

结肠癌并发急性肠梗阻的外科治疗

陈新波

(呼伦贝尔市中蒙医院 腹部外科, 内蒙古 呼伦贝尔 021000)

摘要: **目的** 研究结肠癌并发急性肠梗阻的外科治疗。**方法** 选择2017年1月至2018年1月到我院接受治疗的80例结肠癌并发急性肠梗阻患者, 对所有患者采取手术治疗, 对患者术后发生并发症的情况进行统计; 随访统计1~5年患者的生存率。**结果** 在进行结肠切除术后, 出现伤口感染的1例, 切口裂开的1例, 患者没有出现肺部感染, 并发症的出现概率为2.50%, 手术后死亡率为1.25%; 对患者进行随访后发现, 患者在1年内的生存率较高, 为98.67%。**结论** 采取I期吻合手术治疗结肠癌并梗阻是可行的, 选择合理的手术方式, 做好围手术期的处理, 能够有效提高治疗的效果, 值得选择。

关键词: 结肠癌; 急性肠梗阻; 外科治疗

中图分类号: R73

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.93.040

Surgical Treatment of Colon Cancer Complicated by Acute Intestinal Obstruction

CHEN Xin-bo

(Abdominal Surgery, Hulunbuir Zhongmeng Hospital, Hulunbuir, Inner Mongolia, China)

ABSTRACT: **Objective** To study the surgical treatment of colon cancer complicated with acute intestinal obstruction. **Methods** Select 80 patients with colon cancer complicated with acute intestinal obstruction who received treatment at our hospital from January 2017 to January 2018, and perform surgical treatment on all patients. Calculate the incidence of postoperative complications in patients; Follow up statistics on the survival rate of patients for 1~5 years. **Results** After undergoing colon resection, there was 1 case of wound infection and 1 case of incision rupture. The patient did not experience lung infection, and the probability of complications was 2.50%. The postoperative mortality rate was 1.25%; After follow-up, it was found that the patient had a higher survival rate of 98.67% within one year. **Conclusion** It is feasible to take stage I anastomosis surgery to treat colon cancer and the perioperative treatment can effectively improve the effect of treatment, which is worth choosing.

KEY WORDS: Colon cancer; Acute intestinal obstruction; Surgical treatment

0 引言

结肠癌并发急性肠梗阻是一种严重的疾病, 其发病率在近年来逐渐上升。目前, 结肠癌的主要病因尚未完全明确, 但与遗传和环境有关。患者一般会出现便血、腹泻、腹痛、腹胀等症状, 有时会伴有肠梗阻等严重并发症。为了有效治疗结肠癌并发急性肠梗阻, 外科手术是目前主要的治疗方法, 包括结肠切除术^[1]。目前外科手术是治疗结肠癌并发急性肠梗阻的主要手段, 但其治疗效果和安全性仍需进一步探索和提高。因此, 现在有越来越多的研究致

力于探索新的治疗方法, 如内镜下治疗、免疫治疗等。同时, 随着医疗技术的不断进步和完善, 一些新技术和新装备也被应用于外科手术中, 如机器人手术、微创手术等, 这些新技术和新装备为治疗结肠癌并发急性肠梗阻带来了更多的选择和可能性。当然, 除了外科治疗, 还需要配合一些其他的治疗措施来提高治疗效果和减轻患者的痛苦^[2]。例如, 在手术前后需要进行一些辅助治疗, 如抗炎、止痛、肠道准备等; 在手术后还需要进行一些康复和护理工作, 如恢复肠功能、防止感染等。此外, 患者和家属也需要积极配合医生的治疗和护理工

作,保持良好的心态和饮食习惯,遵守医嘱,加强营养,提高免疫力,以帮助身体更好地康复。目前针对结肠癌并发急性肠梗阻的治疗方法已经比较成熟,但是仍然需要加强对该疾病的研究和探索,以提高治疗效果和减轻患者痛苦^[3]。因此,本研究选择特定时间来我院接受治疗的结肠癌并发急性肠梗阻患者为研究对象,分析其手术治疗效果,现做如下分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2017年1月至2018年1月到我院接受治疗的80例结肠癌并发急性肠梗阻患者,男性47例,女性33例,年龄35~84岁,平均(51.42±3.22)岁;患者均表现为腹痛、胀气等症状,经临床诊断,右半结肠癌44例,左半结肠癌36例;Duke分期:A期31例,B期25例,C期24例。

