维普资讯 http://www.cqvip.com

17—18 食管肿瘤，贲门肿瘤，外科手术，食管胃吻合，

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 3 期总第 15 期

食管胃对端吻合 254 例临床观察

石家庄市第一医院胸外科 贾明彦 高保廷 张国栓

（河北石家庄，邮政编码 050011）

R735.05

食管癌及贲门癌切除后，有许多种食管重建的吻合方法[1,2]，但是无论那一种吻合方法均有一定的术后吻合口并发症。为了预防吻合口瘘和狭窄的发生，我院从 1987 年 1 月至 1992 年 2 月共行食管癌、贲门癌手术切除 386 例，其中贲门癌及食管下段癌切除食管胃端端吻合术 254 例，占 63.4%，经临床观察效果满意，现报告如下。

临床资料和方法

本组 254 例中，男性 212 例，女性 42 例，最小年龄为 30 岁，最大年龄为 81 岁，平均年龄为 59 岁。其中贲门癌 230 例，有 2 例为胃大部切除术后再发贲门癌，食管下段癌 24 例，病变位于近贲门处，病变长度在 3.0cm 左右，均行主动脉弓下吻合术。

手术方法：病人取右侧卧位，经左后外侧开胸切口，常规游离食管下段及胃体切除肿瘤，小弯侧胃残端间断缝合封闭，大弯侧留 3.0cm 做吻合口，沿胃轴转 90 度，使小弯侧封闭处正对食管吻合口后壁中间，吻合口后壁及前壁行间断全层内翻缝合，胃管由麻醉师送入胃内，距吻合口 2.0cm 处，用 4 号线套入式行胃后壁浆肌层与食管后壁肌层及纵隔胸膜缝合，取下肺韧带包盖吻合口前壁，上下各用 4 号线缝合 4～6 针，不留残腔。

结　果

本组术后发生吻合口瘘 4 例，吻合口瘘发生率约占 1.5%，无手术死亡病例。全部病例术后又周行钡餐造影显示吻合口均在 1.0cm 以上，无吻合口狭窄发生。术后随访 185 例，最长时间为 2 年，最后时间为 6 个月，病人均能顺利进半流食和普食，部分患者食量基本达到术前水平。10 例遇有返流，经胃肠造影证实为轻度返流。

讨　论

一、降低吻合口瘘的发生率：食管贲门癌切除后，其食管胃吻合方法，虽有不断改进，但术后吻合口瘘仍为严重并发症之一，并且为手术死亡的重要原因。张大为等报道吻合口瘘发生率为 2.1～11.6%不等，其吻合口瘘致死率为 31.6～71%[3]。本组发生吻合口瘘 4 例，占 1.5%。经胸腔闭式引流，空肠造瘘，加逆行胃管负压吸引等治疗，短时期内治愈出院。吻合时行端端吻合，使食管胃断缘对拢整齐，减少了胃壁重新切口所致的缺血区，保证了吻合口血供丰富，有利于愈合。此外下肺韧带血运丰富，包盖吻合口前壁后很快与吻合口粘着，利于组织的修复愈合。

二、吻合口狭窄的发生率，各家报道差别颇大。国外手工吻合为 9.0%，机械吻合为 16.1%，国内为 0.5～9.5%[4]。本组全部病例术后 2 周行钡餐造影显示吻合口在 1.0cm 以上，并行术后 3 个月，6 个月复查，无狭窄发生。临床观察半年至 2 年 185 例，病人均能顺利进普食和半流食。本组无吻合口狭窄发生。我们认为，前壁行一层吻合相应地扩大了吻合口的内径，外加下肺韧带包盖，取代了传统的食管前壁浆肌层包埋缝合，减少了由于外层套入缝合过多而引起吻合口瘢痕性狭窄的可能性。

三、本组有 10 例病人偶有返流，表现为返酸呃逆，但无胸骨后烧灼感，经胃肠造影证实为轻度返流，经指导调节改良，保持正确的体位，尤以食后请不要平卧，以及口服药物对症处理均能得到缓解。

