

Rev,2011, 10(6): 311-316.

7 Green D, Lechner K. A survey of 215 non-hemophilic patients with inhibitors to Factor VIII[J]. Thromb Haemost,1981, 45(3): 200-203.

8 Sallah S, Wan JY. Inhibitors against factor VIII associated with the use of interferon-alpha and fludarabine[J]. Thromb Haemost,2001, 86(4): 1119-1121.

9 田萌苏, 田 鹏, 徐方运, 等. 获得性血友病的实验室检测及临床分析[J]. 现代检验医学杂志, 2005, 20(4): 4-6.

10 董雷鸣, 王学锋. 获得性血友病 A 的诊断[J]. 中国输血杂志, 2009,22(7): 600-602.

11 Baudo F, Collins P, Huth-kuhne A, et al. Management of bleeding in acquired hemophilia A: results from the European Acquired Haemophilia(EACH2) Registry[J]. Blood,2012, 120(1): 39-46.

12 Gomperts E. Recombinant B domain deleted porcine factor VIII for the treatment of bleeding episodes in adults with acquired hemophilia A[J]. Expert Rev Hematol,2015, 8(4): 427-432.

13 Abshire T, Kenet G. Safety update on the use of recombinant factor VIIa and the treatment of congenital and acquired deficiency of factor VIII or IX with inhibitors[J]. Haemophilia,2008, 14(5):898-902.

14 Schneiderman J, Rubin E, Nugent DJ, et al. Sequential therapy with activated prothrombin complex concentrates and recombinant FVIIa in patients with severe haemophilia and inhibitors: update of our previous experience[J]. Haemophilia,2007, 13(3): 244-248.

15 Cohen AJ, Kessler CM. Acquired inhibitors[J]. Baillieres Clin Haematol,1996, 9(2): 331-354.

16 Franchini M. Postpartum acquired factor VIII inhibitors[J]. AMJ hematology,2006, 81(10): 768-773.

17 Collins P, Baudo F, Knoebl P, et al. Immunosuppression for acquired hemophilia a: results from the european acquired haemophilia registry(EACH2)[J]. Blood,2012, 120(1): 47-55.

18 Lian EC, Larcada AF, Chiu AY. Combination immunosuppressive therapy after factor VIII infusion for acquired factor VIII inhibitor[J]. Annals Inter Med,1989, 110(10): 774-778.

19 Lian EC, Villar MJ, Noy LI, et al. Acquired factor VIII inhibitor treated with cyclophosphamide, vincristine, and prednisone [J]. AMJ Hematol,2002, 69(4): 294-295.

20 Zeitler H, Ulrich-merzenich G, Panek D, et al. Extracorporeal Treatment for the acute und long-term outcome of patients with life-threatening acquired hemophilia [J]. Transfusion Med Hemotherapy, 2012, 39(4): 264-270.

[收稿日期 2016-09-09][本文编辑 韦 颖]

学术交流

结肠癌并肠梗阻限期手术与急诊手术的疗效比较

杨铁卫, 陈机琼, 李文强

作者单位: 523633 广东, 东莞市樟木头人民医院普外科
作者简介: 杨铁卫(1959-), 男, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 普通外科疾病的诊治。E-mail: wuweihong0430@126. com

【摘要】 目的 比较结肠癌并肠梗阻限期手术与急诊手术的疗效。方法 选择该院 2005-01~2014-12 收治的 87 例结肠癌肠梗阻患者, 按手术时机的选择分为限期手术组 46 例和急诊手术组 41 例, 观察比较两组的相关指标。结果 限期手术组的癌肿切除率为 97. 83%, 一期肠吻合率为 93. 70%, 术后并发症发生率为 8. 70%, 无手术死亡病例。急诊手术组的上述指标分别为 75. 61%、56. 10%、43. 90%、9. 76%。两组前三项指标比较差异均有统计学意义($P<0. 01$), 术后病死率差异无统计学意义($P>0. 05$)。结论 限期手术组疗效总体优于急诊手术组, 因此临床上在病情许可的情况下, 尽可能争取限期手术, 同时应准确掌握急诊手术指征, 以免耽误抢救时机。