纳入标准:(1)患者及家属愿意参与本次研究;(2)患者不存在严重的精神疾病。

排除标准:(1)患者及家属中途不愿意参与本次研究;(2)患者的语言沟通和表达能力较困难。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

根据患者的病情,对患者前期进行保守治疗,一般在患者入院1~3 d,对患者饮食进行管理,减轻肠胃的压力,使用抗生素预防感染和并发症的发生,对于病情严重不能缓解的患者进行手术治疗。

1.2.2 手术方法

对44例右半结肠癌进行I期切除吻合术,对36例左半结肠癌进行I期肿瘤切除吻合术,具体如下。

1.2.2.1 术前准备

患者需要接受肠内准备,以清除结肠内的粪便和减少手术后的并发症风险。在手术前

需要进行全面评估,包括肿瘤位置、大小、浸润深度和转移情况等。此外,需要确保患者血液凝血功能正常,没有严重的肝、肾功能障碍等。准备好手术器械。

1.2.2.2 中转开腹

本研究中77例患者因小肠扩张,经腹腔镜探查肿瘤位置后,中转开腹治疗,具体手术方法如下:(1)麻醉:使用全身麻醉,将患者置于仰卧位,进行消毒、铺巾。(2)开腹:在下腹部做一个长约10~20 cm的纵行切口,依次切开皮肤、皮下组织、腹直肌和腹横肌,进入腹腔^[4]。(3)检查:对腹腔进行检查,确定结肠癌的位置和肠梗阻的程度。(4)切除:在肠梗阻以上和结肠癌以下的部位分别做两个肠管分离,在肠管间切除结肠癌并包扎肠道两端。(5)吻合:用缝合器或手工吻合器,对剩余的肠道进行吻合,恢复肠道的通畅。(6)空吸引引流:在手术部位设置引流管,以减少手术部位的感染。(7)关腹:关闭切口,缝合皮下组织和皮肤,完成手术。

1.2.2.3 腹腔镜疗法

本研究中3例患者小肠扩张情况可控,直接使用腹腔镜手术治疗,具体方法如下:(1)麻醉:患者进入手术室后,医生会对其进行全身麻醉。通常采用全身麻醉,也可以根据患者的具体情况选择局部麻醉^[5]。(2)建立气腹:因肠癌并发梗阻,结肠小肠均扩张,腹腔镜Troca刺入腹腔时极易造成小肠损伤。因此使用二氧化碳作为充气气体。二氧化碳充气后,需要注意调节气体压力,以避免对患者造成不必要的伤害,联合使用肠粘膜保护药物,防止小肠骤然减压肠粘膜急性出血。(3)插入腹腔镜:医生会通过建立的小孔插入腹腔镜,这是一种可以看到腹腔内部情况的手术工具。医生可以通过腹腔镜看到患者的腹腔、肠道等器官,从而确定手术方式和具体治疗方案。(4)探查:为了明确肿瘤的具体位置。此时,医生还会对周围的淋巴结进行检查,并进行必要的组织取

样。(5) 切除: 如果患者的结肠癌较为严重, 医生可能需要切除一部分肠道, 以去除癌细胞。手术时需要保留足够的肠道长度, 以确保消化系统正常工作。(6) 吻合: 医生会对切除的肠道进行吻合, 以恢复肠道的正常通畅。通常使用缝合线进行肠道吻合, 也可以使用特殊的吻合器进行肠道吻合。(7) 引流: 为了防止术后并发症, 医生会在手术部位进行引流, 以排出体内的余液和空气。引流管需要经过患者的腹壁引出, 定期更换引流袋。(8) 将腹腔镜拔出: 手术结束后, 医生会将腹腔镜拔出, 然后缝合小孔处的切口。通常使用吸收性缝线缝合。

