

结直肠癌合并急性肠梗阻的治疗策略

张晓芳

魏县人民医院 河北 邯郸 056800

摘要: **目的:** 探讨结直肠癌合并急性肠梗阻的优效治疗方案。**方法:** 回顾2018年1月至2022年12月我院100例患者的资料,分为手术(55例)和保守(45例)两组。**结果:** 手术治疗组总有效率90.91%,高于保守组的71.11%;并发症发生率两组差异不大;2年生存率手术组为78.18%,高于保守组的57.78%。**结论:** 结直肠癌合并急性肠梗阻患者应首选手术治疗,以提高生存率,同时需注意预防并发症。

关键词: 结直肠癌;急性肠梗阻;治疗策略

引言:结直肠癌作为一种严重的消化道恶性肿瘤,其发病率逐年攀升,给患者的生活质量和生命健康带来严重威胁。其中,急性肠梗阻作为结直肠癌的常见并发症,其病情紧急且复杂,给治疗带来极大的挑战。面对这一复杂的病理状态,选择恰当的治疗策略不仅关乎患者的即时生存,更直接关系到患者的预后及生存质量。因此,深入研究和探讨结直肠癌合并急性肠梗阻的有效治疗策略,具有重要的临床意义和实践价值。

1 急性肠梗阻的概述

1.1 急性肠梗阻的病因与分类

1.1.1 急性肠梗阻的病因

急性肠梗阻的病因多种多样,主要包括机械性肠梗阻、动力性肠梗阻、血运性肠梗阻以及假性肠梗阻。其中,机械性肠梗阻是最常见的类型,占有肠梗阻病例的绝大部分。(1)机械性肠梗阻:机械性肠梗阻主要是由于肠腔内、外或肠壁本身的各种器质性病变或其他因素使肠腔变小,肠道内容物通过受阻所致。这些器质性病变可以包括肠道肿瘤、肠粘连、肠套叠、肠扭转、炎症性肠病(克罗恩病、肠结核等)、肠道异物(如粪块、结石、寄生虫等)以及先天性肠道疾病(如先天性肠闭锁、先天性巨结肠等)。(2)动力性肠梗阻:动力性肠梗阻是由于神经抑制或毒素刺激导致肠壁肌肉运动紊乱,致使肠内容物不能正常运行。这类肠梗阻没有器质性肠腔狭小,肠壁本身无器质性病变,可分为麻痹性和痉挛性两种。麻痹性肠梗阻较为常见,多发生在腹腔手术后、腹部创伤或弥漫性腹膜炎病人,常因严重的神经、体液及代谢改变所致。痉挛性肠梗阻则较为少见,偶可见于肠道功能紊乱、慢性铅中毒或肠道血运障碍等情况^[1]。(3)血运性肠梗阻:血运性肠梗阻是由于肠系膜血管内血栓形成或栓塞,引起肠管血运障碍,继而发生肠麻痹而使肠内容物不能运行。多见于肠系膜动脉栓

塞或血栓形成和肠系膜静脉血栓形成,这类肠梗阻较少见,但病情多较危重。(4)假性肠梗阻:假性肠梗阻是由于神经抑制、毒素刺激或肠壁平滑肌本身的病变,导致肠壁肌肉运动、收缩、舒张失常,但没有器质性的肠腔狭窄。这类肠梗阻也属于动力性肠梗阻的一种,但因其临床症状和病理生理改变较为复杂,常被单独列出。

1.1.2 急性肠梗阻的分类

根据梗阻的原因,急性肠梗阻可分为单纯性肠梗阻和绞窄性肠梗阻。单纯性肠梗阻是指肠道内容物通过障碍,但没有肠管血运障碍;而绞窄性肠梗阻则是指伴有肠壁血运障碍的肠梗阻。根据梗阻的部位,又可分为高位小肠梗阻、低位小肠梗阻和结肠梗阻。还可根据病程的长短分为急性肠梗阻和慢性肠梗阻。

1.2 急性肠梗阻对结直肠癌患者的影响

1.2.1 增加治疗难度

结直肠癌合并急性肠梗阻时,由于肠道的梗阻和狭窄,使得手术操作变得困难,增加了手术的风险和并发症的发生率。同时,由于肠道的炎症和水肿,也使得术后肠道功能的恢复变得缓慢。

