

左半结肠癌梗阻可切除病例的术式选择

浙江医科大学附属第一医院外科 楼人望

摘要 作者收治可切除左半结肠癌梗阻 67 例;一期切除 49 例,其中一期吻合 27 例,Hartmann's 手术 22 例;二期切除 18 例。结果表明,一期吻合并发症(74.2%)明显高于 Hartmann's 手术(36.4%)($P < 0.01$),而病死率前者(14.8%)也高于后者(4.5%)。在随访的 42 例中,一期切除的 5 年存活率(44.0%)明显高于二期(11.7%),生存率比较两者有显著差异($P < 0.05$)。因此,作者认为 Hartmann's 手术是一种既能提高 5 年存活率,又能降低并发症和病死率的左半结肠癌梗阻的首选术式。此外,作者还讨论了 Hartmann's 手术的有关问题。

关键词 结肠肿瘤/外科手术;手术后并发症;存活率

对左半结肠癌梗阻病例中肿瘤可切除者采用何种术式,既可减少并发症和病死率又能提高五年存活率,多年来是外科医生所关注的问题。本院 1975 年 1 月~1993 年 12 月收治这种病例 67 例,其中 42 例作了随访,现报道如下。

1 临床资料

67 例肿瘤可切除病例中,一期切除 49 例,其中一期切除吻合 27 例,男 18 例,女 9 例,年龄 30~69 岁,平均 50.6 岁;一期切除 Hartmann's 手术 22 例,男 14 例,女 8 例,年龄 32~72 岁,平均 50.8 岁,22 例中 19 例作了二期肠道重建手术(另 3 例因肿瘤复发广泛转移未再作重建手术),重建时间术后 1 年 1 例,术后半年 4 例,术后 3 个月 6 例,术后 2 个月 5 例,术后 1 个月 3 例,重建术后效果良好,仅 2 例发生切口感染。11 例随访病例中有 5 例存活 5 年以上。二期切除 18 例,男 13 例,女 5 例,年龄 34~70 岁,平均 51.0 岁。3 组病例年龄分布见表 1。67 例病人梗阻前有慢性消化道症状者 56 例占 83.4%,包括特发性腹痛、腹泻、便秘、粘液血便和不全性梗

阻等。35 例梗阻发生在乙状结肠(占 52.2%),病因中多数为肿瘤引起缩窄(占 46.3%)见表 1。67 例左半结肠癌的病理类型和分期见表 2。术后并发症和病死率及 42 例(1988 年 12 月前)随访病例的 5 年存活率分别见表 3 和表 4。术后 38 例并发症中,切口感染 12 例,腹腔脓肿 7 例,肺部感染 11 例,吻合口瘘 4 例,造瘘口坏死 4 例。

表 1 67 例左半结肠癌梗阻病例年龄分布及梗阻原因

项目	一期切除吻合 (27)	Hartmann's 手术(22)	二期切除 (18)
年龄分布(岁)			
30~40	4	2	3
41~50	4	3	1
51~60	10	8	5
61~70	9	8	9
70 以上	0	1	0
梗阻原因			
肿瘤缩窄	14	10	7
肠套叠	3	3	2
肠扭转	9	7	6
癌性粘连	1	2	3

表 2 67 例左半结肠癌病理类型及分期

项目	一期切除吻合 (27)	Hartmann's 手术(22)	二期切除 (18)
病理类型			
乳头状腺癌	3	4	4
管状腺癌			
高分化	8	4	6
中分化	6	6	3
低分化	7	5	2
粘液腺癌	2	1	2
粘液癌	1	1	0
未分化癌	0	1	1
病理分期			
Dukes A ₀	0	0	0
A ₁	0	0	0
A ₂	6	7	2
Dukes B	11	5	9
Dukes C ₁	9	8	6
C ₂	1	2	1
Dukes D	0	0	0