【关键词】 结肠癌; 肠梗阻; 手术时机

【中图分类号】 R 735. 3+5 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2017)07-0662-04
doi:10. 3969/j. issn. 1674-3806. 2017. 07. 20

Comparison of the curative effects between limited operation and emergency operation for colon cancer complicated with intestinal obstruction YANG Tie-wei, CHEN Ji-qiong, LI Wen-qiang. Department of General Surgery, Zhangmutou People's Hospital of Dongguan City, Guangdong 523633, China

【Abstract】 Objective To compare the curative effects between limited operation and emergency operation for colon cancer with intestinal obstruction. Methods The clinical data of 87 patients with colon cancer complicated

with intestinal obstruction in our hospital from January 2005 to December 2014 were analyzed retrospectively. The tumor resection rate, one-stage anastomosis rate, complication rate and mortality rate were compared between the patients performed limited operation (the limited operation group, $n = 46$) and the patients performed emergency operation (the emergency operation group, $n = 41$). **Results** In the limited operation group, the tumor resection rate was 97.83%, the one-stage anastomosis rate was 93.48%, the complication rate was 8.70%, and there were no deaths due to operation. In the emergency operation group, the aforementioned rates were 75.61%, 56.10%, 43.90% and 9.76% respectively. The above indicators were compared between the two groups. There were significant differences in the top three indicators between the two groups ($P < 0.01$). There was no significant difference in the postoperative mortality rate between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The curative effect of the limited operation group is better than that of the emergency operation group. As long as the patients' conditions are permitted, the limited operation is recommended to perform on the patients with colon cancer complicated with intestinal obstruction.

[**Key words**] Colon cancer; Intestinal obstruction; Operation timing

结肠癌是消化道常见恶性肿瘤,全结肠段均可发生,尤以乙状结肠、盲肠部为好发部位。由于生活方式的改变及社会人口老龄化的加剧,结肠癌发病率呈上升趋势,成为我国常见恶性肿瘤中发病率最具上升趋势的疾病之一^[1]。由于结肠癌多好发于中老年人,以 41~65 岁年龄段多发,并且多数病情呈慢性进展,往往不易引起注意,早期诊断率不高,一旦症状明显,确诊时多数患者已属中晚期^[2]。相当部分病例并有不同程度的低位性肠梗阻,部分病例呈亚急性或急性梗阻表现。就诊时正确的治疗方式及手术时机的选择对治疗效果有明显影响^[3]。本研究对我院 2005-01~2014-12 住院手术治疗的 87 例结肠癌并肠梗阻患者的疗效进行观察比较,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2005-01~2014-12 收治的结肠癌并肠梗阻患者 87 例,其中男 53 例,女 34 例。年龄 38~79 (59.45 ± 6.42) 岁。按手术时机的选择分为限期手术组 46 例和急诊手术组 41 例。所有患者均有不同程度的腹痛、腹胀;呕吐 45 例,恶心 52 例,肛门停止排气排便 78 例,既往绝大多数均有大便习惯及性状的改变。部分有黏液血便。呈急性或亚急性梗阻者绝大多数停止排便排气。慢性梗阻者可有少量黏液便。腹部可触及肿块 49 例,肿块均偏硬,以右下腹及左下腹肿块居多。术前 B 超, X 光, CT 等均有肿块征象或肠梗阻征象。术前完成纤维结肠镜者 38 例。肿瘤发生于盲肠 23 例,升结肠 11 例,横结肠 9 例,降结肠 15 例,乙状结肠 29 例。本组所有病例均经病理学诊断,腺癌 62 例占 71.26%。其余为黏液腺癌、未分化癌及其他少数癌。临床分期 Dukes A 期 6 例, B 期 32 例, C 期 44 例, D 期 5 例。两组性别、年龄、临床分期、肿瘤直径大小一般资料

