

# 乙肝肝硬化患者结肠癌致小肠梗阻1例

付志峰, 陈晶\*

哈尔滨医科大学附属第二医院消化内科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2021年11月22日; 录用日期: 2021年12月13日; 发布日期: 2021年12月20日

## 摘要

本文报道了乙肝肝硬化患者结肠癌导致小肠梗阻1例。本例患者以急性小肠梗阻发病, 梗阻部位与原发病灶部位不一致, 且发病前无结直肠癌的相关临床症状, 增加了诊断难度。患者术前Child-Pugh分级和MELD评分均提示低手术风险, 但在术后仍然出现了肝功能不全。对于肝硬化患者应加强围术期的管理, 必要时给予相应的干预和治疗, 同时如何对肝硬化患者进行结直肠癌筛查需要进一步探讨。

## 关键词

肝硬化, 结肠癌, 小肠梗阻

# A Case Report of Small Bowel Obstruction Caused by Colon Cancer in a Hepatitis B Cirrhosis Patient

Zhifeng Fu, Jing Chen\*

Department of Gastroenterology, The Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin Heilongjiang

Received: Nov. 22<sup>nd</sup>, 2021; accepted: Dec. 13<sup>th</sup>, 2021; published: Dec. 20<sup>th</sup>, 2021

## Abstract

A case of small bowel obstruction caused by colon cancer in a hepatitis B cirrhosis patient was reported. In this case, the patient developed acute small bowel obstruction, but the obstruction site was inconsistent with the primary lesion site. There were no clinical symptoms related to colorectal cancer before the onset, which increased the difficulty of diagnosis. Preoperative Child-Pugh score and MELD score suggested low surgical risk, but postoperative hepatic decompensation still

\*通讯作者。

occurred. For patients with cirrhosis, perioperative management should be strengthened, and corresponding intervention and treatment should be given if necessary. Meanwhile, how to screen colorectal cancer for patients with cirrhosis needs further discussion.

## Keywords

Cirrhosis, Colon Cancer, Small Bowel Obstruction

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

我国是一个乙肝大国,目前约有 2000~3000 万例慢性乙型肝炎患者,这些患者中每年约有 1.3%~2.4% 进展为肝硬化[1]。近年来随着生活方式和饮食结构的改变,我国结肠直肠癌发病率逐渐上升,已成为消化系统发病率第二位、患病率第一位的恶性肿瘤[2]。有研究表明,肝硬化患者罹患结肠直肠癌的风险升高[3]。肝硬化合并结肠直肠癌的患者常需进行手术治疗。由于肝硬化的一系列病理改变,导致肝硬化患者术后并发症的发生率和死亡率均明显升高[4]。因此对于肝硬化患者的围术期管理十分重要。肠梗阻是指任何原因引起的肠内容物通过障碍,主要临床表现为腹痛、腹胀、呕吐和排气排便停止。对于肠梗阻而言,其梗阻部位与病灶部位可能并不一致,要仔细检查原发病避免漏诊[5]。

## 2. 病历资料

患者男,46岁,因“腹痛2天”来院就诊。患者2天无明显诱因出现腹痛,初为下腹痛,后为全腹痛,排气排便后可缓解。伴有腹胀、恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,发热、寒战,体温最高达39℃,纳差,乏力。无胸痛,无呼吸困难等。于当地医院行全腹CT检查示:肝硬化;脾大;胆囊结石;下腹部肠管管壁增厚伴渗出样改变。未系统治疗。急诊以“腹痛待查”收入院。

