维普资讯 http://www.cqvip.com

好的血运和细致的处理吻合口。手术切除后两断端肠管应无明扩张，肠管直径＜6cm，炎性水肿不十分明显，吻合肠段无张力。游离肠系膜时注意保护吻合肠段边缘动脉分支，以免肠壁血运障碍。另外，吻合肠管两断端时，采用全层间断缝合，作者具体操作是：深1针浅1针，里1针外1针，中间加1针，保证吻合整齐无皱壁，亦无血运障碍，利于吻合口愈合，减少吻合口瘘的发生。5. 足量多途径使用抗生素：除在手术前后静脉滴入足量抗菌药物外，应重视切除结肠时用0.5%甲硝唑液冲洗肠腔。同时，我们采用切开回肠末端，插入一粗导尿管（或硅胶管，直径0.7cm），通过回盲瓣进入盲肠进行。用温生理盐水300ml并注入庆大霉素与0.5%甲硝唑混合液顺蠕动灌洗，后再吻合。术中用粗导尿管置于吻合口近端。关腹前用0.5%甲硝唑液反复冲洗腹腔。术后通过放置的导尿管注入庆大霉素、甲硝唑、氨苄青霉素钠盐，预防吻合口感染。作者观察用上述药物冲洗或灌洗，术后无感染发生。6. 术后禁食时间应在1周以上。此时给患者支持疗法，1周后，重点给以高蛋白、高热量、高脂肪饮食。近年来，提出结肠急诊Ⅰ期吻合手术要遵循"上要空、下要通"的原则[3]，作者采取术后1周内保持胃管引流通畅，注意保持肛门负压吸引。肛管保持到术后8～10日，据腹部体征而拔出肛管，或10天后拔出肛管。术后12小时服液体石腊，每日3次，每次30ml，或口服肠功能恢复汤，每日2次，每次50ml，对肠功能早日恢复起到了促进作用。

参考文献

1. 邓兰树. 结肠癌致肠梗阻31例外科治疗分析. 中国实用外科杂志，1994，4：229.
2. 成骏如. 先天性巨结肠根治手术的体会. 全军第五届普通外科学术会议论文汇编，1989，123.
3. 夏穗生. 论低位结肠梗阻与急诊一期切除吻合术. 实用外科杂志，1988，8(1)：1.

（收稿：1998－08－10）

十二指肠溃疡旷置术的改进

张如俭* 薛志广** 聂文平* 张 毅* 库洪彬* 张民英**

自1988年到1998年我院对Bancroft手术进行了改进，共34例，对照组28例，随访半年～8年，效果良好，现报告如下。

一、资料和方法

1. 临床资料：溃疡旷置术34例：其中溃疡穿孔26例，幽门梗阻3例，溃疡出血5例，平均年龄43岁，Bancroft手术28例，其中溃疡穿孔23例，幽门梗阻2例，溃疡并出血3例，平均年龄41岁。全组病人术中均行快速冰冻病理切片检查，除外恶性肿瘤。

2. 手术方法：(1)改进后的手术方法：本组病人术前纠正脱水、电解质及酸碱平衡紊乱。对于溃疡大出血者，手术前快速补血，争取血红蛋白升至8～10g/L、血压平稳后手术；对于溃疡穿孔伴腹腔大量渗出者，先吸干渗出物常规修补穿孔；对于溃疡出血者，找到溃疡后，在其近端3～5cm处切开胃前壁，用4号丝线"8"字缝扎出血点，十二指肠球后溃疡缝扎出血点时进针宜浅，以免误缝胆总管及付胰管，止血成功后，简单缝合胃前壁切口，常规切断结扎胃小网膜、胃结肠韧带及胃网膜左动脉。在处理幽门窦周围血管时要在溃疡近端2～3cm处结扎，切断胃右动脉、胃网膜右动脉及其分支，并于此处上钳断胃，使幽门窦及十二指肠球部保持充分血液供应。在溃疡近端0.5cm处用丝线全层贯穿"U"字间断缝合，这样全层缝合封闭十二指肠残端第一层后切除所保留胃窦部前壁，并使所剩胃窦后壁稍多于前壁，以保留胃窦部血管及网膜。常规切除胃窦后壁粘膜层并注意结扎止血，最后把胃窦部后壁浆肌层前翻，间断缝合于十二指肠球部使其覆盖于十二指肠残端。缝合时要先缝合上下沿，最后缝前壁，处理完毕后常规胃大部分切除，胃空肠吻合，把胃管置于输入端。生理盐水冲洗腹腔，一般不放置腹腔引流，关腹。术后持续胃肠减压负压吸引48～72小时后拔胃管，术后应注意补液抗感染纠正低蛋白血症，甲氰咪呱0.4g静推每日两次。本组病人平均住院十二天，出院后继续口服抗溃疡病药物三个月。

