DOI: 10.16016/j.1000-5404.1997.01.035

虽然对左侧急性结直肠癌肠梗阻现多数学者主张行一期病变切除术,但在一期切除病变的基础上立即行肠吻合还是行二期肠吻合,采取什么吻合方法意见颇不一致。下面结合我们的经验对常用的几种手术方法进行讨论。

一期切除近端结肠造口术:适于结肠严重膨胀,肠壁循环不良,全身营养不良,低蛋白血症,全身情况较差的病人。此术式既能一期切除肿瘤等病变,又可避免一期切除吻合术后发生吻合漏;二期闭合结肠造口,恢复结肠连续性亦无困难;肿瘤晚期有广泛转移者可作为姑息性切除永久性结肠造口。常用方法为 Hartmanns手术。

一期切除吻合术:一期切除吻合的主要危险是吻合口漏,一旦发生其死亡率可达 50%。因此应严格掌握一期切除吻合的适应症。如病人全身情况较好,切除病变肠管后,近端结肠具有活力,粘膜红润,切端自由出血,在采用术中结肠灌洗等方法充分清除肠道粪便的基础上可行一期吻合。相反,如病人全身情况差,肠壁失去光泽,颜色发暗,浆膜裂开,肠管扩张特别显著,肠壁变薄或严重水肿则不应行一期吻合。

结肠次全切除或全切除术:近年来,越来越多的学者主张采用此术甚至结肠全切除术治疗左侧结直肠癌梗阻。其理由为:回结肠吻合易于愈合;能一并切除多原发癌;一次性手术可减少病人的痛苦及经济负担。但也有人对此手术持有异议,认为无谓牺牲过多结肠并不可取。总之,对此手术的争议在于广泛切除结肠,特别是结肠全切除术对病人生理上带来的不利影响。我们对 18例横结肠左侧至降结肠癌伴梗阻病人行结肠次全切除术,4例乙状结肠癌伴梗阻病人行结肠全切除术,其中多原发癌 5例,直肠癌结肠多发性处肉 1例。术后无吻合口漏发生。结肠全切除术病人中 3例发生较严重腹泻,大便 7~10次,需服止泻药物,其余病人大便 3~5次,不需服止泻药。我们体会结肠次全切除术切实可行,适合于横结肠左侧至降结肠部位的梗阻,而结肠全切除术应慎用。

关键词 结直肠肿瘤/外科手术;肠梗阻

中图法分类号 R735.3

参考文献

1 Mochizuki H, Nakamura E, Hase K *et al*. The advantage of primary resection and anastomosis with intraoperative bowel irrigation for obstruction left-side colorectal carcinoma. Surg Today, 1993; 23(4): 771

2 Mcgregor J R, O Dwyer P J. The surgical management of obstruction and perforation of the left colon. Surg Gynecol Obstet, 1993; 177: 203

3 黄显凯,张胜本,张连阳等.左侧结肠癌性梗阻肠道细菌学的研究.中华实验外科杂志, 1994; 11(2): 116

(收稿: 1996-01-25;修回: 1996-10-10)

(编辑 王 红、沈锡庚)

高选迷切加半胃切除治疗十二指肠溃疡穿孔手术评价

An evaluation of the higly selective vagotomy with hemigastrectomy for operative treatment of perforation of duodenal ulcer

孙念绪 钱 锋 余佩武 (第三军医大学附属西南医院普通外科) 重庆, 630038

穿孔是胃十二指肠溃疡常见的并发症,虽然强力抗酸药被广泛应用,需要外科手术的病例减少,但是溃疡穿孔仍保持在与以往相等的比例。如果采取适当的术式,不但能治愈溃疡,而且可以减少或防止并发症。我们采用高选迷切加半胃切除,治疗十二指肠溃疡穿孔,取得了满意疗效,现报告如下。

1 材料和方法

1.1 临床资料

选择 1988年~1995年收治的十二指肠溃疡穿孔的病人 50例,随机分成 4组。其中男性 47例,女性 3例,年龄 20~82岁,平均 32.3岁。病程半年至 25年,穿孔至手术时间 3 h~24 h,穿孔直径 0.2 cm~1.5 cm。20例行高选迷切加半胃切除,10例穿孔修补加高选迷切,10例胃大部切除 Billroth-II 式吻合,10例单纯穿孔修补。该组随访 5年以上 29例;低于 5年而大于半年 21例,其中 HSV+HG组有 12例随访时间在 5年以上。半年以后随访主要根据临床表现选择,对于有临床症状者行胃镜或钡餐检查,了解有否溃疡复发并取胃粘膜作病理组织学检查。