1.3 观察指标

观察统计患者在术后发生并发症的情况。出院后对患者进行随访, 统计患者1~5年内患者的生存率情况。

2 结果

2.1 术后并发症出现情况

对44例右半结肠癌进行I期切除吻合术, 在术后出现2例吻合口瘘发生, 在医院进行治疗后已经痊愈出院。对36例左半结肠癌进行I期肿瘤切除吻合术, 在术后患者身体恢复较好, 有10例患者在3个月后会进行II期吻合术, 有1例患者不愿意在进行手术治疗, 有1例患者在手术前有严重的感染, 手术后感染影响身体的多数器官, 导致器官衰竭而死亡。有8例患者再次进行手术, 手术后出现伤口感染的1例, 切口裂开的1例, 患者没有出现肺部感染, 并发症的出现概率为2.50%, 手术后死亡率为1.25%。

2.2 术后随访

术后随访患者为75例, 随访1年时, 死亡1例, 因肿瘤原因而死亡, 生存率为98.67% (74/75); 随访3年时, 死亡28例, 生存率为62.16% (46/74); 随访5年时, 死亡30例, 生存率为34.78% (16/46)。

3 讨论

结肠癌是一种常见的恶性肿瘤, 通常起源于结肠内黏膜层的细胞, 随着病情进展可能会侵犯肠壁、淋巴结和其他器官, 导致各种不同的症状和并发症。急性肠梗阻是结肠癌最常见的并发症之一, 它是由于肠道腔道被完全或部分堵塞所导致的肠腔压力升高和肠道的功能性障碍, 严重的情况下可能导致肠道坏死、穿孔、感染等严重后果。目前, 结肠癌的发病率呈现逐年上升的趋势, 特别是在老年人中更为常见。同时, 由于现代生活方式和饮食结构的改变, 结肠癌发病年龄也呈现年轻化的趋势。据统计, 全球每年约有100万人被诊断患有结肠癌, 其中大约40%的患者会出现急性肠梗阻等并发症, 给患者带来了严重的健康威胁和生活困扰。对于急性肠梗阻并发结肠癌的治疗, 手术仍然是主要的治疗手段。具体来说, 手术目的包括缓解肠道梗阻、切除癌肿和恢复肠道功能等。不同的患者需要不同的手术方式, 例如对于局部病变的患者可以采用局部切除术, 而对于广泛病变的患者可能需要结肠切除术。手术方式选择应该根据患者的具体情况和医生的专业意见进行综合考虑。本研究主要采取的手术方式为中转开腹和腹腔镜疗法。在进行治疗前需要对患者的体征和结肠癌的位置进行评估, 这对制定治疗方案和判断治疗效果至关重要。首先, 评估患者的体征是非常必要的。这包括疼痛、腹泻、恶心、呕吐等, 这些症状会影响治疗的选择和疗效判断。例如, 如果患者疼痛明显, 需要及时控制疼痛, 如果患者腹泻, 需要对电解质平衡进行监测和调整。其次, 评估结肠癌的位置也是非常重要的。结肠癌的位置不同, 治疗方案也会不同。例如, 直肠癌和乙状结肠癌需要进行放疗和化疗, 而右侧结肠癌则需要进行手术治疗。除了以上两个方面的评估, 还需要评估癌性腹水有无淋巴结转移情况。如果癌性腹水存在, 需要进行穿刺



