

结肠癌急性肠梗阻 40 例临床分析

山东省章丘市医院外科 李曰才 王利 李一明

摘要 本文报道了结肠癌急性肠梗阻 40 例, 对梗阻近端行肠减压时既减压彻底又不污染腹腔提出了具体减压方法。预防吻合瘘的重要问题是吻合口两端系膜血管有搏动或有活动出血, 其二是肠管无张力, 术中置引流管, 术后定期扩肛。

我院 1985 年~1993 年共收治结肠癌急性肠梗阻病人 40 例, 本文重点讨论治疗与体会。

临床资料

性别与年龄: 男 25 例, 女 15 例, 男女之比 5:3, 年龄 35 岁~75 岁, 平均 58 岁, 40 岁以上 35 例, 占 87.5%。

临床诊断: 本组病人多数有慢性阵发性腹痛病史, 时间 20 天~1 年, 个别病人无明显的慢性腹痛史。恶性呕吐一般出现较晚, 后期出现呕吐粪便样内容物。结肠梗阻属低位梗阻, 腹胀明显, 可见肠型。大部分病人在急性梗阻前有不完全性肠梗阻和大便习惯改变过程, 常伴有脱水、贫血、营养不良等癌性中毒症状。X 线检查可见多个阶梯状液平面。

肿瘤部位: 盲肠 4 例, 升结肠 5 例, 肝曲 5 例, 横结肠 5 例, 牌曲 4 例, 降结肠 8 例, 乙状结肠 9 例; 右半结肠 19 例 (47.5%), 左半结肠 21 例 (52.5%), 比率相近, 与多数学者报告左半结肠癌梗阻多见相符合。

治疗: 40 例结肠癌肠梗阻病人均行急诊剖腹探查, 手术处理情况如下:

1. 一期切除肠吻合 30 例: 端端吻合 27 例; 端侧吻合 3 例。吻合方法均采用一层吻合法, 术后吻合口瘘 1 例, 经引流而愈。

2. 分期手术 5 例, 其中 3 例因病人情况危急仅作近端肠造瘘, 术后 2~3 周二期切除。2 例术中行肠减压时腹腔污染严重, 而行肠造瘘腹腔引流, 术后 3 周二期切除吻合。

3. 肠造瘘, 捷径手术 5 例, 均属晚期, 无法切除, 3 例行永久性肠造瘘, 2 例行捷径手术。5 例中手术死亡 1 例。

讨 论

一、梗阻近端肠减压

Clinical analysis for 40 cases of acute ileus caused by colon cancer

Li Yuecai, et al

结肠癌并发完全性肠梗阻时, 术中行梗阻近端肠减压是最关键的问题, 既要做到彻底的肠减压, 又不污染腹腔。我们的做法是: 尽可能将扩张的肠管提出腹腔外, 先用粗穿刺针 (16 号输血针头), 抽出腹腔内气体、液体使肠腔初步减压, 必要时可在肠管 2~3 个部位抽吸。穿刺点缝合一针即可, 尔后用带有侧孔的吸引器头再进行彻底的减压。如减压仍不彻底, 可以切开肠壁用大口径胸腔橡皮引流管插入近端肠腔持续吸引。

二、一期切除或二期切除吻合

关于一期切除或二期切除吻合的问题仍有争论。右半结肠一期切除吻合, 而左半结肠应作分期手术是多数学者的主张。一期切除的优点是: 缩短了住院时间, 减少病人住院费用, 避免多次手术给病人带来的痛苦及远期效果好。近年来, 由于操作技术的改进, 注意到结肠癌性梗阻围手术期的处理, 一期切除吻合成功率有大幅度上升, 术后并发症及死亡率明显下降, 我们的体会是①要有解剖生理学观念和肿瘤学观念, 根据病例具体情况而定, 切勿一律采用一期切除吻合的方法。②防止吻合口瘘措施中最重要的一点是吻合口两端相应系膜边缘血管有搏动, 或者断端有活动出血, 其二是在无张力的情况下进行吻合, 首推改良的 Gambee 吻合法。其三, 腹腔冲洗, 置引流管。术毕扩肛 3~4 指, 使肛门扩约肌暂时处于麻痹状态亦是非常必要的。

参 考 文 献

- 陶清萍, 等. 结肠癌并发肠梗阻的外科治疗. 实用外科杂志, 1988, 1: 14.
- 史海安, 等. 结肠癌引起急性肠梗阻处理的探讨. 实用外科杂志, 1988, 1: 23.
- 喻德洪. 结肠梗阻近况. 实用外科杂志, 1988, 1: 34.

