

高龄结直肠癌 70 例临床分析

苏中华 周 任

(广西医科大学第六附属医院、广西玉林市第一人民医院,玉林市 537000)

【关键词】 直肠癌;老年人

【中图分类号】 R 735.3 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2007)12-1947-02

结直肠癌是常见的消化道肿瘤,随着我国人口老龄化,高龄结直肠癌病人日益增多。我院 2002 年 1 月至 2006 年 12 月共收治 70 岁以上经病理证实的高龄结直肠癌 70 例,占同期收治病人的 17.1% (70/410),现分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 70 例中,男 41 例,女 29 例。年龄 70~93 岁,>80 岁 13 例,平均 76.5 岁。

1.2 临床表现 血便或黏液血便 32 例,腹胀痛 36 例,大便习惯改变 30 例,里急后重 25 例,体重下降 24 例,血红蛋白下降 26 例,白蛋白低于 35 g/L 35 例,肠梗阻 25 例。

1.3 合并症 共 58 例占 82.9%,其中有 23 例合并≥2 种以上疾病,其中心脏病变 12 例(冠心病 11 例,肺心病 1 例)占 15.6%,泌尿系统疾病 16 例(肾囊肿、结石各 10 例,前列腺肥大 5 例,肾功能不全 1 例)占 22.9%,呼吸系统疾病 19 例(慢支、肺部感染各 15 例,陈旧性肺结核、上感各 2 例)占 27.1%,消化系统疾病 38 例(肠息肉 18 例,胆结石、胆囊炎各 6 例,小肠憩室 2 例,十二指肠溃疡、胃炎各 5 例,肝囊肿、脂肪肝、肝硬化各 4 例,阑尾炎、痔疮、菌痢各 2 例)占 54.3%,高血压病 5 例占 7.1%,其它系统疾病 9 例,占 12.9%。

1.4 确诊时间 <1 个月 18 例,1~3 个月 22 例,3~6 个月 7 例,6~9 个月 7 例,>9 个月 12 例,最长 3 年。肿瘤部位:直肠 29 例,乙状结肠 14 例,降结肠 2 例,横结肠 5 例,升结肠 12 例,结肠肝曲 6 例,结肠脾曲 2 例。病变按 Dukes 分期:A 期 1 例,B 期 8 例,C 期 35 例,D 期 26 例。术后病理:管状腺癌 39 例(55.7%),黏液腺癌 9 例(12.9%),管状+乳头状腺癌 8 例(11.6%),乳头状腺癌 6 例(8.6%),低分化腺癌 4 例(5.7%),管状+绒毛状腺癌 4 例(5.7%)。

1.5 误诊 误诊 17 例,其中肠炎 9 例,消化道溃疡出血 1 例,腹膜炎 1 例,痔疮 1 例,贫血 1 例,阻塞性黄疸 1 例,腰臀部脓肿 1 例(结肠癌破裂浸润),阑尾炎+脓肿 2 例,误诊率为 27.2% (17/70)。

1.6 手术 结肠癌根治术 10 例,造瘘术 13 例,切除术 23 例,姑息切除 4 例,全系膜切除(直肠)3 例,Dixon 术 6 例,Miles 术 6 例,Hartmann 2 例,单纯病理活检 1 例,腹腔镜下切除术 1 例,术中伴次全子宫切除 1 例,肝肿瘤切除 2 例,肝脏活检 3 例,阴道后壁切除 1 例。未手术 4 例。术中合并化疗 7 例。

1.7 住院期间死亡及并发症 死亡 10 例,其中多器官功能衰竭 3 例,心肌梗死、心源性休克 2 例,肿瘤穿孔、腹膜炎、感染性休克 3 例,消化道出血至失血性休克 1 例,肾功能衰竭 1 例。手术后并发吻合口瘘 4 例,切口感染 1 例。除肿瘤穿孔 3 例外,共 12 例为手术并发症,发生率为 17.1%。

