DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.04.035

mic chronic atrophic gastritis. J Nucl Med Allied Sci 1984; 28:197

5. Sjolund KR, Ekman R, Akre F, et al. Motilin in chronic idiopathic constipation. Scand J Gastroenterol 1986; 21:914

6. Domschke S, Bloom SR, Adrien TF, et al. Chronic pancreatitis and diabetes mellitus: plasma and gastroduodenal mucosal profiles of regulatory peptide. Hepato-gastrocnterol 1988; 35:229

(收稿：1990.10.13；修回：1991.02.14)

急诊手术一期切除吻合治疗结肠癌（附45例报告）

孙念绪 王代科 詹新恩（第三军医大学西南医院 普外科） 630038

结肠损伤或结肠肿瘤行急诊一期切除吻合术治疗，尤其是左半结肠，目前国内外学者仍持有不同意见[1-4]。现将我院1976年4月至1990年3月施行的45例作一分析，并对有关问题进行讨论。

1 临床资料

本组病例以肠梗阻、腹膜炎或消化道出血急诊入院，术前诊断不明确，未行肠道准备，术中确诊为结肠癌。其中男32例，女13例，年龄22岁～86岁，平均46岁。肿瘤部位：右半结肠癌32例、横结肠癌1例、左半结肠癌12例。术后5例发生切口感染，感染率为11%。无吻合口瘘和腹腔严重感染，无死亡病例。

一期切除吻合的指征：因大肠解剖和功能上的特点，如肠壁薄、血供差、大便稠厚、细菌多而毒力强等，其愈合能力差且易感染及发生吻合口瘘，不少学者对施行一期切除吻合持慎重态度[2-4]，有的学者的观点相反[1-3]。我们的经验证明，只要病例选择得当、改进操作技术，一期切除吻合还是安全的。我们掌握的指征是：①病程短，病人一般情况较好，无重要脏器功能异常。②经术前积极准备，病人能承受手术。③腹腔污染轻，肠道扩张及水肿不明显，血液循环良好。④肠道内大便不太多、太粘稠，灌洗可以消除。⑤术者技术熟练，术后有条件进行抗感染和支持治疗者均可考虑一期切除吻合，反之以分期处理为妥。

手术方法：常规剖腹探查，行阑尾全切除，经盲肠阑尾孔置粗乳胶管，先行小肠减压，再将管移到结肠减压，注入生理盐水灌洗结肠。如遇粘稠大便不易吸出时，将大便挤于预定切除的肠腔内，常规切除病灶，两断端用洗必泰消毒后各置乳胶管一根，肠腔外捆扎固定。于盲肠处乳胶管内注入生理盐水灌洗、近断端处乳胶管接负压吸引，直至吸出清亮液为止，然后助手充分扩肛后，于肛门口置弯盘，用于接肠腔灌洗液，术者于远断端乳胶管内注入生理盐水灌洗远端肠管，灌洗干净后将含有庆大霉素8万u和灭滴灵500mg的生理盐水100ml分别注入远近端肠腔。灌洗时要防止污染腹腔，灌洗完毕移去用于保护切口的纱垫，术中换手套，肠管断端再用洗必泰消毒，检查肠管血液循环好可行吻合。用0.3‰浓度的洗必泰或生理盐水反复冲洗腹腔，吸净冲洗液，在阑尾残端内置F18尿管至吻合口附近，经右下腹壁引出固定，作为术后减压和注入抗生素之用。如恢复顺利2周～3周拔管。

围手术期抗生素的应用：关于抗生素的应用，我们参照Scher[6]等所提的方法并结合我们对其它胃肠道手术预防应用抗生素的原则，病人入手术室时或术前1h静滴灭滴灵500mg、庆大霉素8万u，如手术持续3h以上再追加上述剂量1次。术后立即和6h重复用药1次。如污染严重应使用至术后48h～72h，合并有肺部疾患者加用青霉素或氨苄青霉素。