患者既往乙型肝炎肝硬化病史1年,恩替卡韦抗病毒治疗,乙肝病毒DNA测定低于检测线。患者既往无腹痛、腹胀、便血、排便习惯改变、消瘦等症状,无结肠直肠癌家族史。查体:体温:36.5℃,心率:133次/分,呼吸:20次/分,血压:104/65 mmHg。一般状态可,神清语明,自主体位,查体合作。全身皮肤正常,结膜红润,巩膜黄染。腹部平坦,腹软,未见胃肠型、蠕动波,全腹部压痛,无反跳痛及肌紧张,未触及包块,肝脾肋下未及,腹部叩诊鼓音,肝浊音界正常,移动性浊音阴性,肠鸣音4次/分。四肢活动自如,双下肢无浮肿。辅助检查:血常规示:白细胞计数:  $12.8 \times 10^9/L$  (参考值:  $4.0 \sim 10.0 \times 10^9/L$ ); 中性粒细胞百分比: 90.8% (参考值: 50.0%~70.0%); 中性粒细胞数:  $11.64 \times 10^9/L$  (参考值:  $2.00 \sim 7.00 \times 10^9/L$ ); 血红蛋白: 135 g/L (参考值: 110~160 g/L); 红细胞计数:  $4.41 \times 10^{12}/L$  (参考值:  $3.50 \sim 5.50 \times 10^{12}/L$ ); 血小板计数:  $104 \times 10^9/L$  (参考值:  $100 \sim 300 \times 10^9/L$ )。凝血象示: 血浆凝血酶原时间测定: 13.9 Sec (参考值: 8.6~13.0 Sec); 凝血酶原活动度: 64% (参考值: 80%~120%); 凝血酶原比值: 1.29 (参考值: 0.80~1.20); 国际标准化比值: 1.29 (参考值: 0.80~1.20); 活化部分凝血活酶时间测定: 37.2 Sec (参考值: 26.0~42.0 Sec); 血浆纤维蛋白原测定: 4.95 g/L (参考值: 2.00~5.00 g/L); 凝血酶时间测定: 13.0 Sec (10.0~18.0 Sec); 血浆D-二聚体测定: 3016 ng/mL (参考值: 0~243 ng/mL)。生化示: 丙氨酸氨基转移酶: 24 U/L (参考值: 9~50 U/L); 天冬氨酸氨基转移酶: 34 U/L (参考值: 15~40 U/L);  $\gamma$ -谷氨酰转移酶: 26 U/L (参考值: 0~60 U/L); 碱性磷酸酶: 74 U/L (参考值: 45~125 U/L); 胆碱酯酶: 4792 U/L (参考值 5400~15,000 U/L); 总

蛋白: 69.5 g/L (参考值: 65.0~85.0 g/L); 白蛋白: 37.7 g/L (参考值: 40.0~55.0 g/L); 总胆红素: 44.4  $\mu\text{mol/L}$  (参考值: 1.6~20.6  $\mu\text{mol/L}$ ); 直接胆红素: 16.4  $\mu\text{mol/L}$  (参考值: 0.0~6.5  $\mu\text{mol/L}$ ); 间接胆红素: 28.0  $\mu\text{mol/L}$ ; 尿素: 9.02 mmol/L (参考值: 3.10~8.00 mmol/L); 肌酐: 163  $\mu\text{mol/L}$  (参考值: 57~97  $\mu\text{mol/L}$ )。入院后给予禁食水、抗炎、保肝、补液等治疗, 患者症状未见明显好转。复查腹部 CT 示: 肝硬化, 脾大; 胆囊炎, 胆囊结石; 腹腔渗出性改变; 小肠梗阻(图 1); 直肠管壁增厚; 盆腔积液, 局部积气; 右侧胸腔少量积液。腹部立位平片示: 腹部肠管积气扩张, 肠管内见阶梯状气液平; 肠梗阻。给予患者灌肠及经鼻肠梗阻导管治疗(图 2~4)。术后患者腹痛及腹胀有所缓解。患者腹胀缓解后行结肠镜检查示: 距肛门约 15~20 cm 处有一菜花样病变, 表面有渗出、坏死、糜烂, 质地脆, 易出血, 占肠腔全周, 内镜尚能通过, 于病变处取病理(图 5)。病理回报: 乙状结肠腺癌。后患者转入普通外科手术治疗。患者术前检验结果如下: 血常规: 白细胞计数:  $14.5 \times 10^9/\text{L}$ ; 中性粒细胞百分比: 88.2%; 中性粒细胞计数:  $12.8 \times 10^9/\text{L}$ ; 血红蛋白: 122 g/L; 红细胞计数:  $3.96 \times 10^{12}/\text{L}$ ; 血小板计数:  $177 \times 10^9/\text{L}$ ; 生化: 丙氨酸氨基转移酶: 25 U/L; 天冬氨酸氨基转移酶: 29 U/L;  $\gamma$ -谷氨酰转移酶: 52 U/L; 碱性磷酸酶: 81 U/L; 胆碱酯酶: 3038 U/L; 总蛋白: 57.3 g/L; 白蛋白: 29.0 g/L; 总胆红素: 21.1  $\mu\text{mol/L}$ ; 直接胆红素: 13.8  $\mu\text{mol/L}$ ; 间接胆红素: 7.3  $\mu\text{mol/L}$ ; 尿素: 3.57 mmol/L; 肌酐: 68  $\mu\text{mol/L}$ 。术中情况如下: 入腹探查见: 腹腔内 200 ml 淡黄色腹水, 肝脏未触及转移结节, 全结肠无多发原发癌, 乙状结肠与直肠交界处可触及一枚直径约  $5 \times 6 \text{ cm}$  大小肿块, 侵透浆膜层, 管腔狭窄, 肠壁严重水肿僵硬, 肿瘤侵袭距离屈氏韧带 200 cm 的小肠, 肿瘤穿孔, 大网膜包裹, 内吸出 50 ml 脓液, 局部腹膜僵硬, 严重炎性改变, 术中决定实施结肠癌扩大根治、小肠部分切除、小肠双腔造瘘术。术后病理示: (乙状结肠)隆起型中分化腺癌 + 粘液腺癌(约占 40%), 肿瘤面积:  $3.5 \times 2.5 \text{ cm}$ , 侵及外膜, 血管瘤栓(-), 淋巴管瘤栓(-), 神经侵犯(+), (上、下)切缘(-), 肠周淋巴结(-) 0/14, (肠系膜下动脉根)淋巴结(-) 0/1。小肠粘膜慢性炎, 粘膜下层充血、出血、水肿, 浆膜面见渗出坏死组织, 纤维组织增生, 双切端粘膜慢性炎, 粘膜下层水肿。免疫组化结果显示: S-100 示神经, D2-40 示淋巴管。特殊染色结果显示: EVG 示血管。按照结直肠癌 TNM 分期, 该患者属于 IIC 期。术后给予患者禁食水、镇痛、肠外营养、抗炎、抑酸治疗。患者术后治疗期间酶学及胆红素水平逐渐上升至: 丙氨酸氨基转移酶: 175 U/L, 天冬氨酸氨基转移酶: 264 U/L, 总胆红素: 387.4  $\mu\text{mol/L}$ , 直接胆红素: 228.9  $\mu\text{mol/L}$ , 转入我科保肝治疗。给予静点保肝药物(还原型谷胱甘肽、注射用丁二磺酸腺苷蛋氨酸、复方二氯醋酸二异丙胺)、输血浆、补充白蛋白及人工肝治疗, 患者酶学及胆红素水平下降至正常水平后患者出院, 出院 1 周后复查肝功能良好。