The hospital of zhangqiu, shandong

40 cases of acute ileus caused by colon cancer were included in the report. A new way of enter-decompression was employed, which had the advantage of complete pressure-relieving and caused no contamination. In order to achieve a successful resection and anastomosis at a time, and prevent anastomosis mouth fistula, it was important of maintaining a good mesentery arterial pulsation at end of anastomosis enteric, and place it at a hypotonic state; it was also advisable to indwell a tube during operation for drainage post-operation, and execute post-operative anal digital dilation at the set time intermittently.

乳癌雌激素和孕激素受体测定分析及其临床应用

华北煤炭医学院附属医院 肿瘤外科 刘毓 张文杰
病理科 张素华 向巨才

作者对 105 例女性乳癌患者雌激素受体 (ER) 和孕激素受体 (PR) 用免疫组化法进行测定, 对其结果进行随机分析。结果, ER (+) PR (+) 59 例 (56.19%), ER (-) PR (-) 12 例 (11.43%), ER (-) PR (+) 13 例 (12.38%), ER (-) PR (-) 21 例 (20%)。105 例中, 高分化癌 26 例, 其中 ER (+) PR (+) 19 例 (73.08%), 低分化癌 79 例, 其中 ER (+) PR (+) 40 例 (50.63%), 经卡方检验两者有显著性差异 ($\chi^2 = 4.003$)。高分化癌中 ER (-) PR (-) 3 例 (11.52%), 低分化癌中 ER (-) PR (-) 18 例 (22.78%), 二者无显著性差异。乳癌肿瘤直径小于或等于 2cm 者 26 例, 大于 2cm 等于或小于 5cm 者 65 例, 大于 5cm 者 14 例, 三组 ER (+) PR (+) 分别为 20 例 (76.92%)、34 例 (52.31%) 及 5 例 (35.71%), 用卡方分隔法分析, 各组之间均有显著性差异。三组 ER (-) PR (-) 者无显著性差异。腋淋巴结无转移者 49 例, 有 3 个以下淋巴结转移者 27 例, 有 4 个以上淋巴结转移者 27 例, 三组 ER (+) PR (+) 分别为 33 例 (67.35%)、16 例 (55.17%) 及 10 例 (37.04%), ER (-) PR (-) 分别为 6 例 (12.24%)、3 例 (10.34%) 及 12 例 (44.44%), 用卡方分隔法统计, ER (-) PR (+) 者, 腋淋巴结转移 4 个以上组与其它两组 (无转移及 3 个以下淋巴结转移者) 有显著性差异 ($\chi^2 = 5.39$), 而无转移与 3 个以下淋巴结转移者两组间无显著性差异。ER (-) PR (-) 者,

腋淋巴结转移 4 个以上组与其它两组之间有高度显著性差异 ($\chi^2 = 7.83$), 无转移组与转移 3 个以下淋巴结组仍无显著性差异。

经统计学分析, 乳癌患者年龄、月经状况、病程长短、体重及血型对 ER (+) PR (+) 或 ER (-) PR (-) 组均无显著性影响。

根据前述资料分析, 作者认为乳癌肿瘤大小、腋淋巴结转移 (尤其是 4 个以上淋巴结转移)、病理类型及组织分化程度是代表乳癌恶性程度及病期早晚的本质性指标, 是影响 ER 及 PR 水平的主要因素。

根据文献报道及作者实践, 作者认为乳癌雌激素和孕激素受体测定的主要临床意义就是帮助制定治疗方案及预测预后。ER (+) PR (+) 的乳癌患者内分泌治疗有效率达 71~80%, ER (+) PR (-) 或 ER (-) PR (+) 者有效率约 30~70%, ER (-) PR (-) 者有效率仅 5~10%。受体阴性的病人对化疗的有效率高于受体阳性的病人。对 ER (-) PR (+) 者以内分泌治疗为主, 可口服三苯氧胺 (20~80mg/日) 2~5 年。ER 或 PR 一项阳性者可采用内分泌治疗加单药化疗。ER (-) PR (-) 者以化疗为主, 多采用联合化疗 (如 CMF、CAF 等方案)。由于近年来多数作者强调乳癌是全身性疾病, 所以对 ER (-) PR (-) 者亦可给予口服呋喃氟尿嘧啶 (200mg, 4/日) 2 年。文献资料表明, ER (-) PR (+) 者比 ER (-) PR (-) 者缓解期长, 复发晚, 存活期长。