维普资讯 http://www.cqvip.com

食管肿瘤，贲门肿瘤，外科手术，灌洗术 11278(10)
19 吻合口瘘 11279(11)

胸外手术学杂志 1994 年第 3 卷第 1 期总第 9 期

灌洗术在食管贲门癌术后吻合口瘘中的临床应用

石家庄市第一医院胸外科 吴学杰

（河北石家庄，邮政编码 050011）

R735.05

吻合口瘘是食管贲门癌切除术后最严重的并发症，其死亡率达 30～40%以上。为此，我们采用食管、胸腔灌洗及逆行胃管对吻合口瘘患者进行临床观察，收到满意的效果。

一、临床资料：本组 8 例中，男 6 例，女 2 例，平均年龄 58 岁，食管下段癌 2 例，贲门癌 6 例，分别于术后第 3、4、6 日发现吻合口瘘，无一例死亡，全部治愈出院。

二、临床表现：主要表现为发烧、胸闷、气短、脉快、心慌甚至呼吸困难，偶有咳嗽、胸痛。胸片示：左侧肺密度增高，有气液平。胸穿可抽出黄白色粘稠脓性液或咖啡色液且有酸臭味。

三、操作方法：

1. 食管灌洗：吻合口瘘的患者应禁止从口腔进食，每日给予 4～6 次口腔擦洗，每次擦洗完毕，让患者口服配制好的灌洗液 50～100ml。我们常选用二种灌洗液，①青霉素 160 万* 加庆大霉素 12 万* 加灭滴灵 0.5g 加入 500ml 的生理盐水中，②1：20000 洗必太液。因为食管腔内存在大量的需氧菌和厌氧菌，通过灌洗能有效地抑制食管腔内的微生物，减少胸腔污染。

2. 胸腔灌洗：经胸腔穿刺抽出黄白色脓液或咖啡色液确诊吻合口瘘后，利用 X 线透视，胸部拍片定位，在脓腔最低部位安放引流管直径 1cm 为宜，吸净消化液、脓汁及坏死物，然后置管。术者左手捏住或用止血钳夹住胸腔引流管上段，把上段引流管与玻璃接头分离开，右手持 50ml 注射器抽吸灌洗液，（与食管灌洗液相同），排尽注射器内空气，将注射器乳头与引流管连接将灌洗液缓慢注入胸腔，然后用注射器或负压吸引将液体抽吸出来，如此反复几次，视抽吸出来的液体而定，每日 4～6 次。胸腔灌洗能彻底清除脓液和坏死组织，促进肉芽生长，消灭脓腔。引流通畅有利于肺复张，随着肺的活动，灌洗液能和脓腔壁充分接触，对控制炎症反应，促进肺与胸壁粘连有良好作用。8 例胸腔灌洗者 2～4 日体温血象恢复正常，咳嗽、胸痛减轻，胸腔引流液逐日减少，瘘口闭合时间 9～21 日，拔管时间于灌洗后 10～25 日；治疗后 21～43 日痊愈出院。

3. 逆行胃管：在距屈氏韧带 30～40cm 处向空肠下段送入一根造瘘管，在造瘘管近段空肠放置逆行胃管，经十二指肠放置胃内，将胃管与负压吸引器连接。保持胃管通畅，每 2～3 小时挤压胃管一次，必要时用温盐水冲洗胃管，并注意观察胃液的颜色、性质及量。同时可将引流出来的胃液注入到空肠造瘘管内，促进肠道的消化吸收。逆行胃管能有效的预防返流性食管炎，降低食管腔及胃内压力，促进吻合口愈合，减少消化液对胸腔的污染及胸腔引流量。

经食管灌洗，把瘘口变成冲洗感染性物质的通道。常规引流法引流时间长，甚至可导致慢性脓胸形成，给治疗带来困难，胸腔灌洗可缩短引流和治愈时间。此法简单易行，不增加病人的痛苦，值得临床推广应用。

（收稿：1993－08－17）

19－21

浅谈基层医院颅脑外伤手术治疗并 10 例分析

广东省大宝山矿职工医院外科 涂福初

（广东曲江，邮政编码 512127）

R651.150.5

颅脑外伤是神经外科常见的危重急症，随着建筑工业与交通运输业的不断发展，这类病人有

颅脑损伤，外科手术，临床 创伤，病例分析

维普资讯 http://www.cqvip.com

增多的趋势。我院外科近两年来共收治颅脑外伤93例，其中手术10例（主要是清除血肿和减压术）；为了不断提高手术的成功率，现将手术治疗10例的临床资料进行分析和讨论：