抽取, 并进行细胞学检查和化验, 以判断是否存在淋巴结转移。如果淋巴结转移存在, 需要根据淋巴结转移的部位制定相应的治疗方案, 以提高治疗效果。传统的治疗方式包括放置支架、导管以及药物治疗, 虽然这些方法可以缓解患者的症状, 但仍然存在一些不足之处, 具体如下: (1) 非手术治疗的效果有限: 非手术治疗通常采用的方法是通过支架或导管扩张肠道, 但这种治疗方式只能维持短期的肠道通畅, 对于较大的肿瘤或病变较严重的部位, 非手术治疗的效果往往不理想^[6]。例如, 对于较大的肿瘤, 非手术治疗可能无法使肠道完全通畅, 导致食物难以顺利通过, 从而引发新的肠梗阻。(2) 药物治疗的副作用: 药物治疗通常采用的是口服或静脉注射的方式, 但这些药物可能会引发副作用, 例如恶心、呕吐、腹泻、便秘等。这些不良反应不仅影响患者的生活质量, 还可能导致营养不良和脱水等问题^[7]。此外, 对于一些耐药性强的肿瘤, 药物治疗的效果也不尽如人意。(3) 无法解决潜在问题: 非手术治疗和药物治疗无法解决肿瘤的潜在问题, 例如恶性肿瘤的生长和转移。肿瘤在肠道内生长和扩散可能会导致肠壁破裂、腹膜炎等严重后果, 从而危及患者生命安全。因此, 及早采用手术治疗, 切除肿瘤, 才能有效遏制肿瘤的生长和转移, 降低病情恶化的风险。(4) 不能满足患者需求: 非手术治疗和药物治疗需要长期的治疗和监护, 这会增加患者的心理和经济负担, 而且不能满足患者迅速缓解症状和恢复健康的需求。特别是对于年龄较大、体质较弱的患者, 长期的治疗和监护可能会加重患者的负担, 从而影响治疗效果。此外, 一些患者可能会担心非手术治疗和药物治疗的不确定性和副作用, 从而选择手术治疗^[8]。外科手术治疗成为治疗该疾病主要选择。外科手术可以去除肿瘤和解除肠梗阻, 恢复肠道通畅, 与传统方式相比可以减少术后并发症的风险, 如肠壁穿孔和腹腔感染等。外科手术的成功率通常

很高, 可以改善患者的预后和生存率。

本研究结果显示, 采取不同的外科方式治疗结肠癌并发急性肠梗阻, 患者出现并发症的情况较少, 手术时出现的死亡率较低, 经随访结果显示, 在一年内患者的生存率较高。外科治疗是治疗结肠癌并发急性肠梗阻的主要手段之一, 其优势在于: (1) 可以彻底切除癌组织: 外科手术是目前治疗结肠癌最有效的方法之一^[9]。相比其他治疗方法, 如放疗、化疗等, 外科手术可以直接切除癌瘤, 避免了化疗和放疗的慢性副作用, 减少了肿瘤复发的风险。此外, 外科手术可以根据肿瘤的位置和大小采用不同的手术方式, 如开放手术、腹腔镜手术、机器人手术等, 针对不同的病情制定最佳的手术方案, 提高手术切除的效果和成功率^[10]。

(2) 可以快速缓解肠梗阻: 结肠癌并发急性肠梗阻会导致肠道功能障碍, 给患者带来很大的痛苦。外科手术可以通过切除肿瘤或造瘘等方式快速缓解肠梗阻, 恢复肠道功能, 避免严重的并发症。例如, 对于局限性结肠癌造成的急性肠梗阻, 开腹手术可以直接切除癌瘤和梗阻部位, 恢复肠道通畅; 而对于晚期结肠癌或远处转移的肿瘤, 可采用结肠造瘘或结直肠造口等方法来恢复肠道功能^[11]。(3) 可以减少手术后并发症的发生: 外科手术风险较大, 手术后的并发症也较多, 如感染、吻合口瘘、肠梗阻等。但外科手术可以通过精确的手术操作, 避免损伤周围组织和器官, 减少手术后并发症的发生。例如, 对于结肠癌的手术, 外科医生会根据患者的情况选择不同的手术方式, 避免切断重要的肠道神经、血管等, 降低术后并发症的风险。(4) 术后康复快速: 手术后的康复期对患者来说很重要, 外科手术可以采用微创技术, 如腹腔镜手术等, 可以减少手术创口, 缩短患者的康复期^[12]。此外, 术后的合理营养和康复训练也是外科治疗的一部分, 可以帮助患者恢复肠道功能、提高生活质量。外科医生会根据患者的情况和手术方式设计术后康

复计划，包括适当的饮食、体育锻炼等，帮助患者尽早康复。（5）可以提高生存率：外科手术可以彻底切除肿瘤，减少肿瘤复发和转移的风险，从而提高患者的生存率。根据肿瘤的大小、位置和分期等情况，外科医生可以选择不同的手术方式和治疗方案，制定最佳的治疗方案，提高治疗的效果^[13]。对于结肠癌患者，进行手术切除干净，可以显著提高患者的生存率，能够达到90%以上。