2 讨论

高龄结直肠癌的特点:病程长,中晚期病例居多,肠梗阻多。从症状出现到就诊时间为 2 d 至 3 年,平均 15 个月。本组 C、D 期病人共 61 例占 87.1%,肠梗阻 25 例占 35.6%,与何建苗等^[1]报告的 27.2%~38.1% 相似。本组初诊误诊率为 27.2%,低于何建苗等^[1]报告的 54.89%,但仍属较高范畴。老年人功能退化,感觉迟钝,且合并有痔疮、肛裂、肠息肉等,因此有些老年人对排便习惯的改变,血便或黏液血便,腹部胀痛等肠癌的表现不予重视,耽误了就诊时间。高龄结直肠癌虽然为恶性肿瘤,但以管状腺癌为主要类型,其恶性程度较低。手术切除率较高,预后较好。本组手术治疗 66 例,手术切除 92%,所以对此类病人应争取早诊断,早期治疗,以提高手术的切除率和延长患者的生存期。在加强宣传、定期体检的同时,肛门指检是必不可少的,另外,B 超、CT、纤维结肠镜对鉴别诊断、分期以及是否远处转移有着重要的意义。

本组 70 例并存其它疾病者 82.9%,死亡病例中存在心血管疾病的有 5 例(心肌梗死 2 例,多器官衰竭 3 例),对病人威胁最大,因此术前认真做好有关检查,与有关科室联系做术前准备,术中、术后的监测及治疗,使并发症得到有效的控制,降低手术的风险性。本组病人大部分存在不同程度的营养不良,其主要的标志为白蛋白低于 35 g/L,本组有 35 例低于该数值。营养不良影响手术的恢复,增加手术的风险。术前肠内和(或)肠外营养支持可以纠正病人的营养不良,降低消化道患者术后的并发症和死亡率。

老年人存在不同程度的机能减退,术前并存病较多,内环境稳定性差,术后的恢复、代偿能力差,易出现多器官功能衰竭或心衰,对感染的抵抗力也很低。因此术后严密监护并注意生命体征的变化,有感染的要应用强有力的抗菌素。

高龄结直肠癌的治疗目的为延长寿命,预防或解除梗阻,提高生存质量。目前对大肠癌最好进行综合治疗,各种治疗方法中,以手术疗效最佳。除肿瘤广泛转移失去手术意义或并发严重疾病不能耐受手术外,均应手术治疗。单纯高龄不是手术危险因素,与手术死亡率无关。肿瘤病期和并存病是高龄病人手术死亡的主要原因。所以除了在术前合理处理并存病外,术式选择也较重要。对可切除结直肠癌应积极切除病灶,预防或解除梗阻,延长寿命,而不在于根治。不能切除者采用近端造口或捷径手术,对位于腹膜返折处以上的直肠癌用前切除,有条件者可用吻合器、腹腔镜以缩短手术时间,

减少创伤。对位于腹膜返折处以下者采用 Hartmann 手术比创伤、耗时长久的 Milles 术更为优越^[2]。然而,根治性切除并非绝对禁忌证。术式选择应采用个体化方案,对一般情况好、无严重并存病、估计可以耐受手术者,仍可实行根治性手术,但一般不主张附加手术;有肝转移者因预后很差,只要条件允许的可联合肝切除,不能切除的肝转移灶可局部注射无水酒精,化疗泵肝动脉栓塞化疗^[3]。

化疗可降低复发率,延长生存期。尽管高龄病人骨髓造血功能比青年人差,但不是化疗的禁忌证。如果高龄肠癌病人一般情况好,并存病少、轻,只要定期监测血常规,一般能顺利化疗。本组有 7 例术中应用化疗,术后 4 例应用 1~6 个周期辅助化疗,未出现骨髓功能明显抑制现象。目前公认的意见是:以 5-氟尿嘧啶为主的全身辅助化疗对 Dukes C 期病人的作用是肯定的,而 Dukes B 期病人术后辅助化疗的价值仍有争论,过去一直认为化疗对大肠癌效果很差,随着新一代抗肿瘤药物的出现,大肠化疗疗效有了明显提高^[4]。

从以上看,高龄大肠癌患者病程较长,并存病较多,有不

同程度的营养不良,术后并发症较难处理,这些特点要求在诊断和治疗中,应仔细了解病史,认真体检,做些必要的辅助检查。术前改善患者心肺肾等重要器官功能,改善营养状况。手术遵循创伤少、时间短的原则,应用吻合器、腹腔镜等。术后严密监视并注意生命体征的变化,及时对症处理。本组经验认为高龄大肠癌病人积极行手术治疗是可行的,能提高生存期,改善生活。