**Figure 1.** Small bowel obstruction, which is indicated by a white arrow  
**图 1.** 小肠梗阻, 梗阻部位如白色箭头所示



**Figure 2.** Before ileus tube placement  
**图 2.** 置入肠梗阻导管之前



**Figure 3.** One day after ileus tube placement  
**图 3.** 置入肠梗阻导管 1 天后



**Figure 4.** Two days after ileus tube placement  
**图 4.** 置入肠梗阻导管 2 天后



**Figure 5.** Location of the colon cancer  
**图 5.** 肿瘤所在部位

### 3. 讨论

肝硬化患者由于其特殊的病理状态, 手术后并发症的发生率和死亡率均明显升高。目前对于肝硬化患者手术风险的预测主要有 Child-Pugh 分级和 MELD 评分。有研究表明, Child-Pugh 分级 A 级和 MELD 评分 < 10 分的患者通常对手术耐受良好; Child-Pugh 分级 B 级和 MELD 评分 11~15 分的患者, 可在仔细权衡风险和获益的情况下择期手术, 对于这类患者而言, 术前对患者各项危险因素进行优化和围术期的监护至关重要; Child-Pugh 分级 C 级和 MELD 评分 > 15 分的患者, 应避免进行手术[6]。就本例患者而言, 手术前患者 Child-Pugh 分级为 A 级, MELD 评分为 2 分, 属于低风险患者, 但患者术后仍然出现了肝功能不全, 所以即便是 Child-Pugh 分级和 MELD 评分均提示低风险的代偿期肝硬化患者, 在手术创伤的打击下仍有肝功能失代偿的可能性。所以对于肝硬化患者而言, 无论其风险等级的高低, 术后都应做好监测并及时干预。

肠梗阻是晚期结直肠癌的常见症状, 约有 15%~20% 的结直肠癌患者以肠梗阻为首发症状[7]。因左半结肠相对于右半结肠而言肠腔狭窄, 随着肿瘤生长更易阻塞肠腔而发生肠梗阻。本例患者术前腹部立位平片与 CT 均提示小肠梗阻, 结肠镜发现乙状结肠癌, 术中证实是因肿瘤外向生长压迫小肠, 导致小肠梗阻。患者以急性小肠梗阻起病, 梗阻部位与原发病灶部位不一致, 且患者既往无腹痛、腹胀、便血、排便习惯改变、消瘦等症状, 无结直肠癌家族史, 增加了诊断难度。所以对于肠梗阻的患者, 梗阻部位与原发病灶部位可能并不一致, 要仔细排查可能的原发疾病, 避免漏诊。

关于肝硬化合并肠梗阻的治疗, 需要根据患者肠梗阻病因的不同以及肝功能的不同, 采取不同的治疗方式。对于非肿瘤导致的非绞窄性肠梗阻, 以保守治疗为主, 如禁食、胃肠减压、通便灌肠、营养支持、肠梗阻导管治疗和中医药治疗等[6] [8] [9]。对于肿瘤导致的肠梗阻或者绞窄性肠梗阻, 要根据患者的 Child-Pugh 分级和 MELD 评分评估患者的手术风险后决定是否采取手术治疗。对于进行手术的患者术后要做好监测, 避免出现肝功能不全甚至肝衰竭。

