维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 3

绞窄性疝行疝修补手术10例体会

吴勇植* 刁万军*

以往的观点认为，对于绞窄性疝，凡施行肠切除肠吻合术的病人，因手术区污染不宜行疝修补手术，只行疝囊高位结扎手术，以免因感染而修补术失败。这样往往需要二次行疝修补手术。我们自97～98年间，对10例绞窄性疝，小肠坏死的病人在行肠切除，肠吻合术后，行一期疝修补手术均获成功，效果良好，报告如下。

一、临床资料：本组病例中男性7例，女性3例，斜疝7例，股疝3例。年龄25～44岁，嵌顿时间四小时～2周。疝内容为大网膜、小肠。住院日数7～10天。切口愈合甲级8例，乙级2例。

二、手术体会：麻醉选用硬膜外麻醉。切口选择同一般斜疝手术，股疝适当下延。逐层切开，注意止血显露疝囊，以纱布垫保护切口以减少污染，打开疝囊，检查疝内容，吸除渗出物，可见肠管，大网紫黑色、血性渗出，肠系膜血管栓塞，松解疝环，注意勿使疝内容回缩，以免遗漏，必要时对提出部分肠管探查，根据情况行大网膜切除、肠切除行对端吻合，术中注意及时吸除渗液及外溢肠内容物，尽量减少术野及腹腔污染。肠吻合术后可以庆大霉素盐水冲洗，还纳腹腔。疝囊处理，如粘连不严重，尽量全部切除，高位结扎，悬吊。检查术野，如无活动出血，即可行疝修补手术。行疝修补术时注意为松解疝环已切开的弓状肌缘组织及腹腔沟韧带均应完整修复。选用4号或7号丝线，因组织水肿，尽量多缝合一些健康组织，缝合松紧适宜，以免组织切割影响预后。斜疝选用巴西尼氏法或麦克凡氏法，股疝选用巴氏法，缩小股管内口。修补术后再次以庆大霉素盐水冲洗伤口，缝合皮下，根据情况如渗出较多，可置胶片引流，引流置于皮下或垂直置于腹外斜肌腱膜下，术后切口加压包扎8小时。引流物根据渗出情况24～48小时后拔出，也可延至3～5天，术后应用广谱抗生素。注意术后卧床5天，应避免尿潴留、便秘。切口拆线7～10天。

三、小结：我们对10例绞窄疝病人行疝修补术均获成功，术后除2例因引流致切口轻微炎变，经抗炎治疗，创口换药处理乙级愈合，未致严重化脓感染。术后随访长者一年未发现复发，术区情况良好。我们认为如术中发现肠管未穿孔破裂造成严重污染，只要注意术中减少污染，正确施行修补手术，术后合理应用抗生素，均可达到一期治疗目的。（结肠狭窄除外）。这样缩短了治疗周期，避免了二次手术之弊，减轻了病人的负担。

（收稿：1999-03-23）

* 作者单位：161400 黑龙江省嫩江县人民医院外科

左半结肠癌并发肠梗阻围手术期处理

刘岩松* 李文德*

一、临床资料：本组共12例，男8例，女4例，男：女为2：1。最小年龄53岁，最大年龄77岁，平均57.8岁。病变位于降结肠者5例，乙状结肠3例，直肠上段（腹膜返折上）3例。粘液腺癌3例，低分化腺癌2例，腺癌7例。12例均有阵发性腹痛病史，最短者3天，最长者4个月，多数在7～10天。9例有大便时干时稀症状，3例无大便改变，均无明确脓血便。12例均一期切除肿瘤，恢复肠道连续性。术后切口裂开3例，切口感染2例。一例术后三天心跳骤停死亡。