四、本组有 25 例为晚期贲门癌、肿瘤较大，并有 2 例为胃大部切除术后发生的贲门癌，行近端胃切除后，残胃较小，用以往习惯吻合方法包套困难，而未用本吻合术式感到残胃有足够的长度，吻合容易，且无张力，术后恢复顺利。

五、本方法减少了全部缝闭胃残端重新造吻合口的繁杂操作，缩短了手术时间，操作简单，所留残胃较大，使残胃有足够的长度，有利于手术操作，尤其是对晚期贲门癌、胃大部切除术后发生的

维普资讯 http://www.cqvip.com

手术室；保洁监控；医院内感染；预防 749410

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 3 期总第 15 期

贲门癌，近端胃大部切除后残胃较小者，吻合时感到更为方便。

通过对本组 254 例病员食管胃对端吻合术的临床观察，认为该术式具有操作简便、适应症广、术后并发症少等优点，但由于临床观察病例尚少，对于术后发生之并发症及手术技巧有待进一步观察和提高。

参考文献

1. 顾恺时主编．胸心外科手术学，第 1 版，北京：人民卫生出版社 1992：599～605.
2. 黄孝迈主编．现代胸外科学，第 1 版．北京：人民军医出版社 1991：236～246.
3. 李凤琴，等．胃腔内食管胃吻合术 60 例（摘要），中华胸心血管外科杂志 1990；6（3）：179.
4. 尹家兴，等．食管贲门癌术后吻合口狭窄的外科治疗，实用外科杂志 1986；6：193.

（收稿：1995—02—28）

R18,12

手术室保洁监控措施及其在预防医院内感染的意义

陕西师范大学医院手术室　高巧梅

外　科　王甲申

（陕西西安，邮政编码 710062）

R612, R181.34

医院内感染目前日益受到重视。国外报道医院内感染发生率为 3～17%，我国的医院内感染率为 6～9%。而外科病室及妇产科病室内病人发生医院内感染则多于其他科室。

手术病人非常易感，因为正常的防御屏障受到破坏。麻醉时，由于咳嗽反射受到抑制，同时咽和气管分泌增加并淤滞，促进了病人对空气所播散感染的易感性。由于手术创伤造成病人全身紧张，也相对地降低了病人的低抗力，术后的器械，敷料以及吸引出的积血积液等。处理不当也将成为感染源。由此可见，手术室的保洁监控工作对预防及降低术后病人感染有着极其重要的作用。

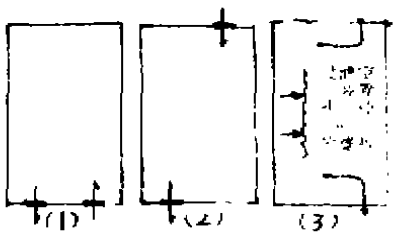
作者认为手术室的保洁监控应采取下述措施为宜。

一、手术室分区：将手术室分成限制区、半限制区和非限制区，有利于控制人员走动，而控制污染程度。

二、接送病人：接送病人的推车要内外有别，在手术室入口处更换清洁车与外出推车，且病人的衣物等不允许进入手术室。

三、对工作人员的要求：在手术室内工作的所有人员，应穿只在手术室内用的清洁洗手衣裤，入室后不准再外出。术前勿淋浴，因为淋浴后 2 小时内皮屑脱落增加，应在术前 1 日淋浴为宜。衣服袖口、裤脚口应有松紧带。男同志要求不留长发和胡须。口罩、帽子应使用一次性的，手术时尽量少讲话，以减少飞沫传播。手术室正门勿打开，无关人员不准入内，并限制参观人数，术中避免反复进出，必要时可从侧门出入。

四、手术室通气系统：可有三种方式，如图所示：



五、空气培养，培养皿∅9cm，应每小时＜10cFu（菌落），应在手术过程中取样，并报告菌种。

六、手术前洗手消毒，洗手是手术前手术人员对手和臂消毒的常规措施，是外科无菌技术的重要环节，对预防手术切口的医源性感染有着重要的意义。

水笼头应配备感应装置或脚踏开关装置。使用的水必须是优质自来水或消毒水，不可使用预先加热到37℃的水。

（下转第12页）