维普资讯 http://www.cqvip.com

管乙状结肠吻合术广泛开展。到50年代临床大量病例总结报道，此类手术后病人并发高氯性酸中毒高达半数以上，并有伴发吻合口结肠癌的病例发生，故50年代后期结肠膀胱逐渐被输尿管皮肤直接造口和回肠膀胱术所取代。以后诸多方法不断出现。但是由于尿流改道有很多并发症，就尿流不走原尿道，须终生带尿袋子。改变生理习惯患者很难接受，严重者生活不能自理，实践证明这些术式都不够完善。70年代始有报道膀胱再生术。即膀胱全切后输尿管残端置于腹膜外盆腔，用水囊支架靠结缔组织增生，形成一个假腔做为膀胱，这种术式给膀胱全切的患者带来福音，但国内临床报道此种手术尚有不尽人意之处如易破裂、高氯血症等。我们开展的回肠羊角式低压膀胱。由于肠管的纵行切开，破坏了肠管发达的环状肌肉、使之不能强裂收缩形成低压、不致引起尿液反流。回肠膀胱与尿道直接吻合接近生理，术后不用带尿袋子，病人比较能够接受，术后护理也很方便。我们治疗3例术后观查，效果比较满意。

参考文献 略

(6)

10-11

直肠肿瘤 切除术 吻合口漏

直肠中下段癌切除术后吻合口漏的防治探讨

辽宁省鞍山市三院 李峰 支凯
辽宁省肿瘤医院 张殿林 王微
（辽宁鞍山，邮政编码114031）

R 735.370.5

吻合口漏是中下段直肠癌经腹切除术后较常见的严重的并发症之一。国内文献报道临床漏3～4.5%，国外报道为3～25%。本文对15例临床吻合口漏的医源性影响因素进行分析，并做进一步防治措施的探讨。

临床资料：作者于1979年～1991年5月行低位前切除术152例，其中吻合口漏3例；超低位前切除119例，漏7例和拖出吻合术71例，漏5例。吻合口漏发生率为4.39%(15／342)。本组男6例，女9例，最小年龄27岁，最大年龄68岁，平均49.5岁。本文吻合口漏发生时间：术后4～5天2例，7～8天的13例，其中直肠阴道漏3例，后壁漏8例。

吻合口漏治疗方法：当患者术后3～4天后持续发烧38°C左右并排除其他原因所致；骶前双腔引流管负压吸引出肠内容样浆液即可确诊为临床漏。

1.骶前双腔引流管继续有效的持续负压吸引是治疗成功的关键。最初2～3天分泌物多而粘稠，可用灭滴灵或庆大霉素液稀释后冲洗，100ml左右／次，3～4次／日。以后根据分泌物多少和粘稠度酌定冲洗次数至停止冲洗。此期间一定保持引流通畅，直至无分泌物引出后2～3天拔除引流管。

2.立即禁食水、胃肠减压，给予完全胃肠外营养。1979年～1987年作者用全糖TPN；1988年～1991年用糖加脂肪乳剂之TPN，脂肪乳剂占热卡总量的40～50%。热卡供给35～45kcal／kg／C，氮：热卡＝1：180～200kcal，氮：钾＝1：5MEQ，氮：镁＝1：2MEQ，钙：15MEQ／1000kcal。适当补充各种维生素及微量元素。糖加脂肪乳剂TPN，我们的经验最好是通过周围静脉途径，用三升袋，方法简单使用方便，避免了中心静脉插管带来的并发症。

采用上述方法，多数病人经2周左右漏自然愈合，本文为73.33%（11／15），少数3～4周愈合占20%（3／15）。仅1例因术前放疗超量经2～3个月未愈合，由大漏又形成多个瘘道，行暂时性结肠造口，余者均不做常规结肠造口。

结果：本文吻合口漏为4.39%（15／342）。一律采用术中骶前置双腔引流管有效的负压持续吸引引流及合并TPN疗法，其中14例2～4周漏自然愈合，成功率为93.33%（14／15），未行暂时性结肠造口。仅1例因放疗超量，引流失败而行结肠造口。

吻合口漏医源性和其他影响因素：机械性肠道准备不佳（3例）；合并后盆切除术前未行常规阴道冲洗消毒（3例）；骶前引流不畅(2例)；手法吻合不全（1例)；EEA吻合不全（1例）；

