DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.12.055
第24卷第12期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 12
1488 2002年12月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Dec. 2002

经验交流

文章编号:1000-5404(2002)12-1488-02

6例结肠癌根治术后吻合口瘘的预防与诊治

Prevention, diagnosis and treatment of 6 cases of anastomotic leakage after radical colostomy

王立明,罗云生,蔡瑜娇,刘作金,向佳梅 (第三军医大学附属新桥医院普通外科,重庆 400037)

结肠癌是普通外科较为常见恶性肿瘤,临床行结肠癌根治、Ⅰ期肠吻合是目前治疗结肠癌行之有效的术式之一,但若处理不当,此术式可发生一系列术后中以吻合口瘘最为严重,据报道该可高达10%~20%[1],成为影响病人术后生存质量的顽疾。本研究报告538例结肠癌根治、Ⅰ期肠吻合术后6例发生吻合口瘘的诊断与处理体会。

1 临床资料

本组6例均为术后吻合口瘘,占同期结肠癌根治术的1.11%(6/538)。其中男性5例,女性1例。年龄45~62岁,平均年龄56岁。原发灶均位于左半结肠5例。术后病理诊断,低分化腺癌4例,中分化腺癌1例,粘液癌1例,均为Dukes C期。6例患者术前经积极肠道准备,均行结肠癌根治、Ⅰ期肠吻合术。术后发生吻合口瘘的时间为5~7 d,一经确诊,即行近端结肠造瘘,全身支持及抗感染治疗,全部患者均未出现严重10~20 d后痊愈出院。3例患者半年后来院行结肠还纳术。

2 讨论

2.1 结肠吻合口瘘的临床诊断

本组6例吻合口瘘的诊断主要根据病人术后的临床表现与一般检查发现。吻合口瘘一般发生于术后5~10 d,由于导致瘘的原因不同,瘘口的大小不同,临床表现亦不相同。若吻合口瘘发生于较小的瘘口,其临床表现较为缓慢,多数表现为局限性腹膜炎症状,腹痛症状又易被术后伤口痛所掩盖,由于伴发热故易被怀疑为腹腔或腹壁伤口感染,直至伤口敞开有粪汁流出后才被诊为吻合口瘘。若瘘口为吻合口的大部乃至完全性裂开,则临床能引起弥漫性腹膜炎,重者导致全身性感染,引发中毒性休克,死亡率颇高。术后早期发现吻合口瘘并及时处理,对于病人预后意义重大。由于结肠吻合口瘘属低位肠瘘,用口服美蓝的方法对诊断帮助不大,因美蓝未排至结肠已大部被吸收。口服活性炭见伤口流出炭样黑色粪汁有诊断价值。其他的检查方法有直肠指检、B超、结肠镜与钡灌肠检查等。直肠指检有助于直肠低位吻合口瘘的诊断,可触及与直肠腔相通的吻合口外的脓腔,但切忌手法粗暴,以免加重吻合口的破裂。B超检查仅能提示腹腔积液或脓肿的存在,对肠瘘无特异性诊断价值。结肠镜与钡灌肠在急性期不宜采用,一般在三周后方可进行,钡灌肠透视可发现钡剂自吻合口向肠腔外溢的征象。若有腹壁腹腔内窦道瘘管形成,可经腹壁的瘘口造影,此时可见腹腔内窦道的行径与肠腔通连的征象。