1.2.2 影响患者预后

急性肠梗阻可能导致结直肠癌患者肠道的缺血和坏死,从而增加了患者的死亡率和并发症的发生率。由于肠道的梗阻和狭窄,使得结直肠癌的手术切除范围受到限制,可能导致手术切除不彻底或复发。

1.2.3 加重患者心理负担

急性肠梗阻的发生常常伴有剧烈的腹痛、呕吐等状况,给患者带来极大的痛苦和心理压力。这种身体上的不适和心理上的负担可能会进一步影响患者的治疗积极性和康复效果。

2 资料与方法

2.1 一般资料

分析2018年1月至2022年12月我院收治的100例结肠癌合并急性肠梗阻患者的临床资料。其中，男性58例，女性42例；年龄45-82岁，平均(65.8±10.2)岁。根据治疗方法的不同分为手术治疗组(55例)和保守治疗组(45例)。两组患者在性别、年龄、肿瘤部位等方面比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2.2 治疗方法

2.2.1 保守治疗组

采用禁食、胃肠减压、抗感染、补液、纠正水电解质紊乱及酸碱平衡失调等治疗措施。同时，给予生长抑素抑制消化液分泌，经肛门置入肠梗阻导管进行减压和灌肠。治疗过程中密切观察患者的病情变化，若症状无缓解或加重，则改行手术治疗^[2]。

2.2.2 手术治疗组

根据患者的具体情况选择不同的手术方式，包括一期肿瘤切除吻合术、Hartmann手术、结肠造瘘术等。手术中严格遵循无瘤原则，彻底清扫淋巴结，术后给予抗感染、营养支持等治疗。

2.3 观察指标

治疗效果：根据患者的症状、体征及影像学检查结果进行评估。显效：腹痛、腹胀等症状消失，肛门恢复排气排便，腹部X线或CT检查显示肠梗阻解除；有效：症状明显减轻，腹部X线或CT检查显示肠梗阻明显改善；无效：症状无改善或加重，需改行手术治疗或患者死亡。治疗总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

并发症发生率：包括切口感染、吻合口瘘、肺部感染、腹腔感染等。

生存率：对患者进行为期2年的随访，记录患者的生存情况。

2.4 统计学方法

采用SPSS22.0统计学软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用t检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者治疗效果比较

治疗效果	手术治疗组 (n=55)	保守治疗组 (n=45)	χ^2 值	P值
显效	35 (63.64)	15 (33.33)	8.795	0.003
有效	15 (27.27)	17 (37.78)	1.137	0.286
无效	5 (9.09)	13 (28.89)	6.755	0.009
总有效率	50 (90.91)	32 (71.11)	7.024	0.008

手术治疗组的治疗总有效率为90.91%，显著高于保

守治疗组的71.11%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.2 两组患者并发症发生率比较

并发症	手术治疗组 (n=55)	保守治疗组 (n=45)	χ^2 值	P值
切口感染	5 (9.09)	2 (4.44)	1.158	0.282
吻合口瘘	3 (5.45)	1 (2.22)	0.674	0.412
肺部感染	2 (3.64)	1 (2.22)	0.115	0.734
腹腔感染	2 (3.64)	1 (2.22)	0.115	0.734
总发生率	12 (21.82)	7 (15.56)	0.632	0.427

手术治疗组的并发症发生率为21.82%，略高于保守治疗组的15.56%，但差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.3 两组患者生存率比较

随访时间	手术治疗组 (n=55)	保守治疗组 (n=45)	χ^2 值	P值
1年	48 (87.27)	35 (77.78)	2.287	0.130
2年	43 (78.18)	26 (57.78)	5.511	0.019

随访2年，手术治疗组的生存率为78.18%，显著高于保守治疗组的57.78%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

结肠癌合并急性肠梗阻是一种严重的急腹症，需要及时有效的治疗。保守治疗适用于病情较轻、梗阻不完全的患者，可通过胃肠减压、灌肠等措施缓解症状。但对于梗阻严重、保守治疗无效或肿瘤可切除的患者，手术治疗是首选的治疗方法。手术治疗的方式应根据患者的具体情况选择，一期肿瘤切除吻合术适用于全身情况良好、肠管血运良好、无严重并发症的患者；Hartmann手术适用于全身情况较差、肿瘤无法根治切除或肠管条件不佳的患者；结肠造瘘术适用于病情危急、无法耐受复杂手术的患者^[3]。手术治疗虽然效果较好，但也存在一定的并发症风险，如切口感染、吻合口瘘等。因此，在手术过程中应严格遵循操作规范，加强围手术期管理，预防并发症的发生。

