高于分期切除^[5],分期手术虽可降低吻合口瘘的发生率,但却延长了患者住院时间,增加了患者多次手术的痛苦和经济负担,并使部分患者丧失了肿瘤根治切除的机会。I 期结肠次全切术,切除了污染大、血运差的结肠,利于吻合口愈合,但该术式创伤大,并发症多,患者生活质量差,必须慎重。术中全结肠灌洗一期切除吻合

延长了手术时间,加重了结肠黏膜的水肿,增加了污染的机会,提高了手术风险。我们采用的方法是术中梗阻近端肠道减压、局部肠腔灌洗一期切除吻合,与 Hartmann 手术组相比,术后并发症发生率、围手术期死亡率及手术时间无显著差异,但总住院费用及总住院时间却明显减少,且未发生术后吻合口瘘,2 组围手术期死亡患者均因术后背景性疾病加重所致。

左半结肠癌患者梗阻发生后会导致大量失水和电解质平衡紊乱,且多伴有贫血和营养不良,全身状况较差,为安全度过手术期,减少术后并发症的发生,降低围手术期死亡率,我们做了如下准备:(1)术前即应用抗生素预防或控制感染;(2)莱菔承气汤低压灌肠,清除梗阻远端粪便,减少肠腔菌毒负荷;(3)积极纠正内环境紊乱,改善患者一般状况,提高手术及麻醉耐受性。经过如此准备后,部分患者少量排气,腹痛、腹胀减轻,转变为不完全性肠梗阻。

笔者认为,若对梗阻性左半结肠癌患者行一期切除吻合,要注意以下几点:(1)合适病例的选择。

患者无严重伴发疾病;肿瘤的局部浸润及转移程度较低;吻合口附近肠壁色泽和肠段血供良好,且无张力。(2)术中进行合理有效的肠道减压及局部肠腔灌洗。该类患者发病急,术前准备往往不充分,此方法可在某种程度上代替术前肠道准备,是保证一期切除吻合成功的关键。术中对梗阻近端肠管减压可清除肠道内粪便及大量细菌,减少肠内毒素的吸收,降低分离过程中肠管破裂致腹腔感染与术中、术后感染性休克发生的概率,同时还能减轻梗阻近端肠管扩张及肠壁水肿,缩小肠管两切端口径差,改善肠壁血液循环,降低吻合口张力。我们采用灌洗待吻合两断端局部肠腔的方法,既去除了行肠管吻合时的局部污染源,减少了吻合口肠壁间脓肿的形成,降低了吻合口瘘的发生率,也避免了因全结肠灌洗对末端回肠壁及结肠黏膜造成的损伤,并缩短了手术操作时间。(3)条件允许尽量使用管状吻合器。吻合口漏的原因除局部血运差、张力高外,多是吻合口处肠壁间脓肿破裂所致,而吻合器吻合针距均匀,大大降低了手工操作的不稳定性,不但可保证肠壁各层的良好对合,有利于血管的沟通和再建,还会使肠腔内壁光滑,粪便不易停留,且能缩短手术时间^[6],同时亦能减少吻合口处肠壁间脓肿的形成,吻合口常规浆肌层缝合加固。(4)严格履行无菌、无瘤技术操作。术中肠道减压、灌洗时要注意隔离防护,避免细菌污染腹腔,更要注意优先阻断隔离肿瘤血流通道,血垫覆盖包裹肿瘤组织,防止术中肿瘤扩散和转移。(5)吻合口瘘多延迟发生,不易发现。术前需与家属做有效的沟通,一旦术后再次出现腹膜刺激征及腹痛、发热等症状,考虑吻合口瘘时,不要待出现严重腹腔感染再手术。此时患者全身状况多已处于相对稳定状态,采取近端造瘘、远端关闭的措施,多能取得较好的结局。

综上所述,左半结肠癌合并肠梗阻,在选取合适病例的基础上,经积极适当术前准备改善肠梗阻

状态,加之术中合理有效的肠道减压及局部肠腔灌洗,行一期切除吻合是可行的,可使患者免受分次手术的痛苦,提高生活质量,节省医疗费用,并有助于提高远期生存率,但同时应该充分考虑一期切除吻合的风险。一方面,术后吻合口瘘是其最严重的并发症,本研究中一期切除吻合组患者虽未发生术后吻合口瘘,但由于病例数目过少,且未与以往的阶段性的相关数据进行纵向比较,因此并不能据此得出吻合口瘘发生率下降的结论;另一方面,虽然两组并发症发生率、围手术期死亡率及手术时间无显著差异,但此结果与入院初期治疗方法的选择有密切关系,而众多因素如医生的术前告知、患者家庭的经济状况、患者家属的认知水平等对治疗方案的选择有重要影响。对不符合上述条件者不应勉强行一期切除吻合,应做分期手术,一期尽可能切除肿瘤,行近远断端双腔造瘘或 Hartmann 手术,二期行肠吻合术。

参考文献:

- [1] Kim H J, Choi G S, Park J S, et al. Higher rate of perineural invasion in stent-laparoscopic approach in comparison to emergent open resection for obstructing left-sided colon cancer[J]. *Int J Colorectal Dis*, 2013,28(3):407
- [2] Hsu T C. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon[J]. *Am J Surg*, 2005, 189(4):384
- [3] 孟凡亭. 左半结肠和直肠癌并急性肠梗阻的一期切除吻合治疗[J]. *中国普通外科杂志*, 2009,18(10):1098
- [4] Pasie F, Salkic N N. Predictive score for anastomotic leakage after elective colorectal cancer surgery: a decision making tool for choice of protective measures[J]. *Surg Endosc*, 2013,27(10):3877
- [5] Al S A, Fasih T, Hayat M. Use of self-expandable stents for obstructive distal and proximal large bowel cancer: a retrospective study in a single centre[J]. *J Gastrointest Cancer*, 2010,41(1):43
- [6] 季加孚,步召德. 吻合器在直肠癌外科手术中的合理应用[J]. *中国实用外科杂志*, 2007,27(6):451

(2014-04-25 收稿)

(上接第 447 页)

- [11] Pilotto A, Franceschi M, Vitale D, et al. The prevalence of diarrhea and its association with drug use in elderly outpatients: a multicenter study[J]. *Am J Gastroenterol*, 2008, 103(11): 2816
- [12] Leonard J, Marshall J K, Moayyedi P. Systematic review of the risk of enteric infection in patients taking acid suppression[J]. *Am J Gastroenterol*, 2007, 102(9): 2047
- [13] Yearsley K A, Gilby L J, Ramadas A V, et al. Proton pump in-

hibitor therapy is a risk factor for *Clostridium difficile*-associated diarrhoea[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2006, 24(4): 613

- [14] 金玲肖,刘福,龙惠珍,等. 应用质子泵抑制剂导致小肠细菌过度生长发生的可能性[J]. *中国微生态学杂志*, 2010, 22(12): 1113
- [15] Lombardo L, Foti M, Ruggia O, et al. Increased incidence of small intestinal bacterial overgrowth during proton pump inhibitor therapy[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2010, 8(6): 504

(2014-04-28 收稿)