参 考 文 献

- [1] 何建苗,蒲永东,曹志宇,等.老年结肠癌 186 例的外科治疗[J].中华胃肠外科杂志,2003,6(5):310.
- [2] Shoji BT, Becker JM. Colorectal disease in the elderly patient[J]. Surg Clin North Am,1994,74(2):294-299.
- [3] 邵永孚.大肠癌肝转移的外科治疗与预防[J].中国实用外科杂志,1999,19(10):584.
- [4] 张天泽,徐光炜.肿瘤学[M].第 2 版.天津:天津科学技术出版社,2003:1 708.

(收稿日期:2007-08-20 修回日期:2007-09-17)

输尿管镜联合钬激光治疗 263 例肾绞痛的体会

沈明顺 吴剑平 刘 军 苏江浩

(南京医科大学附属南京第一医院泌尿外科,南京市 210006)

【关键词】 肾绞痛;输尿管镜;钬激光

【中图分类号】 R 692.4 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2007)12-1948-02

2000 年 12 月至 2006 年 12 月,我科应用输尿管镜联合钬激光技术治疗肾绞痛 263 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 263 例肾绞痛患者中,男 195 例,女 68 例。年龄 20~61 岁,平均 37.2 岁。术前急诊行血常规、肾功能、KUB、B 超检查,发现输尿管阳性结石 201 例,输尿管阴性结石 39 例,输尿管肿瘤 23 例。其中双侧输尿管结石 32 例,肾结石经 ESWL 后形成石街 17 例。结石部位输尿管黏膜炎性肉芽组织包裹 48 例。结石大小 0.2 cm × 0.6 cm ~ 1.3 cm × 1.8 cm,肾绞痛发作超过 3 次 31 例,伴肾积水 194 例。

1.2 手术方法 全组病例均选择脊髓麻醉,截石位手术。应用 F10 Wolf 硬性输尿管镜(URS)直视下经尿道插入膀胱,向患侧输尿管插入血管造影导丝作为引导,用手控间断水压扩张法冲开膀胱壁段,沿导丝将 F10 Wolf 硬性输尿管镜推进输尿管腔。较小结石直接用异物钳夹取;较大结石用 Versa Pulse Select 钬激光机,光导纤维自操作腔插至结石处,能量为 0.5~0.8 J/5 Hz,将结石粉碎至 0.2 cm 以下。结石部位输尿管黏膜炎性肉芽组织,将钬激光能量调高为 1.0~1.5 J/10 Hz,光导纤维烧灼肉芽组织至管腔通畅。输尿管肿瘤用活钳钳取活检,同时将钬激光能量调高为 1.5~1.8 J/Hz,烧灼肿瘤组织。

以上操作结束后均常规放置带尾丝双 J 管引流,时间 3~30 d,保留导尿,3 d 左右拔除。

1.3 结果 本组特定肾绞痛的病人除 7 例因患侧输尿管开口过份狭窄,F10 Wolf 硬性输尿管镜无法进入输尿管腔内,放弃手术外,余均肾绞痛消失,无输尿管穿孔发生。

2 讨论

2.1 麻醉方法的选择 常用麻醉方法包括连续硬脊膜外麻醉、腰麻。

2.2 进镜方法 常规的方法是用输尿管导管引导插入输尿管腔后,借助液压灌注泵灌注法扩开输尿管壁段后进镜,其缺点是常因压力过大,将结石冲入肾盂。输尿管导管过硬,引起输尿管穿孔。我们采用血管造影导丝作为引导管,用手控间断水压扩张法冲开膀胱壁段,避免输尿管穿孔和结石上移^[1]。

2.3 结石的处理 对较小结石(小于 0.3 cm),直接用异物钳夹取;较大结石应用 Versa Pulse Select 钬激光机,光导纤维自操作腔插至结石处,能量为 0.5~0.8 J/5 Hz,将结石粉碎至 0.2 cm 以下^[2]。碎石过程中发现结石移动度过大,应及时将光纤超过结石,后退至结石上端抵住结石碎石。

2.4 其它输尿管疾病的处理 对结石部位输尿管黏膜炎性肉芽组织,将钬激光能量调高为 1.0~1.5 J/10 Hz,光导纤维