5 并发症管理

5.1 术后并发症预防及处理方法

在结肠癌合并急性肠梗阻的治疗中，术后的并发症预防至关重要。第一，术前的评估是预防并发症的第一步。医生需要详细了解患者的病史、身体状况以及实验室和影像学检查的结果。这有助于医生评估手术的风险和难度，制定合适的手术方案。医生还需要关注患者的心理状态，给予必要的心理支持，以减轻患者的焦虑和恐惧。在手术过程中，医生应严格遵循无菌操作原则，减少感染的风险。手术操作要精细、轻柔，避免过度牵拉和挤压组织，以减少术后水肿和出血的风险。如果手术过程中发现患者存在其他潜在的问题，如营养不

良、贫血等，医生需要及时给予纠正和处理。术后，医生需要密切关注患者的生命体征和病情变化。对于可能出现并发症的患者，如高龄、营养状况差、合并有其他慢性疾病等，医生需要给予特别的关注和监护。医生需要指导患者进行正确的饮食和康复锻炼，以促进肠功能的恢复和减少并发症的发生。一旦出现并发症，医生需要及时采取相应的处理措施。例如，对于术后感染的患者，需要给予抗生素治疗和伤口处理；对于肠梗阻的患者，需要给予禁食、胃肠减压和肠外营养支持等治疗。在处理并发症时，医生需要综合考虑患者的整体状况和治疗方案的可行性，以达到最佳的治疗效果。

5.2 肠梗阻复发预防

为了减少肠梗阻的复发风险，需要采取一系列预防措施。（1）医生需要定期对患者进行随访和检查。这有助于及时发现肠道狭窄、粘连等可能导致肠梗阻的因素，并采取相应的治疗措施。同时，医生还需要关注患者的饮食习惯和生活方式，指导患者避免过度摄入高脂肪、高蛋白食物和刺激性食物等，以减少肠道负担和刺激。（2）对于存在肠梗阻高风险的患者，如多次手术史、肠道粘连史等，医生需要给予特别的关注和监护。这些患者需要定期接受肠道检查和评估，并在医生的指导下进行饮食和康复锻炼^[4]。（3）对于结直肠癌患者来说，积极的治疗原发疾病也是预防肠梗阻复发的重要措施。通过手术、化疗、放疗等综合治疗手段，有效控制肿瘤的生长和扩散，可以减少肠道狭窄和梗阻的发生。（4）患者在日常生活中也需要注意保持良好的生活习惯

和心态。避免过度劳累和熬夜等不良生活习惯，保持良好的心态和乐观的情绪，有助于减少肠梗阻的复发风险。

结束语

综上所述，结直肠癌合并急性肠梗阻是一种严重的并发症，需要采取及时有效的治疗措施。手术治疗作为首选方案，其治疗效果显著，能有效提高患者的生存率。术后并发症的预防和管理同样重要，需要医生和患者共同努力。另外，预防肠梗阻的复发需要采取综合性的预防措施，包括定期随访、健康饮食和生活习惯的养成等。通过这些努力，可以更好地控制病情，提高患者的生活质量，为患者带来更长久的生存希望。

参考文献

- [1]程逸风,张维康.结直肠癌合并急性肠梗阻的治疗策略[J].临床外科杂志,2024,32(5):457-460.DOI:10.3969/j.issn.1005-6483.2024.05.003.
- [2]江华,孙明伟,蔡斌.结直肠癌癌性肠梗阻的损伤控制性手术治疗策略[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2024,11(2):145-148.DOI:10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2024.02.001.
- [3]马伟,蔡斌,王璐,等.疾病诊断相关分组与人工智能背景下急诊患者的营养诊断[J].西南医科大学学报.2023,46(6).DOI:10.3969/j.issn.2096-3351.2023.06.003.
- [4]国抗癌协会肿瘤营养专业委员会,中华医学会肠外肠内营养学分会.结直肠癌患者的营养治疗专家共识[J].肿瘤代谢与营养电子杂志.2022,9(6).DOI:10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2022.06.009.