表 3 67 例左半结肠癌术后并发症和病死率

手术方式	例数	并发症 [△]		死亡	
		例数	%	例数	%
(A)一期切除吻合	27	20	74.1	4	14.8
(B)Hartmann's 手术	22	8	36.4	1	4.5
(C)二期切除	18	10	55.6	1	5.6

率比较(u 检验): $\triangle AB$ 比较 $P < 0.01$

表 4 42 例左半结肠癌术后 5 年存活率

手术方式	例数	存活例数	生存率(%)
(A)一期切除吻合	14	6	42.9
(B)Hartmann's 手术	11	5	45.5
(C)二期切除	17	2	11.7

Kaplan-Meier 曲线计算术后 5 年存活率,用单侧检验法

AB 比较 $u = 0.1305 < 1.64$ $P > 0.05$

AC 比较 $u = 1.84 > 1.64$ $P < 0.05$

BC 比较 $u = 1.83 > 1.64$ $P < 0.05$

2 讨论

左半结肠癌梗阻病人,在梗阻前多有慢性消化道症状(本组占 83.4%)。由于临床医师或患者的疏忽,不少病人在出现肠梗阻后方来就诊。而此类梗阻系闭瓣性肠梗阻,务必

急诊手术,又因病人多年龄偏大(本组 50~70 岁占 79.1%),且一般情况又较差,故手术并发症和病死率较高(可达 37~50%和 10.5~27.8%)^[1,2]。本组亦分别达 56.7%(38/67)和 8.96%(6/67)。因此选择一种适当的术式是十分必要的。以往不少外科医师主张先造瘘再二期切除肿瘤^[1]。临床上发现,由于延后切除癌肿导致癌的浸润和扩散,部分病人在二期手术时癌肿已无法切除,这无疑降低了 5 年存活率。80 年代初作者等为提高 5 年存活率曾采用了一期切除吻合的术式,尔后发现该术式的并发症和病死率均较高(本组为 74.1%和 14.8%),因而后来采用 Hartmann's 手术。该术式不仅一期切除了原发病灶而并发症(特别是吻合口瘘)有显著下降(由 74.1%下降至 36.4%, $P < 0.01$),而且病死率也有下降(由 14.8%下降至 4.5%),5 年存活率 Hartmann's 手术与一期切除吻合相近(45.5%与 42.9%)。通过上述比较,作者认为 Hartmann's 手术可作为左半结肠癌梗阻可切除病例的首选术式。现将该术式有关问题作一讨论。

2.1 Hartmann's 手术的可行性 可切除左半结肠癌多位于乙状结肠(本组占 52.2%),并以缩窄型多见(占 46.3%),其次为直肠、降结肠及横结肠左半部,除直肠外其余各部多较为游离。另据文献报告,可切除病例中多数肿瘤恶性度较低(本组乳头状及管状腺癌占 86.6%),且多属早中期(本组 Dukes A₂~Dukes C₁ 占 94.2%),这在解剖和病理上为一期切除提供了条件,加以目前麻醉技术提高和手术技巧的熟练,使多数病例的肿瘤能获一期切除。肿瘤一期切除,消除了肿瘤对机体的免疫抑制,从而提高了机体的免疫力^[3],使 5 年存活率相应提高。但是,左半结肠肿瘤切除后,由于其血运、游离度均较右半结肠差,同时在急诊手术时无法清洁肠道,加以梗阻肠管炎症水肿等因素,使一期手术发生吻合瘘的潜在危险性大大增加。据国外文献报

告为 65%^[3],本组为 14.8%(4/27)。瘘一旦发生,病死率随之提高(本组 2 例因瘘并发败血症而死亡),而 Hartmann's 手术可避免瘘的发生。