1.2 手术方法

高选迷切加半胃切除术:开腹后先修补穿孔,吸净腹腔渗

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

液,距幽门环 6 cm 处沿胃大弯分离大网膜至无血管区,助手用左手将胃提起,辨认鸦爪神经,常规方法完成高选迷切,距鸦爪神经第一枝 1 cm 环形切开胃窦浆肌层,分离胃窦粘膜至距幽门环 2 cm 处切断,切除含胃窦膜在内的半胃,关闭小弯残端,大弯粘膜下止血,胃大弯断端全层与胃窦粘膜、粘膜肌层吻合,将胃窦浆肌层缝合于胃体。冲洗腹腔,放置引流,依次关腹。其余 3 组按常规方法完成手术。

1.3　实验方法

4组病人均于术后半年行胃镜、放射性核素、胃液胆酸和病理组织学检查。胃镜检查时先取 10 ml 胃液用于胆酸测定,观察胆汁返流情况、溃疡愈合情况和吻合口周围炎症与有否溃疡等,距吻合口 3 cm 胃体处和吻合口周围取粘膜作病理组织学检查。我们将胆汁返流分为Ⅲ度:Ⅰ度少量黄色泡沫冒出;Ⅱ度大量黄色泡沫有时伴有少量黄色液体冒出;Ⅲ度大量黄色液体返流入胃或胃内充满黄色液体。胆酸测定采用放免方法,药盒由四川五州同位素研究所提供。放射性核素显像检查胆汁返流,采用航天部 GZ-B型 r像机连影像处理系统,静脉注射 99MTC 5 mci,病人仰卧在 r像机的探头下,显像结果的判断方法,取肝区作比较度,图像用计算机处理,勾划出肝的区域,得出区域内计算值,以此为标准与胆、十二指肠和胃内分布情况作比较,结果判断分为Ⅲ度:Ⅰ度胃区内未探及放射性核素;Ⅱ度胃区内放射性核素低于肝区和十二指肠区;Ⅲ度胃区内放射性核素等于或大于肝区和十二指肠区。单纯穿孔修补组,行胃镜或钡餐检查,了解溃疡愈合情况。

2　结果

该组病例 Billroth-Ⅱ式组 1例吻合口溃疡,1例残端瘘,4例发生倾倒现象;HSV组 2例溃疡未愈和 3例胃潴留;单纯穿孔修补组 7例溃疡未愈,其余 3例仍有严重的临床症状,需要内科药物治疗;HSV+HG组全部溃疡愈合,无胃潴留和倾倒现象。从胃镜和放射性核素检查胆汁返流的结果也可以看出,Billroth-Ⅱ式较其它两组返流率高且严重,胆酸也较其它两组明显增高,病理组织学检查其炎性反应 Billroth-Ⅱ组最严重,个别病人出现肠上皮化生,见表 1 2对 20例无并发症的十二指肠溃疡术前测定胆酸,其含量为 23.21 nmol/ml。该组半年后测定胆酸其结果为:Billroth-Ⅱ式 68.75 nmol/ml;HSV组为:33.79 nmol/ml;HSV+HG组为:24.83 nmol/ml。

表 1　胃镜及核素检查胆汁返流

术　式	例数	胃镜检查分度				核素检查分度		
		0	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
Billroth-Ⅱ	10	0	0	4	6	3	7	0
HSV	10	3	5	2	0	4	4	2
HSV+HG	20	9	9	2	0	11	9	0

表 2　40例十二指肠溃疡穿孔胃粘膜病理组织学改变

术　式	例数	病理改变				肠上皮化生
		0	轻度	中度	重度	
Billroth-Ⅱ	10	0	0	3	7	2
HSV	10	3	4	2	1	0
HSV+HG	20	8	10	2	0	0

3　讨论

随着强力抗酸剂的广泛应用,有些消化性溃疡可以经内科治愈,但是穿孔的病例仍保持在和以往相等的比例。溃疡并发穿孔仍是手术治疗的指征,而且在十二指肠溃疡手术中的比例越来越高[1]。穿孔非手术治疗的指征不易掌握,有的最终还需要手术,尤其是癌性穿孔,延误手术时机将造成严重后果。手术的死亡率和并发症并不比非手术高,因此只要病情允许应争取尽早手术,它可以明确病变性质,一次性完成针对原发病灶的治疗和腹腔引流。

胃十二指肠溃疡穿孔常用的手术方式有:穿孔修补加腹腔引流,此种术式因达不到治愈溃疡的目的,术后仍有 60%~80% 的病人需要再次手术或长期药物治疗,因此该术式只适用于不能施行确定性手术者。穿孔修补加胃大部切除术,该术式治疗消化性溃疡虽然疗效肯定,但是并发症多,尤其是切除幽门后,胃失去了研磨及阻挡肠液返流、节律性排空的功能,胆汁返流导致返流性胃炎,甚至发展成残胃癌,而且倾倒现象;吻合口溃疡;小胃综合征;贫血和骨病等发生率也高[2]。本研究也证实,Billroth-Ⅱ式胃大部切除术后胆汁返流和胃液中胆酸含量最高,胃粘膜炎性反应最重,有的病人出现肠上皮化生和吻合口溃疡,而且有一定的病例出现倾倒综合征和残端或吻合口瘘。我们认为对于消化性溃疡的外科治疗,应尽量少采用胃大部切除术。穿孔修补加高选迷切,1970年 Johnston[3]首先报道用高选迷切治疗消化性溃疡,该术式只切断支配壁细胞的迷走神经,保留了迷走神经的肝支、腹腔支和鸦爪支,在达到一定降酸的同时,可以防止胆汁返流、倾倒综合征,术后并发症和胃肠道症状较其它类型术式发生率低,因此在欧美被广泛应用。然而该术式常因迷走神经解剖变异,导致迷走神经切断不完全,迷走神经切断后,胃的蠕动与排空功能障碍,发生胃潴留,低胃酸环境刺激 G细胞释放大量胃泌素等原因使溃疡复发