比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。而术后经病理学确定的分期及肿瘤大小来看,符合疾病治疗规律,即中晚期较大的肿瘤(肿瘤直径 > 5 cm)一般均需进行急诊手术,但并非绝对化,有些情况也有限期手术的,本组有 19 例肿瘤较大者采用了限期手术。

表 1 两组一般资料比较 [n, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	性别		年龄 (岁)	临床分期 Dukes				肿瘤直径 (cm)	
		男	女		A 期	B 期	C 期	D 期	≤5	>5
限期手术组	46	28	18	58.91 ± 6.04	4	24	16	2	27	19
急诊手术组	41	25	16	60.05 ± 6.79	2	8	28	3	13	28
χ^2/t	-	0.000	-	0.947	11.891				6.357	
P	-	0.992	-	0.347	0.008				0.012	

1.2 治疗方法 本组所有患者均在入院时给予胃肠减压、禁食、抗炎、纠正水电解质及酸碱失衡等。对于有明显营养不良或低蛋白症、贫血严重者予纠正,同时对于慢性梗阻或亚急性梗阻者予控制或调整好伴发病症,其中 46 例经积极治疗后,腹痛、腹胀及腹部体征、全身情况好转者,部分病例系慢性梗阻不急于手术,住院经 1 周左右的治疗,情况稳定后手术,归为限期手术组。另外 41 例入院时情况较急重,经短时间 (8~48 h) 综合治疗,肠梗阻未见缓解,行急诊手术。在 48 h 以内手术的归为急诊手术组。限期手术组术前进进一步做好梗阻定位诊断,包括腹部 B 超、CT、钡剂灌肠,纤维肠镜等。本研究主要的手术方式有肿瘤根治性切除一期肠吻合术。肿瘤切除肠造口二期肠吻合,肿瘤未能切除肠吻合或造口术等方式。具体视术中情况决定。

1.3 观察指标 比较两组癌肿切除率、一期肠吻合率、术后并发症发生率 (并发症主要包括肺部感染、腹部和伤口感染、吻合口瘘发生) 及术后近期病死率。

1.4 统计学方法 应用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间

比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

限期手术组 46 例中 45 例得到癌肿切除占 97.83%,一期肠吻合 43 例,占 93.48%,术后出现并发症 4 例占 8.70%,无死亡病例。急诊手术组 41 例,癌肿切除 31 例,占 75.61%,一期肠吻合 23 例,占 56.10%,术后出现并发症 18 例,占 43.90%,死亡 4 例,其中 2 例死于腹腔感染及脏器衰竭,1 例死于癌肿进展,1 例死于肺部感染呼吸衰竭。急诊手术组病死率为 9.76%。两组在癌肿切除率、一期肠吻合率及术后并发症发生率等方面比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$),术后病死率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组相关指标比较 [$n(\%)$]

组 别	例数	癌肿切除	一期肠吻合	并发症	死亡
限期手术组	46	45(97.83)	43(93.48)	4(8.70)	0(0.00)
急诊手术组	41	31(75.61)	23(56.10)	18(43.90)	4(9.76)
χ^2	-	9.687	16.542	14.223	2.743
P	-	0.002	0.000	0.000	0.098

3 讨论

3.1 比较结肠癌肠梗阻限期手术组与急诊手术组的结果得出,在癌肿切除率、一期肠吻合率、术后并发症发生率等方面,限期手术组均优于急诊手术组。此与朱峰^[3]的研究结果基本相同。本研究限期手术组 46 例,无死亡病例。急诊手术组 41 例,术后死亡 4 例,除 1 例晚期癌肿,术中见腹腔内已广泛转移扩散无法切除,术后死于癌肿进展之外,其余 3 例均为并发感染致多脏器功能衰竭而死亡。机体的抗病力及对手术创伤的耐受力与术前身体状态有关。由于急诊手术组未能来得及对身体的内环境包括水电解质、酸碱平衡及营养等方面调整改善,患者的抗病力及手术的承受力均未能得到恢复与改善,术后并发症较多,这也许是本组病死率较高的主要原因。

