维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2006, Vol. 15, No. 3

左半结肠梗阻一期肠切除吻合的治疗体会

周 围[1],周恩湘[2] (1. 株州市一医院普通外科,湖南 株州 412000;2. 湘雅二医院普通外科,湖南 长沙 410011)

[摘 要] **目的** 探讨总结急性左半结肠梗阻一期肠切除吻合术的结果和治疗经验,为临床急性左半结肠梗阻一期肠切除吻合术提供参考依据。**方法** 回顾性分析左半结肠梗阻行一期肠切除吻合术39例,其中直肠上段癌17例,乙状结肠癌7例,脾曲或近脾曲癌13例,乙状结肠扭转伴坏死2例。术前积极处理,有效的结肠灌法,一期病灶切除,行结肠端端吻合术。**结果** 39例病例中有38例痊愈出院,均未发生吻合口瘘,术后2例切口皮下脂肪液化,3例出现肺部感染,1例术后2 d死于肺部感染,存活5年以上12例。**结论** 要严格掌握适应证,正确手术操作,加强手术后护理,左半结肠急性梗阻行一期肠切除吻合术是安全可靠的。

[关键词] 结肠;肠梗阻;手术
[中图分类号] R574.2;R719.8 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2006)03-0160-02

Experience of one-stage resection and anastomosis for left colonic acute obstruction

ZHOU Wei, ZHOU En-xiang (Department of General Surgery, The 1st Hospital, Zhuzhou 412000, China)

Abstract: Objective To summarize the effect and experience of one-stage resection and anastomosis for left colonic obstruction. **Methods** A retrospective analysis of 39 cases of left colonic obstruction were treated by one-stage resection and anastomosis, including 17 cases of superior rectum cancer, 7 cases of sigmoid colon cancer, 13 cases of colon cancer located splenic flexure cancer or nearby, 2 cases of sigmoid colon retortion accompany putrescence. Active preoperative disposal, effective intestine lavage, one-stage resection and anastomosis. **Results** All patients were fully recovered except 1 patient died of coronary heart disease and heart failure, and none anastomosis leakage. **Conclusion** One-stage resection and anastomosis for left colonic acute obstruction is feasible after strict indicatio and appropriate operative management.

Keywords: colon; bowel obstruction; operation

结肠由于其特殊的解剖结构、微生物繁殖等特点,在没有肠道准备情况下急诊行一期切除吻合,在本世纪50年代是绝对禁忌的。因肠瘘等并发症原因,只能分期手术。60年代后,由于外科手术肠道减压技术的应用及抗生素的发展,对右半结肠梗阻、外伤,行右半结肠急诊一期切除吻合已予肯定[1-2]。我院自1998年1月至2004年9月对39例左半结肠梗阻行一期肠切除吻合术,取得了满意的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例39例,男23例,女16例,年龄26~77岁,平均52岁。直肠上段癌(腹膜返折以上,包括直肠、乙状结肠交界处)17例,乙状结肠癌7例,脾曲或近脾曲癌13例,乙状结肠扭转伴坏死2例。

1.2 治疗方法

1.2.1 全肠道减压及结肠灌洗 在病灶切除后进行。将脑外科专用切口膜固定于手术台巾单上,另一端垂下置入手术台旁下的桶内,再将游离后的梗阻近端的肠管放入切口膜内。先行全消化道减压后,在回肠末段距回盲部15~20 cm处,作小口放入24号导尿管至盲肠,充气囊以防液体倒流入回肠,进行全结肠灌洗,温热生理盐水5 000 ml左右,直至排出液清亮无粪渣,最后注入甲硝唑清洗并保留一部份,然后拔除导尿管,关闭回肠创口,整个过程约30 min,为确保手术不受清洗过程污染,可在游离肠腔内置入麻醉用的螺纹管,并用纱条固定于肠壁,使灌洗液自螺纹管流入切口膜低位。

1.2.2 一期肠吻合术 如吻合口的位置较低时可用吻合器吻合,余均采用双层间断内翻吻合的方法。先用稀释络合碘清洗吻合口两断端,修剪断端严重水肿或钳夹过重,血供欠佳的肠壁,在无张力情况下行全层间断内翻吻合,浆肌层加固缝合,然后缝合系膜间隙,清洗腹腔,吻合的下方置引流管引流。关腹前再次观察吻合口的血供,可用以下低压空气灌肠了解吻合口情况:腹腔内置入中量生理盐水,将吻合口浸入其中,肠钳轻夹吻合口稍近端,自肛门置入导尿管至吻合口稍远端,气囊充气后堵塞远端肠管,从导尿管内注入适量空气,使吻合口附近肠腔内充气稍膨帐,观察有无漏气,如有须及时补漏。

1.2.3 术后处理 常规放置引流,时间均超过一周以上,早期扩肛以助排气,可于术后12~24 h开始,每日2~3次。加强支持治疗,补充白蛋白、新鲜血浆,防治感染等。