一般资料

一、临床病者10例，均为男性，年龄最大69岁，最小2岁，平均年龄32.5岁。受伤原因：车祸伤4例，坠跌伤4例，撞击伤2例。受伤至就诊时间最短30分钟，最长5小时。闭合性损伤2例，开放性损伤8例。

二、症状和体征：昏迷8例（其中1例由清醒后诉头痛转入昏迷），烦躁5例，意识朦胧2例。合并肋骨骨折及四肢骨折5例。瞳孔一侧散大固定者6例，多变至两侧散大1例。有锥体束征5例。术前头颅X线拍片9例，均有不同程度的颅骨骨折。

三、治疗措施及结果：本组病例均用脱水剂、抗生素、止血药及一般剂量激素治疗。经手术探查发现硬脑膜外血肿5例（其中1例合并矢状窦破裂出血），硬脑膜下血肿4例，硬脑膜下积液1例，脑内血肿1例，脑挫伤8例，合并对冲伤1例，双侧开颅探查1例。7例开放性颅脑损伤的患者均有不同程度的颅骨凹陷并粉碎性骨折，脑挫裂伤，脑组织外溢出血，1例合并矢状窦出血。术后生存6例，生存率60%，4例分别于手术后1～12天内死亡，死亡率40%。

讨　论

颅脑外伤在基层医院没有CT检查的情况下，要提高生存率及抢救成功率，关键在于早期诊断及早期处理。

一、要重视颅脑损伤所致的颅内血肿早期诊断。一般而言，受伤后昏迷，出现一侧瞳孔散大，光反射减弱或消失，对侧肢体出现偏瘫，定位诊断明确可行开颅探查。但这类病人多半术前已有脑疝形成，临床实践证明，颅内血肿待脑疝形成后手术已属晚期，疗效不佳。若在脑疝形成前对颅内血肿作出正确判断、及时手术治疗，将会明显降低死亡率。本组病例中，一侧瞳孔散大固定者6例，双侧瞳孔散大1例，术后死亡4例。

二、颅内血肿早期诊断的关键之一是能否鉴别颅内血肿与脑组织挫伤所至的脑水肿。因为两者引起的体征有时相同。所以在无CT检查条件下，必须运用症状学分析，从原发性脑挫伤与颅内血肿的表现寻找鉴别点，严密观察和分析临床症状的动态发展。颅内血肿在变化中有如下规律：在血肿形成和扩大过程中，意识障碍呈进行性加重最为突出，是早期诊断颅内血肿的首要依据。当清理患者出现表情淡漠而后躁动，或者有原发性昏迷的患者在脱水处理后意识恢复或好转，很快又进入昏迷，或者意识清醒后出现剧烈头痛。出现上述临床症状及颅骨X线示颅骨骨折，则应及时钻孔探查。

三、一侧瞳孔缩小，光反射迟钝，双侧瞳孔等大，但一侧光反射迟钝，或一侧瞳孔稍散大并时隐时现，或在脱水处理后瞳孔大小多变，且出现一侧肢体肌力下降、疼痛刺激反应差、生理反射减弱。除了有脑干损伤的症状外，都应视为颅内血肿可能存在。本组伤后进行性昏迷加深8例。在观察及应用脱水治疗过程中，均发现一侧瞳孔稍散大，光反射减弱，对侧肢体肌力、痛刺激及生理反射减弱等表现。此时立即在瞳孔散大侧或肢体生理反射差的对侧施行颅骨钻孔减压清除血肿术。结果发现硬膜下血肿4例，硬脑膜外血肿5例，硬脑膜下积液1例，脑内血肿1例，脑挫伤6例，术后4例获成功。

体　会

一、颅脑外伤患者一旦确诊或疑有颅内血肿即应行开颅探查清除血肿减压术。对于有颅骨骨折者，应在骨折线周围钻孔，如无骨折者，可行额颞顶分别钻孔探查，如发现血肿可去骨瓣清除血肿。对有对冲伤的患者，应行双侧开颅钻孔探查。本组1例术前见着力点对侧瞳孔散大，因而在瞳孔散大侧开颅探查见脑内广泛血肿。

二、对于开颅后脑压较高、脑组织肿胀隆起，除术中加强脱水降脑压治疗外，如脑压仍高，应行脑针穿刺探查脑内有无血肿。对非功能区的脑组织膨出，可清除部分碎裂脑组织减压或去骨瓣减压，去骨瓣要大小合适，以不引起恶性脑膨出为好，过小可使脑组织嵌顿坏死。本组2例脑组织膨出，需切除部分非功能区的脑组织才能闭合头皮。