3.2 而在限期手术组,由于有相对宽余的时间做好术前各项准备,包括改善患者的营养状态,纠正水电解质、酸碱平衡,改善贫血及低蛋白症等,使得患者的身体机能及抗病力、手术耐受性均得到有效的恢复和改善;同时,由于术前肠梗阻得以部分或基本缓解,梗阻肠段已通,肠管内压力降低,使得梗阻时扩张、变薄、充血水肿的肠壁均得到恢复或基本恢复;而且,术前肠道得以较为规范的清洁准备,抗菌药物的应用,使得肠道内细菌毒力大为降低。所有这些

都为患者耐受较大的手术创伤,为手术切除癌肿一期吻合创造了条件,也为术后减少或避免吻合口瘘发生及各种感染提供了基本保障。当然,术中吻合技术至关重要。我们的体会是结肠癌肿切除一期肠吻合时,术中一定要彻底灌洗肠道,癌肿切除后,癌肿近段肠管顺行灌洗,于盲肠壁或经阑尾中段腔内插入一 18~22 号胶管固定,手法将小肠及结肠近段内肠内容物尽可能排净,用数千毫升温生理盐水或林格液经胶管冲洗结肠。癌肿远侧肠段可经肛门插管逆行冲洗,如远段无内容物可不冲。张春礼等^[4]在一组 103 例急诊左半结肠癌梗阻手术治疗观察的报道中持类似观点。吻合时保证吻合口无张力和血运充足,精细操作。总体原则是“上要空中要松下要通”,即吻合口以上肠道要空,吻合口大小适当无张力,吻合口以下肠道要通畅。癌肿切除一期肠吻合使得肠道生理通道得到修复,无疑对患者术后的恢复及后续的综合治疗,提高远期存活率提供了条件和机会。有学者认为一期根治性切除有时会承担一定风险,但由于分期手术会增加癌细胞扩散的机率,延误根治机会,而且姑息性手术往往预后较差,3 年累积生存率几乎是零,因此主张尽可能完成一期根治切除^[5]。

3.3 诊断方面,临床上部分结肠癌肠梗阻是以急腹症或亚急性形式,有部分以慢性不全性梗阻来诊,有急有缓,术前正确诊断很重要。结肠癌肠梗阻临床特征值得注意,发生梗阻前多数有大便习惯及性状的改变,黏液血便史,腹痛有时不太严重或不十分明显,癌性肠梗阻开始多为不全性,时堵时通,而且老年人多数反应迟钝或者体质较弱,腹痛不一定严重;低位性肠梗阻呕吐比较少或较轻甚至没有;腹胀有时以上腹或两侧腹为主,有 10%~20% 患者回盲瓣功能不全也可出现全腹胀^[6],易误诊为小肠梗阻;结肠癌 X 线见结肠胀气,盲肠胀气明显,梗阻以上肠管扩张以下气影突然中断等特征。临床上遇到老年性肠梗阻多数要注意到结肠癌梗阻。有研究^[7]认为老年性肠梗阻 80% 以上是癌性梗阻。因此详细的病史及检查对术前诊断有帮助。

3.4 尽管限期手术组总体效果优于急诊手术组,但在临床实际工作中对于结肠癌肠梗阻患者选择限期手术或急诊手术,应该视具体情况而定。我们认为在病情能够控制,病情允许的情况下尽可能争取限期手术。如前所述,限期手术能够做到更充分的术前准备,达到更好的治疗效果。一方面也要避免和防止只要一诊断是肠梗阻,就盲目地行急诊手术,特