2 结果

术后2例切口皮下脂防液化,3例出现肺部感染,均未发生吻合口瘘。39例病例中有38例痊愈出院,1例术后2 d死于肺

[作者简介] 周 围(1972-),男,湖南湘潭市人,主治医师,硕士,主要从事临床普通外科手术方面的研究。电话:(0733)8210091

[收稿日期] 2006-01-16 [修回日期] 2006-03-02

维普资讯 http://www.cqvip.com

部感染、冠心病、心衰。对39例中的24例肿瘤病人随访,其中11例1998年至2000年手术者,存活5年以上4例;13例2001年至2004年手术者,8例存活至今。

3 讨论

左半结肠由于其血供差、粪便稠厚、肠腔内压力高、肠壁薄、细菌多等特点,急性梗阻行一期切除吻合仍然存在危险。作者尝试和提倡一期吻合术的理由是:多次手术会增加病人心理上、生理上和经济上的负担,结肠造瘘会给病人生活上带来不便和痛苦,尤其是分期手术可能失去根治性切除的机会,熟练的结肠灌洗和吻合技术不会明显增加手术的时间[3-5]。术后死亡率不会高于分期手术,但5年生存率却明显高于分期手术。

掌握一期吻合的适应证是保证病人生命安全,减少并发症的重要因素。一期吻合的适应证有:①年龄较轻,无严重并发症、中毒性休克、低蛋白血症,心肺功能可耐受较长时间的手术;②无肠穿孔,腹腔污染较轻;③梗阻肠管水肿不明显,经过减压和灌洗后,两断端肠腔口径差别不很大;④梗阻近端肠管血运好,边缘动脉有搏动;⑤病人的经济条件允许,家属同意承担手术风险。对有手术适应证的病人施行一期吻合术,其最大的风险是发生吻合口瘘。为了防止发生吻合口瘘,要遵循上空、口正、下通的原则,一方面肠道减压和结肠灌洗必须要彻底、有效,清除结肠内粪便、毒素是吻合口愈合的前提;另一方面是吻合口的质量,保护边缘动脉,保证吻合口的血供,注意吻合的针距、打结的松紧度等,避免形成吻合口较大的血肿。本组资料中有1例因吻合时出现吻合口巨大血肿,以致将吻合口切除重新吻合。经过作者观察血肿多发生严重梗阻近端的结肠,分析原因可能是肠壁水肿后,尤其是粘膜下水肿为重,从浆膜进针时可能会掀起粘膜层,导致粘膜下出血,而自粘膜向浆膜进针则少见,故操作时尽量避免掀起梗阻近端结肠的粘膜。

有报道结肠梗阻的手术,死亡率达23%,左半结肠梗阻一期切除吻合术中术后死亡率6%,其中一期切除吻合术很少,大部份为分期手术[5]。Umpleby[6]统计一期和二期手术患者5年生存率分别为48%和18%,本组资料与其基本符合,说明一期手术的效果满意,一期吻合术并不会增加吻合口瘘的发生率和术后死亡率,而5年生存率却有所增加。所以,在掌握适应证的基础上,只要通过术前充分准备、术中彻底肠道减压、有效的结肠灌洗、正确的吻合技术,一期肠切除吻合术处理急性左半结肠梗阻就是一种安全可靠且能一次性治愈的方法。

[参考文献]

[1] 赵振富,钟震亚,王守安,等.乙状结肠直肠动脉直肠部的形态观测[J].局解手术学杂志,2003,12(4):249-252.
[2] 李传真,杨铁成,刘美娜.结肠癌并发急性肠梗阻一期切除吻合28例诊治体会[J].局解手术学杂志,2005,14(2):112.
[3] 吕纯业,任全民,张 炜.左半结肠梗阻一期切除吻合术后并发症的预防[J].南京军医学院学报,2001,23(2):87-89.
[4] 李豪杰,王明利.左半结肠梗阻急诊手术一期切除吻合98例临床体会[J].吉林医学,2002,23(2):113-114.
[5] 聂智品.急性左半结肠梗阻一期切除吻合17例体会[J].医学理论与实践,2003,16(11):1282-1283.
[6] Umpleby HC,Williamson RC. Survival in acute obstructing colorectal carcinoma[J]. Dis Colon Rectum,1984,27(5):299-304.

(编辑:左艳芳)

·个案与短篇·

剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症13例临床分析

康宗莉 (新疆兵团奎屯医院妇产科,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 剖宫产,子宫内膜异位症;腹壁切口
[中图分类号] R711.71 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)03-0161-01

子宫内膜异位症是育龄妇女较常见的疾病,近年来其发病率逐年升高。病灶多见于盆腔,手术疤痕处子宫内膜异位症较少见。临床上切口疤痕内膜异位症的临床表现、诊断及治疗不同于盆腔内膜异症。现将我院1995年6月至2004年12月收治的13例腹壁疤痕处子宫内膜异位症报道如下。

[收稿日期] 2006-01-20 [修回日期] 2006-03-05

1 临床资料

我院因腹壁切口内膜异位症收治的病例共13例,均为剖宫产术后,全部行手术治疗,均经病理检查证实。年龄23~36岁,平均年龄30岁。病灶大小为2.0 cm×1.0 cm至3.0 cm×4.5 cm之间,全为单发病灶。发病时间最长于手术后4年,最短

(下转163页)