2.2 Hartmann's 手术的适应症 Hartmann's 手术安全性较大,适应症较广,但根据作者等临床经验,下列情况应属禁忌:①年事过高(>80 岁)和(或)有明显的恶液质症状;②一般情况极差或有中毒性休克;③有严重的心肺疾患;④直肠癌梗阻。对具有上述情况的病例应先作肠减压和简单的肠造瘘术。以往将腹腔严重污染和肠腔内大量积粪作为一期切除的禁忌症^[4],根据作者等 10 余年临床经验证明,只要充分肠减压,排尽肠腔内粪便后彻底清洗腹腔(0.1~0.2%聚烯吡酮碘 2 000~4 000 ml 冲洗腹腔后,再用 1~2 g 甲硝唑稀释后灌洗腹腔),仍可作肿瘤一期切除 Hartmann's 手术而获满意疗效(本组经上述处理的病例,无 1 例发生腹腔脓肿)。

2.3 Hartmann's 手术术中应注意的问题

由于首次手术后致腹腔和肠管的粘连,使 Hartmann's 手术二期肠道重建时肠段分离困难,有时因游离肠段不够充分,吻合发生困难,甚至因张力过高而发生瘘。此外,由于粘连物的覆盖和肠段废用性萎缩,在肠道重建时肠段不易找到。为避免上述情况发生,作者认为在首次手术时应做到:①将横结肠充分游离并拉至左下腹,使造瘘口尽量接近远端大肠闭合口;②远端大肠(直肠)闭合后也应作适当游离,将其靠近造瘘口;③闭合肠瘘二侧以黑粗丝线作好标志并固定于腹膜上,如此,在二期重建时容易找到闭合肠瘘。如在二

期手术时在腹腔内无法找到远端肠段(多是外院或以前所做,术中未作标记),可使用卵圆钳经肛门缓缓插入直肠,上顶至远端肠段闭合口,再将此钳撑开并切开肠腔即可。

2.4 Hartmann's 手术二期肠道重建时间

Hartmann's 手术二期肠道重建时间,以往认为需隔 3~6 月左右^[4]。但根据我们的临床经验,如首次手术后恢复顺利,肠道重建术可在 1~2 月后施行。其根据为①此时腹腔和肠道炎症水肿均已消退,作二期吻合时不会因肠道炎症水肿、血供不良而发生瘘;②此时腹腔内粘连多为膜性粘连,分离容易且不会损伤肠管,远端肠段也易找到。如延时太久,腹腔内形成纤维疤痕性粘连,致使分离困难,出血多,也可因解剖不清而损伤肠管;③此时病情多已稳定,必要时可作进一步的肿瘤根治术;④避免因长期存在造瘘口给病人生活上带来不便和精神上的痛苦。

临床实践和随访结果证明:对可切除左半结肠癌梗阻施行一期肿瘤切除的 Hartmann's 手术,只要掌握好手术适应症,注意一期手术中的操作要领和二期肠道重建时间,该手术即可成为左半结肠癌梗阻急诊手术中的理想术式。

参 考 文 献

1. Margan W D. et al. Am J Surg, 1985,149(3): 327
 2. 楼人望 孙义国. 浙江医科大学学报, 1988,17(2): 78
 3. Camern J C. Current Surgical Therapy 1984~1985. Philadelphia. London: Tormto CV Mosby Company, 1984,231~232
 4. Viqder L. Arch Surg, 1985,120(7): 825
- (1994 年 9 月 7 日收稿,1995 年 5 月 2 日修回)

OPERATIVE SELECTION OF RESECTABLE OBSTRUCTING CARCINOMA OF THE LEFT COLON

Lou Renwang

Department of Surgery, First Affiliated Hospital, Zhejiang Medical University

(下转第 220 页)

本(34.1%)和印度(25%)低得多,可能与对本病认识不足有关。INPH的病因至今仍不明确,文献报告可能与慢性砷中毒,免疫调节功能失调以及腹腔内感染(如产褥热、肠炎)有关。本组中1例16岁患者抗核抗体阳性,IgG、IgA、IgM均增高,提示自身免疫功能失调。1例有菌痢史。