别是对一些病情处于临界状态的,似急非急的情况,一定要先积极治疗,严密观察,争取病情缓解转为限期手术。另一方面,也不可为了一味强调限期手术而延误一些急重本该进行急诊手术的病例,耽误最佳抢救手术时机。因结肠梗阻是闭祥性梗阻,发展到一定程度容易导致肠管高度扩张使本来就较薄的肠壁易发生穿孔破裂,而一旦发生穿孔再手术,其术后并发症发生率及病死率将会增加,有报道病死率可达 10%~56%^[8]。因此,要求十分准确地把握好手术时机,选择时机非常重要,这直接影响结肠癌治疗效果甚至长期效果^[5]。我们体会到结肠癌肠梗阻患者在保守观察治疗 24~48 h 内,如果出现如下情况应考虑急诊手术指征:(1)肠梗阻表现症状体征进一步加剧,明显,腹痛腹胀加剧,或阵发性转为持续性。(2)观察治疗中出现弥散性腹膜炎征,伴有体温改变,白细胞升高明显。(3)出现休克征象或全身情况、生命体征出现变化,血压下降或不稳定。如出现上述情况之一,均应全面分析病情,该

紧急手术时应果断手术。

参考文献

1 何 锋,何 葵. 结肠癌治疗方法概述[J]. 中医药导报,2015,21(16): 103-106.

2 中国结直肠癌诊疗规范(2015 版)[J]. 中华消化外科杂志, 2015, 14(10):783-799.

3 朱 峰. 结肠癌并肠梗阻急诊与择期手术治疗效果比较[J]. 中国医药指南, 2010, 8(36):194-195.

4 张春礼,王红山,李 影,等. 老年人左半结肠癌致急性肠梗阻的急诊手术治疗探讨[J]. 中国临床新医学,2013,6(11):1056-1058.

5 张锡忠,刘法英,张夕成. 影响左半结肠癌并发急性肠梗阻外科治疗预后因素分析[J]. 中国现代医生, 2016,54(4):35-36.

6 钟景春. 老年人结肠癌并肠梗阻 38 例手术治疗体会[J]. 广东医学,2001,22(7):624-625.

7 毛大本,章丽丽. 老年大肠癌并发急性肠梗阻的诊断及治疗[J]. 中国癌症杂志,2005,15(2):196-197.

8 唐国华. 结肠癌并急性肠梗阻 49 例诊治体会[J]. 中国临床新医学,2010,3(10):986-988.

[收稿日期 2017-01-22][本文编辑 韦所苏]

学术交流

复方米非司酮和米非司酮终止早期妊娠的临床效果比较

朱燕莉

作者单位: 547000 广西,河池市人民医院妇产科
作者简介: 朱燕莉(1979-),女,研究生学历,学士学位,主治医师,研究方向:产科相关疾病的诊治。E-mail:18907881119@189.cn

【摘要】 目的 比较复方米非司酮和米非司酮终止早期妊娠的效果。方法 将 该院 2013-01~2013-12 自愿要求终止妊娠的停经≤49 d 的早期妊娠妇女 120 例,根据接诊的先后顺序分为两组。观察组 60 例,服复方米非司酮 1 片(每片含米非司酮 30 mg,双炔失碳酯 5 mg),连服 2 d,第 3 天口服米索前列醇 0.6 mg。对照组 60 例,服米非司酮 25 mg,早晚各 1 次,第 3 天服米非司酮 50 mg 后,口服米索前列醇 0.6 mg。观察两组引产结果。结果 观察组完全流产 56 例,不全流产 3 例,失败 1 例。对照组完全流产 48 例,不全流产 8 例,失败 4 例。观察组引产效果优于对照组($P<0.05$),观察组孕囊排出时间、流产后阴道出血时间较对照组短,差异均具有统计学意义($P<0.01$)。结论 复方米非司酮联合米索前列醇引产效果优于米非司酮联合米索前列醇。

【关键词】 复方米非司酮; 米非司酮; 药物流产; 米索前列醇; 双炔失碳酯
【中图分类号】 R 719.31 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2017)07-0665-04
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.07.21

Comparison of the clinical effect between compound mifepristone and mifepristone on the termination of early pregnancy ZHU Yan-li. Department of Gynecology and Obstetrics, the People's Hospital of Hechi City, Guangxi 547000, China