二、讨论：1. 左半结肠癌并发肠梗阻的诊断问题：及早明确结肠癌并发肠梗阻的诊断，对于治疗和愈后都是极为主要的。明确诊断越早，并发症就越少，治疗就越顺利，愈后越好。一旦延误诊断，就会不可避免的出现肠管高度扩张、水肿、缺血，甚至穿孔，严重脱水及电解质紊乱，影响心肺功能，给手术及术后治疗带来诸多困难。诊断顺序应该是首先确定是不是结肠癌梗阻。依据是：①50岁以上，无手术史，出现串气样阵发性腹痛，首先要想到癌性梗阻。②体征：病初为马蹄形腹胀，渐至全腹。③X光腹部平片见有扩张的右半结肠及左半结肠近端扩张肠袢、结肠积气及气液平面。④排除粪

* 作者单位：118000 辽宁省丹东市中医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

便性肠梗阻，应该提高阅片水平，本组一例入院时误诊为胃扩张。2例误诊为粘连性肠梗阻。其次是确定梗阻部位，它关系到手术切口的选择。方法有二：①腹部平片结肠扩张的肠袢，末端即为梗阻部位。②低压钡灌肠或温盐水灌肠。钡灌肠至肿瘤部位，不能通过。盐水灌肠适用于乙状结肠梗阻及直肠梗阻。如能灌入200ml以上，梗阻在乙状结肠或降结肠；如灌入150ml～200ml即要排出，梗阻在直肠上段。必需指出对于没有确定结肠梗阻的肠梗阻病人，应该禁用中药大承气汤及番泻叶或口服甘露醇，这样能迅速使肠管扩张，肠内容物增加，肠内压增高，肠壁水肿，血循障碍，严重者造成肠破裂。许多文献都提及这个问题，应该引起重视。本组2例用了甘露醇、3例用了大承气汤，均使腹胀迅速加重，术中见肠管高度扩张和水肿，2例结肠浆膜破裂。

2. 术前准备：结肠癌并发肠梗阻已经诊断明确，应该急诊手术。术前准备应从速从简。①了解心肺功能，②胃肠减压，③纠正水电解质失衡及酸中毒，④抗感染使用广谱抗菌素为宜，⑤低压灌肠，清除梗阻远端积粪及钡灌肠所存留钡剂，保证远端结肠空虚而通畅，有利术后恢复。这个问题还有争议，有人提出禁用灌肠，怕的是导致肠穿孔。我们认为：结肠癌致肠梗阻是进行性加重的，是不可逆的，全肠道准备是不可能的，远端低位灌肠清除残留物，对术后恢复是有利的，因而是可行的。

3. 术中肠减压问题：左半结肠癌梗阻，肠腔内积气积液，内压增高，肠管扩张，肠壁水肿、缺血，严重影响手术操作，必须首先彻底减压，才能进行手术。肠减压的方法包括穿刺减压、插管减压，肠腔灌洗，肠袢外置造口减压。不管如何减压，应该做到避免污染，防止肠破裂，减轻创伤。我们采用将梗阻近端结肠提出腹腔外，如提起困难可切开侧腹膜稍加游离。用消毒塑料布铺至切口缘，然后将两边缘提起呈半筒状，下端对准台下污物桶，肠袢下垫大纱布垫，保护切口，然后切开肠壁约3.0cm造口，肠内容物排出，流入污物桶。减压时应注意手法要轻，由远端至近端向下挤压，待结肠基本排空后再排小肠内容物，不作小肠切口。始终保持远端低压通畅，禁止在远端高压时勉强挤压近端，造成肠管破裂。肠管浆肌层撕裂，减压后不做肠道灌洗，荷包缝合切口埋入肠腔。此方法造口大，减压快、污染少，对病人打击小。较穿刺减压，插管减压肠道灌洗为优。术中是否作肠道灌洗存在着争议，主张肠道灌洗者认为，灌洗后保持肠道清洁无菌，避免粪便对吻合口刺激而发生炎性反应、进而防止了吻合口瘘的发生。也有人认为，不做结肠灌洗并不影响吻合口愈合。两者相比，吻合口瘘的发生率无差异，根据近年的研究认为：肠粘膜上皮细胞的主要营养来源60～70%是依赖肠腔内的营养物质。粪便中的食物纤维，经厌氧菌发酵后产生短链脂肪酸(SCFA)，对结肠粘膜，尤其是远端结肠粘膜愈合有重要生理学意义。乙酸能增加结肠血流，丁酸能刺激结肠粘膜增生。粪便是促进结肠粘膜上皮愈合的重要因素，因此不作肠道灌洗是合理的。本组12例左半结肠癌并发肠梗阻，急诊一期切除肿瘤段肠吻合，均未做结肠灌洗，无一例发生吻合口瘘。因此我们认为，术中结肠灌洗，延长了手术时间，无疑增加了病死率，弊多利少。