2.2 结肠吻合口瘘的原因

结肠吻合口瘘的发生原因是多方面的[2]。绝大多数结肠癌病人在术前伴有完全性或不完全性肠梗阻的表现,有的病人有慢性腹泻、长期脓血便的病史,加之结肠癌多发于年龄偏高体质弱的人群,大部分人同时患有其他疾病,尤其是心血管疾病、高血压、糖尿病等,甚至已有贫血、低蛋白血症或恶病质的表现。在这种条件下行急症手术,术后难免发生各种。除上述全身情况外,导致结肠癌术后吻合口瘘的局部因素有如下几点:①术前肠道准备不充分,术中粪便外溢至腹腔引起腹内感染,影响肠道吻合口愈合;②手术操作不当致吻合口局部血循差,如过多切除吻合口周围脂及垂、过多游离断端系膜或缝闭系膜进损伤肠管系膜缘的血管均可影响吻合口周围脂肪垂、多过游离断系膜或缝闭系时损伤肠管系膜缘的血管均可影响吻合口血液循环。③吻合技术上的缺陷,如吻合针距过密或过稀,结扎过紧或过松、吻合口肠端不规整、吻合口内翻过多引起相对狭窄扭曲等均直接影响吻合口愈合。④肠管游离过短,特别是近端肠管游离不够致吻合口张力过大,使吻合口局部血运不良影响愈合。⑤吻合口远端梗阻未能彻底解除。⑥肠管切除不够,在不正常的肠管上行吻合,术后肠壁组织愈合不良。⑦腹腔内感染形成腹腔脓肿或吻合口脓肿,脓肿破溃后形成瘘口。⑧术中引流管放置不当[3]或引流管过硬。

2.3 结肠吻合口瘘的预防及处理

结肠吻合口瘘只要术前术后积极预防,术中细致操作,措施得当,是完全可以避免的。我们认为,下列治疗手段对于预防结肠吻合口瘘有积极意义:①严格掌握手术适应证,对患有心、肺、肝、肾等脏器严重疾患或一般情况较差的病人,可行Ⅰ期切除癌灶、结肠断端造口,切忌感情用事或勉强行事。②术前做好充分有效的肠道准备,包括抗生素的应用、饮食准备及肠道冲洗等。③对一般状况较差的病人,若病情允许应切实改善全身状况后再行手术。④术中讲究操作规程,保证吻合口血液供应,充分游离吻合口两侧的肠管,保证吻合后的肠管无张力或低张力,彻底解除病灶两侧肠管的梗阻,切除足够的病灶范围,不再有病变的肠管上吻合,讲究吻合技巧,缝合宽紧适宜。⑤采用一些新的术式预防吻合口瘘的发生,如有人应用带

作者简介:王立明(1965-),男,河北省武汉市人,博士,主治医师,主要从事消化道肿瘤的发病机制方面的研究,发表论文14篇。电话:(023)68755114-74605

收稿日期:2002-01-16;修回日期:2002-04-18

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

蒂浆肌层片覆盖吻合口预防吻合口瘘的发生,临床取得满意疗效[4]。⑥术后加强支持治疗及抗生素的应用,防止腹腔发症的发生。也有人认为肠腔内使用抗生素有利于防止吻合口瘘的发生[5]。⑦术后定时扩肛。扩肛可使肛门括约肌松弛,有利于肠内容物排出,降低肠管压力,帮助吻合口愈合。

结肠吻合口瘘一旦确诊,应采取积极有效的治疗措施尽早治疗,防止更为严重的发症发生,危及病人生命。首先应改善病人全身状况,加强营养支持疗法,提高机体抗感染能力,维持水电解质平衡。因吻合口瘘引起腹腔感染大多为混合感染,故提倡联合使用抗生素,尤其应使用抗厌氧菌药物。积极治疗各种合并疾病,特别是控制好血糖水平。严格禁止使用各种影响病人免疫机能的抗癌药物。

对吻合口瘘引起的弥漫性腹膜炎的处理应根据腹腔感染程度与吻合口瘘部位而定。吻合口瘘一期修补不易成功,可行近端结肠造瘘术使粪便转流或将原吻合口拆开,分别造口,待腹腔感染控制,伤口愈合后择期手术处理。本组 6 例确诊后,经短暂调整全身状况后,均急症行近端结肠造瘘,术后经全身支持及抗感染治疗,全部患者均未出现严重发症,10~20 d 后痊愈出院。3 例患者半年后来院行结肠还纳术。

如为局限性腹膜炎,说明瘘口小,盆腹腔脓液较少,仅行腹腔引流或将感染创口敞开引流即可。因这种创口感染脓腔多与腹腔内感染直接相通,如吻合口远端肠管无梗阻,多数病人在全身营养支持疗法下 2~4 周内愈合。

关键词:结肠癌根治术;吻合口;肠瘘
中图法分类号:R735;R656.9 文献标识码:B

参考文献:

