

Surgical emergency treatment of colorectal cancer rupture

Liu Zhijun

The Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing

Abstract: Objective: To explore the surgical emergency treatment of colorectal cancer rupture. Methods: 16 cases of emergency rupture of colorectal cancer were analyzed. Results: 13 cases were cured and 3 (23%) died. The causes of death were severe water electrolyte imbalance and multiple organ failure caused by severe abdominal or pulmonary infection. Conclusion: acute perforation and rupture of large intestine cancer is of high mortality. It is recommended to adopt one-stage resection and fistulation, two-stage anastomosis or enterostomy in case of emergency operation; the postoperative complications are many, so the postoperative clinical management should be strengthened.

Key words: Colon rupture; colorectal cancer; surgery; emergency; treatment

Received: 2020-02-03; Accepted: 2020-02-18; Published: 2020-02-20

大肠癌破裂的外科急诊治疗

刘志军

重庆医科大学附属第二医院，重庆

邮箱: lzj124@hotmail.com

摘要: 目的: 探讨大肠癌破裂的外科急诊治疗。方法: 总结 16 例大肠癌急诊破裂的外科治疗, 并进行分析。结果: 治愈 13 例, 死亡 3 例 (23%), 死亡原因为严重水电解质失衡和严重腹腔或者肺部感染致多脏器功能衰竭。结论: 大肠癌急性肠穿孔破裂来势急、重, 病死率高。需急诊手术治疗, 推荐采取一期切除造瘘, 二期吻合术或采取肠管造瘘术; 手术后并发症多, 需加强术后临床管理。

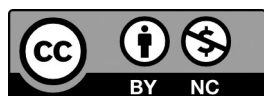
关键词: 结肠破裂; 大肠癌; 外科; 急诊; 治疗

收稿日期: 2020-02-03; 录用日期: 2020-02-18; 发表日期: 2020-02-20

Copyright © 2019 by author(s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



结肠癌是常见的消化道肿瘤, 但合并穿孔者少见, 当出现急性肠穿孔破裂时,

疾病来势急、重，病死率高。患者常以突发急性腹膜炎就诊，易误诊及延误最佳治疗时机。2017年10月—2018年10月收治大肠癌急性穿孔患者16例。现报告如下。

1 资料与方法

一般资料：本组16例，女7例，男9例；年龄41—81岁，平均59.2岁。发病至就诊时间，1小时以内1例，3~12小时10例，>12小时5例。>60岁9例（58.3%），均急诊外科手术治疗，住院日平均40.3天。

临床表现：9例患者为无明显诱因突然出现剧烈腹痛，有典型腹膜炎表现。7例患者均表现腹部疼痛，以中下腹部为甚，腹痛逐渐加重或缓解后加重，伴腹胀13例，呕吐8例，排便习惯改变4例，2例患者肛门解少量血便；贫血、消瘦7例。6例有休克表现。查体：都有腹膜炎表现，其中出现肠型1例，扪及肿块5例，肠鸣音消失15例。7例腹腔穿刺抽出脓性液。7例血白细胞 $>20 \times 10^9/L$ ，3例血白细胞 $<3 \times 10^9/L$ 。立位腹部平片报告有膈下见游离气体8例（50%）。本组合并高血压、冠心病7例，合并有慢性支气管炎4例，糖尿病4例，前列腺增生4例。

术前明确诊断7例，其中B超确诊1例，CT确诊6例，误诊急性阑尾炎4例，上消化道穿孔3例，腹膜炎待查2例。

穿孔部位：穿孔发生在癌灶处11例，其中盲肠癌3例，升结肠癌2例，横结肠癌1例，降结肠癌1例，乙状结肠癌2例，直肠癌1例，肝曲结肠癌梗阻并发升结肠穿孔2例。乙状结肠直肠癌并发降结肠穿孔2例。癌肿上段肠管扩张，腹腔有渗液、粪便，污染严重。

病理情况：①病理检查结果：管状腺癌7例，黏液腺癌4例，乳头状腺癌3例，印戒细胞癌1例，未分化癌1例。②病理分期：Dukes B期5例，Dukes C期7例，Dukes D期4例。

手术方法：均急诊手术治疗，其中右半结肠切除一期吻合术2例，横结肠切除一期吻合术1例，乙状结肠切除一期吻合术1例，肿瘤切除加近端造瘘术3例（其中根治性切除4例，姑息性切除癌块3例）。7例I期行单纯近肠造口术

+ 肠腔污染物清除 + 穿孔修补 + 腹腔引流术（损伤控制手术），不做肠减压术，术后2周内Ⅱ期行大肠癌肿切除术。治愈13例，死亡3例，病死率23%。其死亡原因，2例严重腹腔感染致多脏器功能衰竭。1例死于肺部感染，治愈病例中术后并发切口感染4例，严重肺部感染2例，腹壁切口裂开1例。吻合口瘘1例。随访10例，生存1年3例，2年4例，3年以上3例。

