维普资讯 http://www.cqvip.com

灭滴灵预防结、直肠手术后切口感染

市一医院外科
刘正家 时德

切口感染是结、直肠手术后常见的并发症，如何降低感染率，一直是探讨的问题。我院外科1984年11月～1987年10月手术治疗结、直肠癌60例，全部采用灭滴灵肠道准备及术后静滴灭滴灵（A组），预防手术后切口感染，取得了满意的效果。并与1978年11月～1984年10月未采用灭滴灵作肠道准备（B组）而行手术治疗的60例结、直肠癌进行分析、比较。

资料与方法

1. 临床资料

A组：男40例、女20例。年龄24～77岁，平均50.5岁。

B组：男36例、女24例，年龄16～83岁，平均49.5岁。

两组的性别、年龄无显著性差异，其疾病与手术类型亦相仿（附表）。

附表 两组疾病与手术方式

手术类型	A组	B组
右半结肠切除术	14例	20例
左半结肠切除术	1例	3例
乙状结肠切除术	7例	13例
直肠癌根治术(Miles手术)	38例	24例
总计	60例	60例

2. 方法

两组术前2～3天进少渣饮食，术前晚清洁灌肠等准备相同。

A组：术前口服灭滴灵400mg tid，连用2日。术前一天加用口服新霉素 1g qid。术后用静脉滴注灭滴灵500mg q8h 连用3～5日，并选用庆大霉素、或氨苄青霉素、或氯霉素。

B组：术前55例口服新霉素 1g qid，连用2～3日；3例口服磺胺胍 1g tid，连用5日；2例链霉素 1g Bid，连用2日。各例术后选用庆大霉素、或氨苄青霉素、或氯霉素。

3. 结果

A组60例中，发生切口感染3例，感染率为5%。

B组60例中，发生切口感染：0例，感染率为33.3%。

A组的切口感染率明显低于B组，有非常显著性差异$P<0.001$。

讨论

以往认为结、直肠手术后切口感染中，以大肠杆菌为主。近年来发现在术后感染切口中，厌氧菌培养的阳性率高达58～75%，其中87%是脆弱杆菌[1]。人类粪便中，厌氧菌占粪便细菌的99.9%，肠道内需氧菌与厌氧菌之比为1:1000～10000[2]。术前机械性清洗可减少肠道内细菌的数量，但不能改变肠内的细菌浓度，仍可导致23～63%的感染率[3]。因而在结、直肠手术前、后，选用抗厌氧菌药物预防切口感染是有根据的。

灭滴灵有很强的抗厌氧菌作用，毒性低，效力强，吸收快，杀菌作用迅速。无论口服，静脉或直肠给药均可取得同样效果。它在体内分布广，能透过血脑屏障，30min内进入组织各种体液中，如尿、唾液、乳汁、羊水、胆汁、腹膜腔及脓肿中均迅速达到较高浓度。Hinchey等[4]在结肠手术前，

维普资讯 http://www.cqvip.com

全胃肠外营养治愈上消化道瘘2例报告

第一医院普外科 王严庆

自Dudrick[1]证明全胃肠外营养（TPN）能使实验动物长期存活、正常生长发育，并成功用于临床以来，其应用日益广泛，尤其对于消化道瘘、重症胰腺炎等的治疗，取得了巨大成功。最近普外科应用TPN治愈上消化道瘘的重危患者2例，特报道如下：

例1，瞿某某，男，61岁，因中上腹痛8月伴黑便昏倒一次于1987年4月18日入院。胃镜活检诊断为胃底贲门癌致贲门不全狭窄，钡餐显示胃底软组织块影达9×5×4cm，病变已累及食管下段4cm。6月28日在全身麻醉下先经腹行根治性全胃切除、空肠代胃，后经胸行食管下段切除、食管空肠吻合术。术后第7天病员出现高热、气急，偶有谵妄，第9天胸透见左下胸腔积液达第4前肋。即行胸穿，抽出多量气体及310ml含胆汁的肠液样混浊液，食管空肠吻合口瘘诊断肯定。立即经第8肋间作闭式胸腔引流，次日引出多量气体及肠液150ml，呼吸改善，体温降至38℃以下。但因术后一直禁食，患者消瘦，一般情况差，遂于6月8日行右锁骨下静脉穿刺插入中心静脉导管（透视下见导管位于上腔静脉近右心房处）开始TPN。高营养液由药厂配制，1000ml中含葡萄糖250g、氯化钾3g、氯化钠4g、25%葡萄糖酸钙20ml，25%硫酸镁4ml，按计算的每日需要量当天输入半量，逐日增加，至第5天达全量为高营养液2000～2500ml（胰岛素32～40u）、氨基酸（西德制stongamin含18种氨基酸，1000ml含总氮量7.87g、热卡1674kcal，以及国产复合氨基酸）1000～1500ml，各种维生素每日按量加入。每周输入10%脂肪乳剂500～1000ml、全血300ml等，共维持28天，患者体温保持正常，一般情况好转，可下床走动，体重由50kg增至51kg，尿糖维持在（－）～（+），肝功和血电解质基本正常（血磷4.1～3.3mg/dl），中心静脉插管口以碘伏纱条密封，无感染。闭式胸腔引流量最初300～250ml/d，逐渐澄清，至TPN第10天时减至50ml/d，第17天起无液体引出，胸透见肺扩张良好，逐日拔除引流管。第23天（6月30日）试口服饮食，无不适。7月4日TPN终止时口服已能满足大部分营养需要，康复出院。

例2，唐某某，男，18岁，因腹部被汽车撞伤后30天、右原肾腔造瘘口胆液溢出3天于1987年1月

采用口服灭滴灵750mg tid，连用2日，术前一天加新霉素口服1g tid作肠道准备。术后切口感染率5%，而对照组（红霉素＋新霉素）为25%。Willis等[1]用灭滴灵1g术前24h置于直肠内，术前连用7天，对照组服用安慰剂。两组术后都用庆大霉素，结果灭滴灵组无1例切口感染，而对照组为58%。目前认为灭滴灵能对抗几乎所有的厌氧菌，对脆弱杆菌的杀菌作用为95%[5]。

关于用药的时间与剂量，我们体会术前2天口服灭滴灵每日1.2g，术前一天加用新霉素每日4g为佳，过早服用易产生胃肠道反应。急诊病人可于术前1h开始静脉滴注。术后持续应用3～5日已足够，并适当加用抗需氧菌的药物。使用时间太长易产生耐药菌株或菌群失调。

参考文献

[1] Willis AT, et al. Surgery 1983; 93: 174

[2] Burton RC. Br J Surg 1973; 60: 363

[3] Marti MC. Surgery 1983; 93: 190

[4] Hinchey EJ. Surgery 1983; 93: 197

[5] 张天应译. 国外医学外科学分册1983