在进行外科治疗时，要做好手术期的管理，减少患者出现一系列并发症的情况，才能快速促进患者身体的恢复，具体需要做到：

（1）患者术前的准备和评估：在进行外科手术之前，需要对患者进行全面的术前准备和评估。首先，需要评估患者的身体状况和手术风险，包括患者的年龄、合并症、营养状况、内脏等器官的功能情况^[14]。其次，需要进行肠梗阻的评估和分级，了解肠梗阻的程度和范围。这些评估可以帮助医生制定最佳的治疗方案，减少手术风险和术后并发症的发生。

（2）手术方式选择：结肠切除术是一种常规的手术方式，但具体的手术方式取决于肿瘤的位置、大小、浸润程度和肠梗阻的程度等因素。对于肿瘤较小、浸润不深的患者，可以采用单纯的结肠切除术，对于浸润程度较深或有转移的患者，则需要行结肠全切或根治性手术^[15]。对于急性肠梗阻较轻的患者，可以行紧急的内镜下取病或经皮经肠镜取病，但对于急性肠梗阻较严重的患者，需要行开腹手术。（3）术中的管理和技术选择：在进行手术时，外科医生需要根据患者的情况和手术范围选择合适的手术技术，包括开腹手术和腹腔镜手术等。选择合适的手术技术可以减少手术时间、创伤和出血，从而减少手术风险^[16]。同时，需要注意肠道的处理方式，如应用钩线切断肠道，需留意张力过紧或过松所导致的肠道损伤、破裂等情况的发生。（4）术后的管理和康复：在术后的管理和康复中，需要重点关注术后并发症

的预防和处理。术后并发症包括休克、感染、肺部感染、深静脉血栓形成等。需要通过适当的抗生素、抗凝剂等药物治疗来预防术后并发症的发生。同时，需要加强康复训练，促进肠道的恢复和功能重建。例如，可以逐渐恢复饮食，进行肠道功能锻炼，避免便秘等情况的发生^[17]。（5）患者的心理和情绪支持：在治疗结肠癌并发急性肠梗阻的过程中，患者需要得到良好的心理和情绪支持。在术前，医生和护理人员需要多与患者进行沟通交流，清楚的告知患者在手术时需要注意的问题，多耐心的为患者解决疑难困惑，站在患者的角度去理解患者的心理，对一些情绪极差的患者采取转移注意力和激励的方法，例如：可以给患者讲一些成功的案例，多鼓励患者，可以适当的让患者听音乐、刷视频来缓解其焦虑情绪^[18]。手术后，一些患者会感觉到明显的疼痛，需要加强患者的疼痛管理，使用一定的药物来缓解患者的疼痛，较少患者的痛苦，时刻观察患者的心情变化，对术后出现严重负面情绪的患者进行重点关注，医生和护理人员多与患者保持联系，对患者的心理进行正确的引导，促进患者术后身体恢复的信心。（6）注意术后营养支持和健康指导：术后的饮食和营养支持对于肠道功能的恢复和患者的康复非常重要。患者需要逐渐恢复正常饮食，避免高脂、高热量和难以消化的食物，同时应遵循医生的建议，逐渐增加饮食量和种类。在术后康复期间，患者需要增加蛋白质、维生素和矿物质的摄入，促进肠道细胞的恢复和肠道菌群的平衡。必要情况需要帮助患者进行制定适合患者的健康食谱。指导患者在术后进行一些康复训练，在术后早期可以进行一些下床活动，可以遵循循序渐进的方式，根据患者的身体情况，对每天下床活动的时间和范围进行严格控制。患者在出院后根据自己的喜爱和身体情况选择适合自己的运动方式，可以选择较温柔的运动，来提高患者的身体素质，增强身体的免疫力，促进身体的快速恢