4. 关于Ⅰ期切除肠段吻合问题：左半结肠癌并发肠梗阻，传统的手术方案是分期手术，即Ⅰ期、Ⅱ期手术。此种手术费时短，增加了第一次手术的安全性，给危重病人一个恢复的机会。从治疗全过程看，治疗时间长，肿瘤继续发展，延误肿瘤切除时机，肿瘤不能切除或终生不能恢复肠道的连续性，污染重、切口感染率高，降低了病人的生存时间和生活质量。近年来多趋向一期切除吻合术。对手术后效果各家报告不同。有人报告，左半结肠癌梗阻Ⅰ期切除吻合，病死率高达60%。但多数报告在2%左右，吻合口瘘的发生率仅在5%左右。本组12例无吻合口瘘发生，可能与病例较少有关，因此我们认为左半结肠癌合并肠梗阻Ⅰ期切除吻合是较为合理的手术方式。只有在病人全身情况差，不能耐受手术者及肿瘤晚期，固定不能切除的患者，才做近端结肠造瘘术，其他均应Ⅰ期切除吻合。发生吻合口瘘的原因在于保留肠管两断端的血液循环差，吻合口两端口径相差过大，吻合不完善，吻合后两端过紧及吻合口狭窄。消除这些因素是避免吻合口瘘发生的关键。我们对三例切除后两端肠腔口径基本相同者采用端对端吻合，上下两端肠腔相差过大者采用端对侧吻合，保证了吻合质量及吻合口通畅。术后无吻合口瘘发生。一期切除吻合术，缩短了治疗时间，避免了再次多次手术的痛苦，去除了原发病灶，避免了肿瘤继续发展，延长了生命期，提高了生活质量，降低了医疗费用，是值得推广的手术方法。

5. 关于术后营养问题：左半结肠癌并发肠梗阻，多发生在60岁左右的老年人，均有不同的慢性不完全性肠梗阻过程，发生完全性肠梗阻后，肠腔内容物较多，多表现为中度脱水及营养不良。对术后切口愈合，吻合口瘘的发生有着重要影响。本组3例切口裂开均与营

维普资讯 http://www.cqvip.com

养不良有关，应该引起重视。措施是术后在纠正水电解质失衡的基础上，首先补充足够的能量，以脂肪乳剂为主，10%葡萄糖为辅，每天热量在2000～2500千卡，补给蛋白质80～100克，以氨基酸为主，并少量多次输血，待病人排气后，减少输液量，给口服新鲜牛奶每日500～1000ml，补给微量元素。这样保证了输液的质量，降低了水输入的数量，防止水份过多，组织水肿，保证了切口及吻合口的顺利愈合。补液的多少，与输入速度直接影响心肺功能，如何正确估计合适的补液量，也是一个很困难的事。因为，①不能准确估计术前失量，②术中不能准确估计丢失量，③多数患者有细胞内脱水，④老年患者较正常人需水量少。因此，我们观察到，正确掌握补液多少的方法，除常用计算方法外，很重要的指标是看睑结膜是否有水肿，下肢是否有水肿。如果结膜有水肿说明输水量过多，应控制补液量及速度。

