维普资讯 http://www.cqvip.com

的病人，这是一种较好的方法。

2. 在此手术中需注意的是第一枚螺钉的位置很重要，它要与股骨距平行、位置偏低，在股骨头的下 1/3，以承受股骨距的压应力。第二枚螺钉与第一枚有一定的角度，位置偏上，以承受张应力，如果术中发现骨折端仍不稳，可再加一枚螺钉，三钉呈三角形，可保持一个稳定的平面，以达到牢固固定的目的。这种固定方法比较合理，符合力学原理，既对骨折端有加压作用，又可防止股骨头旋转，可有效的防止髋内翻畸形，本组 21 例无一例发生。

3. 本组术后疗效评价优良率与胡广[1]统计的基本相同，他提出加压螺钉对骨折端的压力不能太大，否则影响骨折愈合。所以手术中应注意，螺钉不能过长，以达距股骨头内侧 1～0.5cm 为宜，拧入时加压力量适度，骨折端稍有嵌插即可。

4. 本方法与三翼钉固定比较，具有较强的抗应力，对骨折端有加压作用，防止骨折端再移位。螺钉较细，对股骨头的冲击力小，对股骨头血运的破坏小，有利于骨折愈合和防止股骨头坏死。

参考文献

1. 胡广. 股骨颈骨折内固定方法的选择. 骨与关节损伤杂志，1997，6：357.

（收稿：1998－09－10）

左半结肠急性梗阻的Ⅰ期手术治疗（附 15 例报告）

李平均*

我院外科于 1990～1997 年对 15 例左半结肠急性梗阻患者行Ⅰ期手术治疗。经临床观察，效果满意，现报告如下。

一、资料和方法

本组 15 例，男 12 例，女 3 例，年龄 20～65 岁，40 岁以上者 12 例（占 80%）。本组中急性左半结肠梗阻并肠坏死 4 例，慢性巨结肠症急性降结肠、乙状结肠扭转 1 例，先天性乙状结肠扭转 2 例，结肠脾区癌 3 例，降结肠癌 2 例，乙状结肠癌 2 例，降结肠息肉癌变 1 例。其中不完全梗阻 6 例，完全性梗阻 9 例。全组病例均在 24～72 小时内行手术治疗。根据术中探查梗阻情况、癌肿侵犯程度和病人的一般状况，选择手术方式[1]。15 例均采取了Ⅰ期切除吻合术，肿瘤切除后作结肠与结肠或结肠与直肠端端合术。吻合口均采用全层间断缝合法，前壁间断加强缝合，对巨结肠症急性降结肠、乙状结肠扭转采用 Ikese 法，在游离切除扩张、肥厚的乙状结肠时保留直肠上动脉，以保证直肠上端的血运；游离直肠后隙时沿直肠上动脉后缘；游离达肛管时应紧贴肛管壁，避免损伤括约肌[2]。

二、结果

本组中，6 例左半结肠癌急性梗阻患者均按左半结肠癌根治范围切除肠段及其系膜和淋巴结，结肠端端吻合。1 例结肠脾区癌行姑息性切除，即病变肠段切除端端吻合术。8 例急性左半结肠梗阻行病变肠段切除，结肠与结肠、结肠与直肠吻合。吻合一次成功，无吻合口瘘发生，2 例伤口感染。

三、讨论

左半结肠急性梗阻在无肠道准备情况下实施Ⅰ期手术，存在吻合口瘘和腹腔感染的危险，因此正确地选择病例及掌握手术时机对患者安全度过手术后危险期是很重要的。本文认为积极有效的术前准备，严格掌握手术适应症，彻底肠腔减压及灌洗，吻合技巧的熟练，彻底的腹腔冲洗及可靠的腹腔引流是保证吻合口愈合的重要条件。为预防Ⅰ期切除吻合口瘘，我们采取以下措施。1. 选择病例及掌握手术时机：一般状况好，年龄在 65 岁以下，发病在 72 小时以内，无明显中毒症状，腹部体征较局限，应当在 24～72 小时作好术前准备，力争早期手术。2. 术前准备：凡诊断为左半结肠癌所致梗阻，术前灌肠用较长较粗的肛管插入乙状结肠上段或降结肠，经肠腔注入庆大霉素 24 万单位及 0.5%甲硝唑液。3. 严格掌握Ⅰ期手术适应症：凡是全身一般状况良好者；手术中所见梗阻两端肠管血供良好；肠管扩张和炎性水肿不明显者。本组 1 例体质差、水电解质紊乱的结肠脾区癌患者采用姑息性切除。4. 术中应密切观察和细致处理：作者认为左半结肠急性梗阻Ⅰ期切除吻合术，保证吻合成功的关键在于保证吻合口有良

* 作者单位：713300 陕西省乾县医院外科

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