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

率达 10% ~ 45% [4],本研究也显示,高选迷切复发率、胃潴留等并发症较高。为了克服上述术式的不足,我们于 1988年设计了高选迷切加半胃切除治疗消化性溃疡共 70例 [5],其中 20例为十二指肠球部溃疡穿孔,该术式在高选迷切的基础上加做保留胃窦浆肌层的半胃切除,因此保存了胃、幽门、十二指肠的正常解剖和胃研磨消化食物,节律性排空、阻挡胆汁返流的作用,有利于胃液水解食物和胃运动的研磨作用,促进食物变成食糜,达到进一步消化吸收。该术式由于保留了含神经、血管的胃窦浆肌层,切除了含胃窦粘膜在内的部分去神经的胃组织,残胃在胃窦浆肌层的带动下,胃的蠕动和排空功能不受影响,故不会发生胃潴留,而且克服了导致高选迷切复发率高的诱因和胃大部切除术由于切除了幽门引起的并发症。该组病人溃疡全部愈合,按 Visick标准衡量全部达到Ⅰ级标准。

综上所述,用高选迷切加半胃切除术治疗十二指肠溃疡穿孔的效果,明显优于高选迷切和胃大部切除术,重要原因是保留了支配胃窦幽门的神经,因而保存了胃、幽门和十二指肠的正常功能,切除了含胃窦粘膜在内的半胃,吻合口在胃窦浆肌层的覆盖下不会发生吻合口瘘,残胃在胃窦浆肌层的带动下不会发生胃潴留,可以避免或降低高选迷切和胃大部切除所引起的并发症,实属目前治疗消化性溃疡穿孔的较理想术式,值得推广应用。

关键词 十二指肠溃疡/外科手术;术式选择

中图法分类号 R573.1

参考文献

1 陈道达,菜开琳.迷走神经切断治疗 12指肠消化性溃疡穿孔,出血现状.普外临床,1995;10(4):200

2 Thomas W E G, Cooper M J, Mortensen N J M C. The clinical assessment of duodenogastric reflux by scintigraphy and its ralation to hisological changes in gastric mucosa. Scand J Gastroenterol, 1984; 19[suppl 92]: 195

3 Johnston D. Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. Br J Surg, 1970; 57(4): 289

4 Enskog L, Rydbery H, Enander J K. Clinical results 1-10 years after highly selective vagotomy in 306 patients with prepyloric and duodenal ulcer disease. Br J Surg, 1986; 73(5): 357

5 孙念绪,马宏敏.高选迷切加保留胃窦浆肌层的半胃切除对防止胆汁返流的价值.中国普通外科杂志,1995;4(6):345

(收稿:1996-03-04;修回:1996-12-20)

(编辑 汪勤俭)

直肠癌患者手术前后血清 α1抗胰蛋白酶的变化

Changes of serum α1-antitrypsin in patients with rectal carcinoma before and after operations

谢尔凡 (第三军医大学附属西南医院烧伤研究所)重庆,630038

余佩武 马宏敏 郑乃国 (第三军医大学附属西南医院普通外科)重庆,630038

已知 α1抗胰蛋白酶 (α_1-AT)缺乏与肺气肿、肝硬化等有关,其增加可作为某些新生物组织和血清标记,但与直肠癌的关系尚无定论。现报告 21例直肠癌患者手术前后血清 α_1-AT含量和活性的变化,并探讨其临床意义。

1 材料与方法

1.1 研究对象

本组 21例均为我院住院病人,男 13例,女 8例,年龄 27~ 70(平均 51.6±12.2)岁,均经手术及病理检查证实为直肠癌,术前、术中检查均未发现远处转移,肝功能正常。手术方式为 Miles型直肠切除术或 Dixon′s术,术后无感染等并发症,切口Ⅰ期愈合。分别于术前及术后 1、3、7 d晨抽空腹静脉血,分离血清贮 -20℃待测。同时测取 27例健康献血员作为正常对照。

1.2 检测方法

α_1-AT含量采用单向免疫扩散法测定,抗血清和标准血清均由上海生物制品研究所提供。α_1-AT活性按 Dietz等[1]的方法测定,以 α-N-苯甲酰-DL-精氨酸-对硝基苯胺 (BApNA,中国

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