2 误诊分析

大肠癌合并穿孔少见，多在剖腹探查时发现，术前易误诊。本组3例因X线检查发现气腹征而误诊为上消化道穿孔，4例因右下腹痛而误诊为急性阑尾炎。误诊原因：①患者多为老年人，多存在一定的思维障碍，问诊时对答模糊；②有的患者腹部肥胖，一般触诊难以触及腹内包块。有的因其肠道梗阻和功能紊乱导致全身营养状况差，腹膜炎症状表现不典型，多为腹痛逐渐加重，逐渐出现腹胀，伴有恶心及呕吐。如果对结肠癌并发穿孔的认识缺乏时；忽略了全面的体格检查，容易导致误诊。易把腹痛当作肠炎、阑尾炎对待；③有气腹征就是上消化道穿孔，右下腹痛就是阑尾炎的习惯性思维；因此穿孔后容易导致误诊误治。

笔者体会腹膜炎伴下列情况有助于大肠癌急性穿孔的诊断：①有慢性便秘史或排便习惯改变及脓血便史，伴不全肠梗阻症状突发腹痛者；②增加腹压后，突发下腹剧烈疼痛；③X线检查可见膈下有游离气体，伴腹部包块者；④腹腔穿刺有粪性腹液；⑤以急性腹膜炎就诊的老年患者，特别是阑尾炎患者要考虑到本病。

3 讨论

大肠癌并发急性穿孔的原因有：①癌肿部位浸润坏死、穿孔；②因肠内肿瘤的梗阻及盲瓣造成的闭瓣性肠梗阻使肠道内压增高，加之便秘硬粪块直接压迫肠黏膜致缺血坏死形成溃疡或由于硬粪块致肠腔梗阻后近端肠黏膜缺血坏死形成溃疡，当肠内压增高时导致肠破裂；③因钡灌及纤维结肠镜检查所引起的医源性穿孔。

手术方法选择：对大肠癌穿孔引起的腹膜炎，一经诊断，在积极抗休克、抗感染的同时上要尽早进行手术治疗。因为这类患者的长期预后主要与癌肿的病理分期和浸润程度相关。而不在于彻底根治切除或扩大根治术等。肿瘤根治性切除术，近年来因为新一代高效抗生素的出现，静脉营养和生长抑素、生长激素的应用，及术中彻底腹腔冲洗、结肠减压灌洗，已明显地减少了吻合口漏的发生。本组生存3年以上的病例均为根治性手术者。术中应重视无瘤操作技术，缝闭穿孔差距及简单冲洗后，尽快地将肿瘤及所支配血管切除掉，以备Ⅰ期吻合。术中行断端结肠减压、灌洗清洁至关重要；充分游离近侧肠段，确保吻合口无张力，血运良好，吻合口宽大通畅，无扭曲、浆膜完整；用温灭菌水 > 5L，并加庆大霉素及甲硝唑等，充分反复冲洗全腹腔各个间隙，并吸净；吻合后置硅胶管于盆腔、吻合口旁，充分引流，1 ~ 2 周左右拔管；直肠吻合者由肛门置入肛管2根，一根达吻合口上方，一根在吻合口下方，可以支持吻合口并能充分肠内减压引流。术后定期扩肛。分期手术以 Hartmann's 手术最好，待3 ~ 4 个月后再行造口还纳术，可避免Ⅰ期手术吻合口瘘的危险。不过根据损伤控制手术的应用理论，对高龄、高危患者，其往往又多合并其他慢性疾病，术前处理均不充分，术中探查患者腹腔污染重，特别是合并休克的患者，笔者建议应用Ⅰ期予冲洗腹腔去除污染，切除或者缝合穿孔部位，近端肠管单腔或者双腔造瘘术，Ⅱ期再行肿瘤切除吻合能缩短手术时间，降低对患者的手术打击。Ⅱ期手术可在2天 ~ 2 周内，病情稳定后进行。当患者出现腹膜炎合并休克时，如再出现低体温，凝血功能障碍和酸中毒（死亡三联征）中的一二项，表明机体已处于生理极限状态，此时患者已不能耐受长时间手术，患者的结局主要取决于机体的生理状态，而不是解剖的完整性，因此患者的初步控制性治疗主要是抗休克、改善微循环、去除粪性污染物后送至监护室并立即开始复苏，而进一步的治疗在病情稳定后继续。因此笔者认为，在患者有休克时，行术中肠减压术，肠切除术等可使手术时间明显延长，并发症发生率和死亡率会增加。姑息性手术，但对肿瘤已经晚期，广泛浸润，伴远处转移及全身状态差，不能耐受者，只能行姑息性手术以达到延长生命之目的。单纯穿孔修补术并不可取，随着肿瘤的发展，尤其是当合并梗阻时，肠内压增加，发生再穿孔的机率很高。穿孔修补

术 + 近远端结肠捷径手术，是最下策的手术方式，也最好不采用。

参考文献

- [1] 王正康, 徐文怀. 当代大肠癌手术学 [M] . 北京: 中国协和医科大学, 北京医科大学联合出版社, 1994: 200.
- [2] Kriwanel S, Armbruster C, Dittrich K, et al. Perforated Colorectal Cancer [J] . Dis Colon Rectum, 1996, 39: 1409.
- [3] 李雨农. 中华肛肠病学 [M] . 重庆: 科学技术文献出版社重庆分社, 1990: 671.
- [4] 黎沾良. 严重创伤的损伤控制性手术 [J] . 中国实用外科杂志, 2007, 2006, 26 (12) : 909.