复。(7) 注意术后并发症的处理: 即使进行了科学、规范的手术治疗, 术后并发症的发生仍然是不可避免的。因此, 在治疗结肠癌并发急性肠梗阻时, 需要提前对患者的身体进行评估, 选择适合患者的治疗方式, 在术中需要做好清洁消毒工作, 对进行手术的区域要进行彻底的消毒, 防止出现感染的情况, 一旦出现术后并发症, 需要及时采取措施进行治疗, 以减少其对患者康复的不利影响。(8) 长期随访: 对于结肠癌并发急性肠梗阻的患者, 需要进行长期随访, 以便及时发现复发或转移, 并进行治疗。随访包括病史询问、体格检查、影像学检查和实验室检查等, 以及对患者的心理、营养和生活质量等方面的关注和指导。同时, 还需要定期评估患者的肿瘤标志物, 如CEA等, 以判断是否有复发或转移的风险。

综上所述, 外科手术作为结肠癌治疗的主要方式, 具有快速缓解肠梗阻、减少手术后并发症、术后康复快速和提高生存率等优势。外科医生应该根据患者的情况和手术方式制定最佳的治疗方案, 加强手术技术和术后康复训练, 提高手术成功率和患者的生活质量。

参考文献

[1] 肖本萍,雷雄,荣军.左半结肠癌急性肠梗阻I期根治性切除吻合术中最佳肠减压策略[J].中国现代医学杂志,2013,23(32):104-108.

[2] 李军.急性肠梗阻手术时机对疗效及住院时间的影响[J].甘肃科技,2022,38(19):80-82,86.

[3] 翟岱垠.腹腔镜手术治疗急性肠梗阻的有效性及安全性分析[J].中国实用医药,2022,17(21):5-9.

[4] 林传彬,毛春梅.不同手术方式治疗结肠癌并发肠梗阻患者的临床疗效观察[J].临床医药实

践,2022,31(9):661-663.

[5] 任旻.老年肠梗阻病因分析和质量控制下手术时机选择的探讨[D].扬州:扬州大学,2022.

[6] 李超,王本锋.手术治疗结肠癌合并肠梗阻的临床疗效分析[J].当代医学,2022,28(9):16-18.

[7] 金东石.手术治疗结肠癌合并肠梗阻的临床疗效分析及评价[J].智慧健康,2022,8(8):55-57.

[8] 刘入铭,林浩.术前经肛门肠梗阻导管减压后的I期根治性切除吻合术对左半结肠癌急性肠梗阻患者的临床疗效[J].临床肿瘤学杂志,2022,27(2):153-157.

[9] 李鹏莉,石定.支架置入后择期手术与急诊手术治疗急性右半结肠恶性梗阻临床疗效比较[J].实用医学杂志,2022,38(1):79-84.

[10] 徐潇.手术治疗时机对成年急性肠梗阻治疗效果的影响效果分析[J].中外医疗,2021,40(36):81-84.

[11] 顾晋.局部晚期结肠直肠癌治疗和联合脏器切除[J].外科理论与实践,2021,26(4):290-296.

[12] 郭威,贾向乾.腹腔镜对结肠癌并急性肠梗阻患者术后并发症及肠功能恢复时间的影响[J].贵州医药,2021,45(6):936-937.

[13] 赫兰晔.结直肠癌围手术期中西医结合快速康复优化方案应用研究[D].苏州:中国中医科学院,2021.

[14] 刘小辉.经内镜支架与肠梗阻导管植入治疗大肠癌急性肠梗阻的临床对比研究[J].临床研究,2021,29(6):6-7.

[15] 陈志男,侯利民,马静.左半结肠癌及直肠癌并肠梗阻手术中肠道灌洗套件的应用[J].中国临床研究,2021,34(5):638-641.

[16] 黄唯.内镜联合X线肠道支架置入对结肠癌伴急性肠梗阻临床疗效分析[D].蚌埠:蚌埠医学院,2021.

[17] 范圣先,缪骥,吕瑛,等.乙状结肠癌肠道支架移位后一期切除吻合1例报告[J].中国实用外科杂志,2021,41(3):357-360.

[18] 王荣华.双源CT在结肠癌并急性肠梗阻中的诊断价值[J].影像研究与医学应用,2021,5(3):141-142.