维普资讯 http://www.cqvip.com

低蛋白血症（2例）；结直肠残端中线区域潜在性供血不足（2例）；术前放疗超量（1例）。

讨论：吻合口漏发生率因检查方法不同，其结果差异很大。如X线诊断可高达50～60%。本文所指漏为临床漏。

1.本文低位前切除吻合漏为1.97%，超低位前切除和拖出吻合术吻合漏6.32%。两者有显著差异。说明吻合口漏与吻合口部位高低有明显关系。但与Dukes分期、组织类型，手法吻合，EEA吻合均无关。本组15例吻合漏主要原因：①机械性肠道准备不佳3例。②合并后盆切除术前未行常规的三天阴道冲洗消毒，感染而致直肠阴道漏3例。③骶前引流不畅致吻合口周围感染、脓肿而形成吻合口漏2例。④手法和EEA吻合不全各1例，与技术不熟练有关。⑤低蛋白血症2例，术前纠正不满意。⑥结直肠残端中线区域潜在性供血不足。⑦术前放疗超量＞45GY的1例。

2.预防和减少吻合口漏措施：根据国外国内资料报道及本文我们认为预防和减少吻合口漏的发生应注意如下几点：①充分做好机械性肠道准备是减少吻合口漏的先决条件；它能把肠道内细菌数量减至最低限度。同时在围手术期预防性应用抗菌素，可以减少感染，预防骶前脓肿和吻合口漏的发生。Hollender报道肠道准备的好，吻合口漏由14%降至4.5%。②预计合并子宫阴道切除者，术前做三天常规阴道冲洗消毒，预防阴道残端感染和直肠阴道漏发生。③吻合技术是成败的关键。手法吻合要吻合确切，按解剖层次对位，避免吻合不全。最好用Olsen一层吻合法。同时保证有两名吻合技术熟练的医生参加手术。EEA吻合，首先熟悉使用吻合器，术前彻底检查，保证性能可靠。吻合完取下吻合器时切勿撕裂吻合口，同时检查是否有吻合不全，手针补加缝合。以上两种吻合法各方面无差异。④盆腔创面大，术中要止血彻底；术后要保持骶前引流管通畅，持续负压吸引，防止渗液积聚发生脓肿而致吻合口漏。同时也作为漏发生监视信号和漏发生后局部治疗的重要手段和途径。⑤对年老体弱营养不良者，术前积极纠正，并掌握好手术指征。⑥术中注意肠管断端血运情况。若做拖出吻合时剥离远端肠管要仔细轻柔，保证全层剥离勿撕裂。⑦术前放疗剂量以＜45GY为宜。≥50GY则影响吻合口愈合，使吻合口漏发生机会增加。⑧保证吻合口无张力，这是学者们公认的消化道吻合成功的必要条件。吻合口部位保持一定宽松度也有利于大便存留和减少排便次数。实行上述措施2年之久，做此类型手术85例，其中吻合漏2例为2.67%，较以前5.06%（13／257）有明显降低。

3.吻合口漏治疗：吻合口漏是直肠中下段癌经腹切除保肛手术常见严重并发症之一。本文15例吻合口漏治疗经验和体会如下：①漏最初2～3天感染重，引流量较多而稠需用抗菌素冲洗。引流管通畅及有效的持续负压吸引能及时吸出吻合口周围渗出物，有利于漏的愈合，并能使漏达到完全自然愈合。②一但发生吻合口漏，立即给予支持疗法。一能保证供给足够的营养，维持正氮平衡，促进漏愈合；二能明显减少消化道液的分泌，有利于漏愈合。糖加脂肪乳剂的TPN疗法通过周围静脉给予，方法简便安全，无中心静脉穿刺并发症之忧。一般用2周左右漏自然愈合，少数需3～4周。③直肠癌吻合口漏，以往治疗上国内外主张常规行结肠暂时性造口，此法给病人生活带来不便和再次手术之苦。根据本文经验以及国内外报导一般不需结肠造口。只要骶前引流通畅大部分漏都可自然愈合。个别漏较大和高热持续时间较长者则行结肠造口。对于预防性暂时性结肠造口，目前国内外尚无统一看法。本文及许多国内外学者不主张暂时性结肠造口，认为对预防吻合口漏无多大作用。但也有部分学者主张常规做预防性结肠造口。

参考文献 略