（收稿：1999-03-17）

经右胸体外循环心脏不停跳下行房室间隔缺损修补术的手术配合

郭允慧* 宋贵欣** 李祥霞***

心房间隔缺损（ASD）、心室间隔缺损（VSD）均为常见的先天性心脏病，以往手术多采用胸骨正中切口，在低温体外循环下行心内直视修补术，手术损伤复杂，创伤较大，并发症较多。我院自1997年10月～1998年8月采用右胸切口常温体外循环心脏不停跳下行修补术56例。现将手术配合体会介绍如下。

一、资料和方法：1. 临床资料：本组病历中ASD 32例、VSD 24例，其中男21例，女35例。年龄3～56岁，平均12岁，体重13～72kg，平均26kg，心胸比0.46～0.68，平均0.56。ASD（Ⅰ）32例（中央型25例，下腔型6例，上腔型1例），8例直接缝合，24例用自体心包5%prolene滑线缝合。VSD 24例，均为膜周部室缺，直径0.4～1.0cm，均直接缝合。2. 术前准备：术前巡视病人，做好解释及心理疏导工作，取得病人的信任，减少恐惧心理，使病人积极配合手术治疗。术间应宽敞，术前要彻底清刷，用福尔马林熏蒸消毒。准备吸引器、心灼器各1台，托手板1～2个，静脉测压架1个，升降器械托盘1个，尿瓶1个。除准备常规用药外，还需备齐急救药品及肝素、鱼精蛋白等特殊用药。特殊用物：除心外科器械包外，另备3～5把密克斯脱钳，儿童备小儿开胸器、1号心耳钳各1把，40cm长的线绳三根，涤沦补片，4/0，5/oprolene滑线2～3根，动、静脉穿刺包。3. 手术过程简介：手术在全麻插管下进行，取左侧卧位，左胸部适当垫高，躯干部向后倾斜约20°，右上肢上举，屈肘90°，悬挂于手术台头架上，切口比传统前外侧切口后移4cm，于第四肋间入胸，在膈神经前2～3cm处，纵行切开心包，将心包固定，充分显露心脏，常规肝素化，在主动脉根部插供血管，上、下腔静脉插静脉引流，转机开始，不降温，如预充液温度低，则预先加温，使鼻咽温度维持在35～37℃。阻断上、下腔静脉，不阻断升主动脉，在心脏跳动中切开右房，根据缺损情况加以修补，关闭ASD或VSD前胀肺排净左房或左室内气体，关闭缺损后，观察修补处无漏血，缝合右房切口，平衡容量后停机。4. 手术配合：（1）转流前配合　病人入手术室应详细核对病人姓名、年龄、诊断、床号是否与病历符合。心功能差的患者应立即持续心电监护，小儿应防止坠床，同时肌肉注射氯胺酮麻醉。建立静脉通道，穿刺部位应选择上肢为宜。根据患者年龄大小选择适宜套管针，穿刺成功后接上延长管，以便于静脉用药。协助麻醉师诱导全麻插管。各种穿刺、导尿均应在全麻后进行，以减少对患者的刺激。桡动脉测压，评定循环功能，观察血压变化，并可以及时抽血监测血气分析。常规锁骨下静脉穿刺置管，可监测中心静脉压，便于静脉给药，确保手术顺利进行。对心功能差的患者并伴有肺高压症的，防止发生心衰和肺水肿，应严格控制输液速度，一般常规补液量，小儿按10ml/kg·h计算，成20～40滴/min。手术插管过程中，应注意防止因快速放血所导致的血压下降，可根据血压情况快速输血或应用升压药，至于台上用药需经两人核对无误后方可应用，准确记录出入量，及时总结转流前出血量及补液量并记录。（2）转流中配合　在转流期间，液体调整主要靠人工心肺机，须维持通畅。注意观察中心静脉压

* 作者单位：276004　山东省临沂市医院手术室
** 山东省临沂市肿瘤医院
*** 山东省临沂市铁路医院