2 讨论

重视术中肠道彻底灌洗和腹腔冲洗预防吻合口瘘和腹腔感染。术前短期不论口服或静滴抗生素，都对稠厚粪便内细菌无效，若灌洗不彻底使细菌大量存留，可致感染及吻合口瘘，加之术后胃肠道蠕动功能受抑制，大便在肠道内停留时间延长、水份被吸收，大便干结致肠腔阻塞，肠管扩张，另外干固大便的机械

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

作用使吻合口裂开，因此清除肠道内粪便和灌洗十分重要。有人报道洗必泰冲洗腹腔既有杀菌、杀癌细胞的作用，同时可洗净腹腔积血和漏出的粪便以预防腹腔感染。

围手术期抗生素的应用：由于大肠积有粪便，每克大便含菌量10^{10-11}，其中5～10%为大肠杆菌或其它寄生菌，90～95%为厌氧菌，故发生的感染为厌氧菌和需氧菌混合感染。厌氧和需氧菌之间有协同作用，在正常情况下没有意义的大肠杆菌如有厌氧菌同时存在时，则引起术后感染，当厌氧菌被消灭后需氧菌常不再繁殖，因此，抗生素的应用，应针对需氧菌和厌氧菌来选择。我们曾对50例急性阑尾炎进行细菌学和药物敏感试验的研究，证实厌氧菌对灭滴灵敏感率在96%以上，需氧菌对氨基甙类敏感，对青霉素多不敏感，因此致病菌在没有细菌学证实之前选用灭滴灵和庆大霉素联合应用较为合理。

我们认为对具备行一期切除吻合术条件时，应积极施行一期切除吻合术治疗急诊入院的结肠癌病人，早日切除病变解除梗阻提高疗效，避免给病人带来再次手术的痛苦，人工肛门护理及生活不便，而且再次手术需经过潜在感染区，加之首次手术造成的粘连使再次手术更较困难。老年结肠癌病人，全身情况较差，常有重要器官功能损害，短期内难以承受再次手术的打击，使本来可以根治的结肠癌失去手术切除的机会。我们体会如严格选择病例，改进技术操作，加强围手术期的处理，急诊一期切除吻合术治疗结肠癌病人还是较安全的。

关 键 词 急诊；结肠癌；一期吻合

参 考 文 献

1. Deutsch AA,Zelikovski AR,Sternberg AD.One-stage subtotal colectomy with anastomosis for obstruction carcinoma of the left colon. Dis Colon Rectum 1983;26:227
2. Umpleby HC, Mson WA.Survival in acute obstructing colorectal carcinoma. Dis Colon Rectum 1984; 27:299
3. 戴士铭 龚家镇 许怀瑾。结肠完全性梗阻一期切除的经验。中华外科杂志 1964；12:665
4. 夏穗生。论低位结肠梗阻与急诊一期切除吻合术。实用外科杂志 1988；8：1
5. Scher KS, Wroczynkski FK, Jones CW. Duration of antibiotic proply prophylaxis: An experimental study. AM J Surg 1986; 15:206

（收稿：1990.01.05；修回：1991.03.15）

156例面骨骨折救治小结

谭锁徽 王卫兵* 李忠禹（第三军医大学新桥医院 口腔科） 630037

颌面部损伤中面骨骨折十分常见。本文仅将我科近10年住院收治的156例面骨骨折的救治体会及临床经验进行总结。

1 临 床 资 料

近10年，我科共住院收治面骨骨折患者156例，男性134例，女性22例。年龄6岁～79岁，其中20岁～40岁青壮年患者99人，占63.3%。伤因以交通事故最多，共58例占37.2%，其次为撞击伤、火器伤和跌伤。156例中下颌骨骨折最多，占59.6%，其次为上颌骨、颧骨颧弓和鼻骨。全部患者中，除6例未来院行二期处理外，其余依照病情分别经初期、延期或二期处理，均获良好疗效。

2 几 点 体 会

2.1 注重颅面复合伤的救治

颅脑、颌面解剖结构邻近，易出现合并损伤情况[1]。本组156例中，颅面伤52例，占33.3%，故应注重

* 长春81101部队医院口腔科进修生

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