[1] 杨金镛,崔自介. 普通外科诊疗术后并发症及处理[M]. 北京:人民卫生出版社,1998.445.
[2] 迟彦邦,詹新恩. 外科常见失误及防治[M]. 重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1990.247.
[3] 刘学军,张新军,靳建强. 结肠癌Ⅰ期手术吻合口瘘 9 例原因分析[J]. 临床误诊误治,1999,12(1):58.
[4] 孙宝书. 结肠一期切除带蒂浆肌层片覆盖吻合口预防肠瘘[J]. 中华普通外科杂志,2000,15(2):74.
[5] 黄 耀,麦铁江. 肠内用药预防肠瘘在结肠一期切除中的应用[J]. 中国肛肠病杂志,1999,19(6):25.

(编辑 陈聪连)

文章编号:1000-5404(2002)12-1489-02

经验交流

雌激素对 2VO-OVX 大鼠脑钙结合蛋白阳性神经元的影响

Effects of estrogen on the cerebral CaBP positive neurons in bilateral common carotid artery occluded and ovariectomized rat

王兴华,李露斯,范文辉 (第三军医大学附属西南医院神经内科,重庆 400038)

钙结合蛋白是胞内钙库的关键成分之一。参与钙离子浓度的调节,维持钙稳态。近年研究表明,雌激素具有一定的神经保护作用,但其对慢性脑缺血的神经元作用很少研究。大鼠双侧颈总动脉结扎(2-vessel occlusion, 2VO)模型可使老龄大鼠产生慢性前脑灌注不足,能够较好的模拟血管性痴呆(Vascular dementia, VD)的临床病理过程;卵巢切除(Ovariectomy, OVX)模型是较好的雌激素缺乏动物模型,该模型不仅表现为基底前脑胆碱能系统及海马突触功能降低,而且出现相应的学习记忆功能障碍,在本实验中,将两种模型结合起来,制作成 2VO-OVX 模型,进行神经组织形态学观察,初步观察苯甲酸雌二醇对钙结合蛋白阳性神经元的影响,为在病理条件下雌激素的神经保护作用提供实验依据。

1 材料与方法

1.1 材料

雌性 Wistar 大鼠 15 只,18 月龄,体重 300~400 g,由大坪野战外科动物中心提供。苯甲酸雌二醇:灭菌油溶液,上海第九制药厂生产。

1.2 实验动物及其处理

术前 8~12 h 禁食,自由饮水。小容器乙醚棉球罩头麻醉成功后,仰卧固定于手术台上,颈部皮肤剪毛备皮,碘酒酒精消毒,以无菌器械在颈侧部切开皮肤及皮下组织,长度约 1.5 cm,暴露颈部肌肉后,在一侧颈前肌肉和侧方肌肉间隙钝性分离该侧颈总动脉,以 4 号丝线双重结扎,伤口内撒入少许青霉素,间断缝合皮肤,缝合完毕后酒精消毒伤口。乙醚麻醉术中根据情况及时补充、尽早停止,术中注意手法轻柔,避免损伤伴随颈总动脉行走的迷走神经,注意无菌原则,术后青霉素肌注 1 周。术后送第三军医大学实验动物中心饲养。间隔 1 周后继续进行另一侧颈总动脉结扎及开腹行 OVX。假手术组只暴露术野,不做结扎和切除;对照组给予苯甲酸雌二醇溶媒类似物—煮沸过的麻油。分组及给药:随机分为 3 组。①S 组($n=5$):假手术组+麻油;②O 组($n=5$):2VO+OVX+麻油;③E 组($n=5$):2VO+OVX+苯甲酸雌二醇。术后当天开始给药,腹腔注射,每周两次,药物剂量为 1 mg/kg 体重,约为每只大鼠 300 μg。所有大鼠于术后饲养 2 月。

1.3 标本采集

用 1%戊巴比妥钠(50 mg/kg 体重)腹腔注射,麻醉大鼠,打开胸腔,暴露心脏,左心室插管至升主动脉,用丝线结扎以防止

基金项目:国家自然科学基金资助项目(39770273)
作者简介:王兴华(1968-),男,河北省卢龙县人,硕士研究生,主治医师,主要从事血管性痴呆方面的研究。电话:(023)65318301-73070
收稿日期:2002-07-08;修回日期:2002-09-25

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net