

# 老年人梗阻性结直肠癌诊治体会 (附 25 例分析)

强济华, 赵建军, 吴小中, 戴佳文, 史光华

(宜兴市第二人民医院普外科, 江苏 宜兴 214221)

**摘要:**目的 探讨老年人梗阻性结直肠癌的诊治方法。方法 对 25 例老年性结直肠癌伴梗阻的患者进行回顾性分析, 总结适合老年人的治疗方案。结果 根据老年人梗阻性结直肠癌的特点, 合理选择治疗手段, 合理选择手术方式、恰当的术后处理, 可减少并发症、降低病死率。结论 老年人梗阻性结直肠癌治疗原则是: 解除梗阻, 救治患者, 争取根治切除肿瘤, 根据不同的情况选择不同的手术方式。

**关键词:** 梗阻性结直肠癌; 老年; 诊治

**中图分类号:** R574 **文献标志码:** B **文章编号:** 1000-2065(2009)09-0600-02

结直肠癌的癌性梗阻是一种慢性梗阻, 病程隐匿, 出现典型梗阻表现时往往病情已严重, 且老年人常合并有一些其他疾病。这类患者日益引起外科医生的重视。我院自 1993 年至 2008 年共收治这类患者 25 例, 现就诊治体会分析如下。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 1993 年—2008 年我院共收治的梗阻性结直肠癌老年患者 25 例, 年龄 60~85 岁, 男性 16 例, 女性 9 例。均出现不同程度反复发作性腹痛、腹胀、大便变细、黏液血便和便秘增多等症状, 其中 2 例合并急性穿孔。经 X 线低压低张钡剂灌肠造影及电子纤维结肠镜检查明确诊断。肿瘤的梗阻部位: 升结肠 2 例, 肝曲 1 例, 脾曲 2 例, 降结肠 5 例, 乙状结肠 7 例, 直肠 8 例。病理类型: 腺癌 23 例, 黏液腺癌 1 例, 未分化癌 1 例。

**1.2 治疗方案** 本组 25 例中: 7 例先经行胃肠减压及纠正内环境稳定等保守治疗, 使肠梗阻得到缓解后择期手术; 16 例在保守治疗 8~12 h 后, 症状无缓解及时手术; 2 例穿孔急症手术。3 例右半结肠癌及 10 例左半结肠癌行一期切除吻合, 左半结肠癌均行术中肠道灌洗; 7 例做 Hartmann 手术; 3 例无法切除仅做乙状结肠造瘘术; 2 例做短路手术。

## 2 结果

本组中 1 例发生吻合口瘘, 最终因年龄大并发心肺衰竭死亡, 1 例急性穿孔者死于感染性休克。一期结肠造瘘加二期吻合者 2 例, 初期短路手术加二期肿瘤切除者 1 例。

## 3 讨论

老年梗阻性结直肠癌患者的临床特点: ①病史

长, 病情重, 误诊率高。高龄患者反应差, 平时有便秘的习惯, 易掩盖病情, 等出现急性肠梗阻急腹症后来院就诊, 肿瘤多属晚期。②合并症多, 手术风险较大, 术后并发症多。对老年性肠梗阻患者首先要想到结直肠癌的可能。详细的病史及体检对诊断有很大帮助, 因患者可有程度不同的肠梗阻症状和体征, 腹部 X 线提示肠腔有不同程度的积气和液平, X 线低张钡剂灌肠造影检查显示病变结肠向心性或偏心性狭窄, 电子纤维结肠镜检查可发现结肠肿瘤。对于一些肠梗阻较轻的患者, 只要一般情况好, 仍主张排便灌肠后行纤维结肠镜检查。CT 可了解腹部肿块和肿大的淋巴结、肝内有无转移等, 在判断梗阻原因及部位上具优势。近年来开展的三维内镜及表面覆盖显像, 可清楚的显示病变腔外的浸润范围、淋巴结转移、肝转移情况及恶性截断征象, 并直观立体地显示腔内不规则隆起及龛影、黏膜破坏及管腔不规则狭窄等, 更显示其诊断优势<sup>[1]</sup>。综合以上各点, 不难做出诊断。

一旦确诊应及时手术。对不能确诊的患者在保守治疗 8~12 h 后, 症状体征无明显缓解且进行性加重者, 应及时剖腹探查, 以免延误治疗。外科治疗应持积极态度, 即使不完全梗阻的患者、保守治疗暂时得到缓解的患者, 也要给予有效的胃肠减压, 积极术前准备可减少术后并发症和病死率。另外有报道中西医结合术前总攻疗法使一部分的肠梗阻患者得到缓解, 由急诊手术转为限期手术, 提高了手术的安全性<sup>[2]</sup>。肠道准备有机械性(清洁灌肠)和药物性肠道准备, 可以减少细菌数量, 促进吻合口愈合, 是降低并发症和病死率的关键之一。间歇性全消化道灌洗法, 既能达到清洁肠道, 满足手术的需要, 又能缩短治疗时间, 减少灌洗液用量和副作用<sup>[3]</sup>。对梗