有研究表明慢性肝病和肝硬化患者罹患结直肠癌的风险增高[3] [10] [11]。肝硬化的常见症状如腹部不适、腹胀等与结直肠癌的症状相似, 当肝硬化患者罹患结直肠癌时, 结直肠癌的症状易被肝硬化的症状掩盖而漏诊。目前关于肝硬化与结直肠癌发病关系的研究还比较少, 但是考虑到我国结直肠癌的发病率逐年上升, 早期的诊断和治疗十分重要。对于肝硬化患者而言, 除了定期的肝脏检查外, 如何进行结直肠癌的筛查是一个值得进一步研究的问题。

### 4. 结论

综上所述, 临床上遇到急性肠梗阻的肝硬化患者, 应考虑到结直肠癌的可能性, 必要时行结肠镜检

查以明确诊断。对于需进行手术的肝硬化患者, 即使其术前评估为低风险, 仍存在术后肝功能失代偿的可能, 应加强术后监测, 及时处理。

## 声 明

该病例报道已获得病人知情同意。

## 参考文献

- [1] 陈学福, 张东敬, 罗晓丹, 等. 慢性乙型肝炎的治疗现状[J]. 临床肝胆病杂志, 2021, 37(5): 1011-1015.
- [2] 国家消化系统疾病临床医学研究中心(上海), 国家消化道早癌防治中心联盟, 中华医学会内镜学分会, 等. 中国早期结直肠癌筛查流程专家共识意见(2019, 上海) [J]. 中华健康管理学杂志, 2019(5): 376-386.
- [3] Komaki, Y., Komaki, F., Micic, D., Ido, A. and Sakuraba, A. (2017) Risk of Colorectal Cancer in Chronic Liver Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastrointestinal Endoscopy*, **86**, 93-104.e5. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.12.009>
- [4] Lopez-Delgado, J.C., Ballus, J., Esteve, F., Betancur-Zambrano, N.L., Corral-Velez, V., Mañez, R., Betbese, A.J., Roncal, J.A. and Javierre, C. (2016) Outcomes of Abdominal Surgery in Patients with Liver Cirrhosis. *World Journal of Gastroenterology*, **22**, 2657-2667. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i9.2657>
- [5] 魏汝玉. 肠梗阻并发烟酸缺乏症 1 例[J]. 医学诊断, 2020, 10(4): 222-225.
- [6] Newman, K.L., Johnson, K.M., Cornia, P.B., Wu, P., Itani, K. and Ioannou, G.N. (2020) Perioperative Evaluation and Management of Patients with Cirrhosis: Risk Assessment, Surgical Outcomes, and Future Directions. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, **18**, 2398-2414.e3. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.07.051>
- [7] Lin, B.Q., Wang, R.L., Li, Q.X., Chen, W. and Huang, Z.Y. (2015) Investigation of Treatment Methods in Obstructive Colorectal Cancer. *Journal of Buon*, **20**, 756-761.
- [8] 段萌, 吴蓓, 朱丽, 游国琼, 等. 行气散热奄包外敷联合肠梗阻颗粒灌肠治疗肝硬化失代偿期合并肠梗阻的临床观察[J]. 河北中医, 2020, 42(1): 37-41.
- [9] 赵秋玲, 游丽娟. 肠梗阻导管联合肠内营养治疗肝硬化并发肠梗阻的体会[C]//中国营养学会. 中国营养学会第十三届全国营养科学大会暨全球华人营养科学家大会论文汇编. 北京, 2017: 487.
- [10] Sorensen, H.T., Friis, S., Olsen, J.H., Thulstrup, A.M., Mellekjaer, L., Linet, M., Trichopoulos, D., Vilstrup, H. and Olsen, J. (1998) Risk of Liver and Other Types of Cancer in Patients with Cirrhosis: A Nationwide Cohort Study in Denmark. *Hepatology* (Baltimore, Md.), **28**, 921-925. <https://doi.org/10.1002/hep.510280404>
- [11] Troschel, A.S., Miks, A., Troschel, F.M., Hüsing-Kabar, A., Maschmeier, M., Heinzow, H.S., Schmidt, H.H. and Kabar, I. (2019) Chronic Liver Disease Promotes Lesions of the Colorectal Adenoma-Carcinoma Sequence, Independent of Liver Cirrhosis. *United European Gastroenterology Journal*, **7**, 662-672. <https://doi.org/10.1177/2050640619826391>