INPH的病理学改变主要有肝表面不平,包膜皱缩,肝脏边缘萎缩,门脉分支管壁增厚硬化,管腔狭窄,汇管区纤维化^[3,4]。本组4例脾亢者,病变较轻,仅有汇管区轻度纤维组织增生,而另2例呕血者,汇管区纤维化明显,门脉小分支狭窄,说明本病在不同时期有不同改变,与临床表现相一致。文献报告INPH在晚期可有肝细胞变性坏死^[5]。本组均无假小叶形成,这是INPH的病理特征,借此可与肝炎后和血吸虫性肝硬化相鉴别。

INPH临床特点以①青壮年男性多见。本组5例男性,国内报告7例中6例男性。②首先表现为脾肿大、脾亢,然后是食管下端胃底静脉曲张,自然病程缓慢,对出血耐受性好。本组4例脾亢者经脾切除后,随访2年无食管静脉曲张;另2例出血史分别长达10年和5年者,曾行脾切除术和经内窥镜食道曲张静脉硬化剂治疗,最后行门奇断流术,均能耐受手术,2年后仍存活。说明INPH术后预后较好,而肝硬化门脉高压的平均存活期为

5.9年。③肝功能正常,无腹水和肝昏迷。

本病的诊断依据主要为:①典型的门脉高压临床表现;②无肝硬化征象;③B超示门静脉内径大于1.2cm,脾静脉大于0.8cm,而无血栓形成;④脾门静脉造影示门脉中小分支数目减少,有些突然中断;⑤肝活检无肝硬化表现,如假小叶形成。本组除了无门静脉造影资料外,均有上述特点。笔者认为怀疑本病时,可在术中行门脉造影。

INPH除了与肝硬化门脉高压鉴别外,尚需与肝外型门静脉血栓形成和胰源性区域性门脉高压鉴别。肝外型门静脉血栓常有腹痛、腹胀、便血和腹水,B超和脾门静脉造影有助于诊断。胰源性区域性门脉高压的特点是:有胰腺疾病史,脾亢而无门静脉扩张,有孤立的胃底静脉曲张伴出血,选择性腹腔动脉或脾门静脉造影可确诊^[6]。

治疗:对仅有脾亢者,脾切除已足够;对于食道胃底静脉破裂出血者,笔者倾向于行门奇断流术,或采用硬化剂治疗。因为患者肝功能正常,对出血和手术耐受性好,而分流术易引起脑病。

参 考 文 献

1. 王秀玲,等. 中华消化杂志,1985,5(4): 257
 2. 吴志勇,等. 普外临床,1988,3(6): 324
 3. 巫协宁. 国外医学消化道疾病分册,1986,6(2): 77
 4. Okuda K, et al. Gastroenterology, 1984, 86(4): 600
 5. Okuda K, et al. Liver, 1981, 1(4): 255
 6. 黄志强. 普外临床, 1988, 3(6): 331
- (1994年5月18日收稿, 1995年4月10日修回)

(上接第213页)

67 patients with resectable obstructing carcinoma in the left colon were treated in our hospital, 49 cases were of one-stage resection, among which were 27 cases of one-stage anastomosis; 22 cases underwent the Hartmann's operations. 18 cases were of second-stage resection. The complication in one-stage anastomosis was 74.1% while that in the Hartmann's operation was 36.4%, with a highly notable difference ($P < 0.01$). The mortality in one-stage anastomosis (14.8%) was higher than that of the Hartmann's operation (4.5%). Of 67 patients, 42 cases were followed up. The five year-survive rate of one-stage resection was 44.0%, much higher than that of the second-stage resection 11.7%, showing a remarkable difference ($P < 0.05$). The Hartmann's operation has proved to have a longer five year-survive rate and decreased complications and lower mortality. The author recommend that the Hartmann's operation be a primary one for resectable obstructing carcinoma in the left colon. Besides, this article also discusses several problems about the Hartmann's operation.

KEY WORDS Colonic neoplasms/surg; Postoperative complications; Survival rate