

- [29] Svensén C, Ponzer S, Hahn R G. Volume kinetics of Ringer solution after surgery for hip fracture [J]. Can J Anaesth, 1999, 46(2):133-141.
- [30] Hahn R G, Nilsson A, Ståhle L. Distribution and elimination of the solute and water components of urological irrigating fluids [J]. Scand J Urol Nephrol, 1999, 33(1):35-41.
- [31] Svensén C, Hjelmqvist H, Hahn R G. Volume kinetics of Ringer solution during endotoxemia in conscious rabbits [J]. J Endotox Res, 1997, 4(6): 425-430.
- [32] Brauer K I, Prough D S, Traber L D, et al. Hypoproteinemia does not alter plasma volume expansion (PVE) in response to 0.9% saline infusion in sheep [J]. Crit Care Med, 1999, 27(1): A60. (收稿日期: 2008-03-02) (本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

## 急性肠梗阻 98 例治疗体会

刘雅刚 胡亚民 胡亚力

【关键词】 结肠直肠肿瘤； 肠梗阻，急性； 外科治疗

肠梗阻是老年人结、直肠癌最常见的并发症之一。总结分析本院 1997 年 1 月—2007 年 12 月 98 例结、直肠癌并梗阻患者的治疗体会，报告如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料：男 56 例，女 42 例；年龄 49~88 岁，中位数年龄 68 岁。出现梗阻症状至就诊时间 4 h~18 d。合并高血压 48 例，冠心病 31 例，2 型糖尿病 34 例，慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 15 例，慢性肾功能不全 3 例，电解质紊乱 28 例。诊断依据：①病史中有无完全或不完全性肠梗阻表现；②体检是否存在腹胀、腹部肿块；③辅助检查：腹部 X 线片、超声检查、腹部 CT。

1.2 术前准备：①禁食、持续胃肠减压；②积极纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱；③控制合并症：平稳控制血压和血糖，积极纠正缺氧、贫血等；④应用抗菌药物控制感染；⑤肠道准备。

1.3 统计学分析：采用 SPSS 13.0 统计软件包，计数资料用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 影像学辅助检查结果 (表 1)：术前诊断为结、直肠肿瘤并肠梗阻 89 例 (占 90.8%)。腹部 X 线检出梗阻的阳性率明显高于超声检查 ( $P < 0.05$ )；但与 CT 比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。CT 发现肿块阳性率明显高于 X 线、超声

( $P$  均  $< 0.01$ )；而腹部 X 线与超声比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

表 1 不同辅助检查结果比较

检查	例数	梗阻 [例 (%) ]	肿块 [例 (%) ]
X 线	98	98 (100.0)	10 (10.2)
超声	73	61 ( 83.6) <sup>a</sup>	14 (19.2)
CT	86	86 (100.0) <sup>c</sup>	84 (97.6) <sup>bd</sup>

注：与 X 线比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ ，<sup>b</sup> $P < 0.01$ ；与超声比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ ，<sup>d</sup> $P < 0.01$

2.2 手术术式：①右半结肠癌 35 例中，除 1 例因全身情况差放弃手术外，30 例 (85.7%) 行肿瘤一期切除 (28 例 I 期吻合、2 例 II 期吻合)，4 例无法切除行肿瘤旷置性短路吻合。②左半结肠癌和直肠癌 63 例中，除 3 例因全身情况差放弃手术外，47 例 (74.6%) 行肿瘤一期切除 (36 例 I 期吻合、11 例 II 期吻合)，7 例二期切除造瘘还纳，6 例肿瘤无法切除行姑息性减压手术。左、右结肠癌伴梗阻在肿瘤一期切除吻合的构成比方面差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 5.188, P = 0.023$ )。

2.3 术后并发症及转归：98 例手术患者出现并发症 23 例 (23.5%)；围手术期死亡 6 例 (6.1%)。①切口感染 15 例；腹腔感染、脓肿形成 7 例；肺部感染或急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 9 例，死亡 2 例；心脑血管并发症 8 例。②吻合口瘘 4 例，治愈 1 例，死亡 3 例，均发生于肿瘤一期切除吻合患者。③术中死亡 1 例。

### 3 讨论

癌性梗阻为结、直肠梗阻的首要病因，由于结肠梗阻多为闭袢性梗阻，血液供应差，易发生坏死；结肠内含大量产气细菌，容易造成破裂穿孔；同时患者年龄较大，并发症、病死率较高，所以临床

治疗过程中困难大。

结、直肠癌性梗阻治疗在于及时诊断，腹部 X 线检查是诊断肠梗阻的首选方法，但有 20%~52% 不能予以确诊，而且不能进行病因诊断<sup>[1]</sup>。超声对肠梗阻的诊断较为困难。CT 能充分显示梗阻肠段及其邻近肠系膜、腹膜腔的解剖结构，对肠梗阻的病因诊断意义很大。

结、直肠癌性梗阻治疗的关键为及时手术、解除梗阻、根治性切除吻合。右半结肠癌性梗阻行一期切除吻合术已被普遍接受，而左半结肠癌性梗阻的手术方式尚有争议。一期切除吻合吻合口瘘发生率高、病死率高；但分期手术可使许多患者丧失切除机会，故目前多主张情况允许时尽量争取一期切除。Lee 等<sup>[2]</sup>将 107 例右半结肠癌并梗阻的病例与 123 例左半结肠癌并梗阻的病例比较，结果显示两组间一期切除吻合的病死率和吻合口瘘发生率均无明显差异。为保证一期术后吻合口愈合，需要重视术前改善全身基础情况、术中充分减压、保证吻合口血运良好、无张力、吻合口下端通畅、注意瘘口处理等问题。

### 参考文献

- [1] Frager D, Medwid S W, Baer J W, et al. CT of small-bowel obstruction; value in establishing the diagnosis and determining the degree and cause [J]. AJR Am J Roentgenol, 1994, 162(1):37-41.
- [2] Lee Y M, Law W L, Chu K W, et al. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers; a comparison between right-sided and left-sided lesions [J]. J Am Coll Surg, 2001, 19 (6): 719-725.

(收稿日期: 2008-01-26) (本文编辑: 李银平)

作者单位：061001 河北省沧州市中心医院普外二科 (刘雅刚，胡亚民)；沧州市人民医院 (胡亚力)

作者简介：刘雅刚 (1968-)，男 (汉族)，河北省人，副主任医师。