* 作者单位：054000 河北省邢台市第三医院外科
** 河北医科大学附属第二医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

(2)传统 Bancroft 手术方法(略)

二、结果

附表 两种手术方法的对比

	术中出血量 ($\bar{x}\pm s$, ml)	手术时间 ($\bar{x}\pm s$, min)	十二指肠残端瘘	十二指肠残端出血	溃疡复发
Bancroft	107±30	20±3	2	0	0
改进术	58±21*	13±3*	0	0	0

注：*$P<0.01$ 出血量 ml=(干纱布沾血后重量 g－干纱布重量 g) 1.05g/ml

手术时间和出血量，以胃幽门窦血管及网膜处理完毕，到十二指肠残端处理结束。

两中手术结果表明，改进后的溃疡旷置术手术操作简单，手术时间短，出血量少，手术安全可靠，可减少术后十二指肠残端瘘的发生。

三、讨论

1. 传统溃疡旷置手术术后最严重的并发症是十二指肠残端瘘和术后溃疡出血。溃疡旷置术主要适用于溃疡周围炎性水肿，瘢痕过度增生，溃疡与邻近器官广泛粘连，解剖关系不清者，故在行胃大部切除术时，不宜过多分离幽门窦周围血管及组织，操作要简单，应减少组织创伤，保持术后血液循环良好。为此，我们做了4个方面改进：(1)不离断幽门窦周围血管及网膜。(2)残端第一层用全层："U"字间断贯穿缝合。(3)切除胃窦部前壁全层及胃窦部后壁的粘膜，把有充分血液供应的后壁浆肌层覆盖于残端第一层之上。(4)溃疡合并出血时必须用丝线"8"字缝扎出血点。

2. 改进后的溃疡旷置术，第一层为距溃疡近侧 0.5cm 处全层"U"字缝合，不会造成缝合线撕脱。第二层为胃窦后壁浆肌层前翻覆于第一层之上(当为前壁溃疡时，同时可覆盖溃疡)。这样不用分离和保留胃窦前壁浆肌层，操作简单，出血少。

3. 十二指肠残端瘘是 B－Ⅰ式胃切除术后的严重并发症。术后残端闭合处缺血，愈合不良而裂开，这是造成十二指肠残端瘘发生的最常见原因[1]，改进后的溃疡旷置术，保留幽门窦 2～3cm 的网膜及血管保证了局部的血供，而第一层全层"U"字缝合和第二层的幽门窦后壁带血管蒂的肌瓣，保证了缝合无张力，减少撕脱，由于后壁浆肌层带有血管，血运丰富。修补后创面修复能力强，也是防止瘘的关键[2]，B－Ⅱ式十二指肠残端瘘的发生率为 2～5%[3]，改进后的 34 例未见瘘的发生，而对照组有 2 例发生。

3. 胃次全切除术后的溃疡再出血并非罕见。其发生率为 5.8～6.7%。而溃疡旷置术则高达 13%[4]，最主要的血管是胃十二指肠动脉[1]，溃疡旷置术为了保证局部血运，要求保留局部网膜和血管，所以我们认为对溃疡出血病人有必要肉眼直视下缝扎出血点，以达到止血的目的。

4. 溃疡旷置后，食物和胃酸不能直接刺激溃疡，故一般溃疡旷置术后均可逐渐愈合[5]，改进后的溃疡旷置术在溃疡远端 0.5cm"U"字缝合，残留少许胃窦粘膜，目前研究证实，幽门远侧 2.5cm 粘膜几乎不产生胃泌素，所以保留 2.0cm 以内的粘膜术后几乎不产生胃酸分泌[6]，故不会引起溃疡复发。

综上所述，改进后的溃疡旷置术，手术操作简单，术中出血少，有效地防止了术后十二指肠残端瘘，术后溃疡出血和溃疡复发，具有广泛的临床意义。

参考文献

1. 蓝翔，夏穗生. 手术失误与处理. 云南人民出版社，1992，54－59.
2. 甘建辉，皮执民. 浆肌层瓣膜在十二指肠损伤和消化道重建手术中的应用. 现代外科，1995，1：47.
3. 李世拥. 胃大部切除术后远期并发症的防治. 中国实用外科杂志，1979，12：714.
4. 座谈纪要，关于上消化道出血的诊断和治疗. 中华外科杂志，1979，12：298.
5. 张国政，等. 胃外科学. 人民卫生出版社，1993，237.
6. 马建国，王赢毅. 保留幽门胃窦粘膜——残胃全层吻合的胃大部切除术，中国普通外科杂志，1997；4：161.

(收稿：1998－10－11)