阻性右半结肠癌,行一期切除吻合术已形成共识,本组中有3例右半结肠癌行一期切除吻合术效果满意。对梗阻性左半结肠的一期切除吻合尚有一些争议。本组中有10例左半结肠癌行一期切除吻合,除1例发生吻合口瘘外,其余效果均满意。因此一般情况良好的左半结肠梗阻老年患者,术中通过肠道灌洗行一期肿瘤切除加吻合术是可能的。但对一些肠壁血运较差、水肿明显,全身情况差,各种并发症重,估计一期切除吻合有极大风险的患者,则应分期手术。对极少数病例即使是左结肠造口有时也有极大的危险<sup>[4]</sup>。一期手术成功的关键是避免肠瘘的发生,采用顺行肠道灌洗法,可彻底灌洗肠道<sup>[5]</sup>。对于梗阻时间较长、肠壁血运较差、水肿明显或一般情况差的患者,行一期肿瘤切除加近端结肠造口术最为合理,术后3~6个月再考虑肠道重建。内镜置入自扩金属支架可暂时解除梗阻,使患者转入择期手术,再应用腹腔镜行结肠切除术,确保对患者手术损伤最小;支架置入不仅可以作为癌性肠梗阻的姑息治疗手段,而且也是为这类患者做好充分常规术前准备的手段<sup>[6]</sup>。

老年梗阻性结直肠癌手术的目的:一是解除梗阻,救治患者;二是争取根治切除肿瘤。最满意的效果是一期切除肿瘤并肠道重建,但不是所有的患者都能达到这样的效果。应在保证老年患者安全的前提下,根据不同的情况选择不同的手术方式。对于

老年结直肠癌患者,由于一些症状隐匿,加之认识不足,易延误治疗,故普及此类疾病的医学常识,十分必要,而外科治疗仍然是主要手段。经非手术治疗缓解者,宜限期手术;而需急诊手术者则要及时明确诊断,术前正确评估和准备,尽早手术。术中严格掌握适应证,根据患者整体情况、癌肿部位、癌肿局部情况合理选择术式,重视围术期处理,这类患者仍可达到满意疗效。

#### 参考文献:

- [1] 匡玉庭,李德春,张志德.老年梗阻性结肠癌围手术期处理[J].江苏医学,2005,31(1):66.
- [2] 黄达仁,李光昭.大肠癌并发急性肠梗阻患者的临床特点和治疗方法[J].中国综合临床,2005,21(5):450-451.
- [3] 赵平,王成峰.结直肠癌临床若干问题的探讨[J].中华医学杂志,2006,86(2):73-75.
- [4] 陈贤贵.梗阻性结直肠癌外科治疗经验[J].肿瘤学杂志,2006,12(1):58-62.
- [5] Caiazzo P, Di Palma R, Pesea G, et al. Obstructing colon cancer — what's the surgical strategy? [J]. Ann Ital Chir 2004, 75(4):455-460.
- [6] Suzuki N, Saunders BP, Thomas-Gibson S, et al. Colorectal stenting for malignant and benign disease: outcomes in colorectal stenting [J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(7):1201-1207.

收稿日期:2009-06-02 修回日期:2009-08-04

本文编辑:王卿

### 中国科技核心期刊

#### 《中华临床医师杂志(电子版)》征稿、征订

《中华临床医师杂志(电子版)》由国家卫生部主管,中华医学会主办,是中国科技论文统计源期刊,中国科技核心期刊。月刊,国内刊号 CN 11-9147/R,邮发代号 80-728,以电子版、纸版导读同时面向全国公开发布发行,被万方数据、中国知网、美国化学文摘等数据库全文收录。

本刊辟有述评、专家笔谈、临床研究、实验研究、综述、短篇论著、临床经验、病例报告、视频讲座、疑难病例讨论等栏目,欢迎全国医务工作者投稿。本刊审稿高效,对国家重大项目、各基金项目、手术视频录像、专家讲座等,优先录用刊登。本刊特别欢迎图片影像资料丰富的优秀稿件,欢迎广大临床医师积极投稿并订阅杂志!

投稿邮箱:北京市 100035-50信箱 编辑部 收 邮编 100035

电子邮件: Lcdocto@163.com

电话: 010-62219211

传真: 010-62234701

网址: www.clinimed.net