三、对于合并矢状窦出血患者，应紧急止血，暴露出血部位后，即用明胶海棉及棉片压迫暂时止血。本组1例因从二楼坠落引起前额粉碎性颅骨骨折，并刺入矢状窦内引起大量出血，清创中迅速找到出血部位，以明胶海绵及棉片压迫止血，转移一片硬脑膜与对侧硬脑膜紧密缝合而获止血。

万方数据 http://www.cqvip.com

四、对于开放性颅脑损伤的患者一定要强调彻底清创。清创范围包括清除颅骨碎片及坏死脑组织等异物，扩大创面彻底暴露损伤部位。本组 1 例顶骨粉碎性骨折、脑组织挫裂伤在本矿山卫生所施行手术，由于扩大了创面，彻底清除了碎骨片及部分碎裂脑组织而获成功。

五、重视术后昏迷时间较长病人的救治。脑外伤后长期昏迷是由于广泛大脑皮质及脑干网状结构受损所致，昏迷时间的长短，反映了脑损伤的严重程度，因此预防合并症非常重要。首先应保持呼吸道的通畅；本组 4 例行气管切开吸除呼吸道分泌物，有效的预防了肺部感染，从而降低了颅内压。同时还应尽早行脱水治疗。一般认为，创伤脑肿胀发生在颅脑损伤后 4～14 小时，最早可于受伤 20 分钟即可出现脑肿胀。因而及早行脱水治疗非常重要。另外，对于昏迷病人要定期翻身预防褥疮发生，并每天用呋喃西林或庆大生理盐水冲洗膀胱。本组治愈 6 例均无并发症出现。

本组死亡 4 例。死亡原因主要为严重脑挫伤及合并肺部感染，亦有由于医务人员对颅内血肿观察经验不足，而延迟了手术。故此，发现病人烦躁不安，意识障碍进行性加重，需结合头颅 X 线征及定位体征，对病人的生命体征，瞳孔的微小变化等进行动态观察，争取在脑疝未出现前及时钻孔探查清除血肿。对危急伤情患者及时处理是提高生存率的保证。

参考文献 略

（收稿：1993—09—03）

肝外胆管损伤的诊治及预防

武进县医院肝胆外科 巢正善 孙亚伟 严国度

（江苏省武进，邮政编码 213000）

肝外胆管损伤是胆道手术最严重的并发症，据文献报道发生率平均在 0.3%。90%以上发生在胆囊手术后，我们在最近 15 年中，治疗 12 例医源性肝外胆管损伤，本组病人均发生在胆囊切除术后。12 例中 10 例系慢性胆囊炎伴结石，入院后择期手术，2 例系急性胆囊炎行急诊手术，全组病人经治疗后均痊愈出院。

临床资料

本组男 4 例，女 8 例，平均年龄 48 岁。

损伤部位：胆总管下段横断损伤 3 例，不全性横断伤 3 例，胆囊管和肝总管结合处伤 4 例，左右肝管联合部损伤 2 例。

本组有 6 例在术中发现，其中 3 例剥离胆囊过程中损伤胆总管，1 例术中误将胆总管切断，2 例损伤在左右肝管部，同时切断肝总管和左右肝动脉，其余 6 例分别在术后 3～5 天确诊。临床症状：黄疸、高热、寒战及肝区胀痛，其中 3 例引流管周围溢出胆汁，右上腹有压痛反跳痛，肌紧张、脉搏每分钟 100 次以上。

损伤原因：其主要原因有以下几种。

1. 长期反复发作的急慢性胆囊炎，局部粘连纤维化，解剖关系不清，剥离胆囊时较困难。

2. 解剖变异，术者对胆道系统解剖不熟悉，经验不足，术时不够严谨，误伤肝总管，左右肝管以及肝左右动脉。

3. 麻醉不佳，腹肌不松弛，手术野显露不好，误伤胆总管。

4. 术中出血多，术者心慌，盲目钳夹和缝扎止血、损伤胆总管。

5. 切除胆囊时牵拉过大，将胆总管误扎或切断。

治疗：根据胆管损伤的程度、部位，以及损伤时间的长短和局部炎症、水肿、胆管粗细、分别做了不同手术，见附表。

附表. 手术方式和疗效

手术名称	例数	结果
胆总管对端吻合加 T 管引流	8	愈
胆总管十二指肠吻合术	1	愈
胆总管空肠 Roux—y 吻合术	1	愈
左右肝管成形和空肠 Roux—y 吻合术	2	愈

讨 论

一、早期诊断：肝外胆管损伤是胆道手术后严重并发症，其预后的好坏取决于诊治是否早期和