

灌肠法在左半结肠癌急性梗阻术中的应用

蒋圣战, 高成绩

[摘要]目的: 探讨肠道灌洗法在左半结肠癌急性梗阻术中的应用效果。方法: 回顾 1999年 1月 ~ 2006年 3月手术治疗的左半结肠癌急性梗阻 19例患者的临床资料。19例均采用术中肠道灌洗, 一期切除吻合。结果: 左半结肠癌急性梗阻行一期切除吻合术, 未发生吻合口瘘, 19例患者术后恢复均良好。结论: 术中采用肠道灌洗法, 使左半结肠癌急性梗阻一期切除肿瘤及吻合术成为可行。

[关键词] 结肠肿瘤; 肠梗阻; 结肠切除术; 灌肠法; 局部

[中国图书资料分类法分类号] R 735.35 [文献标识码] A

传统上结肠切除需在术前作好肠道准备, 包括肠内容物的排空(灌洗或缓泻剂)和肠道消毒(口服抗生素), 这是肠切除吻合安全的保证。当左半结肠癌发生急性梗阻时, 由于未行术前肠道准备, 是否可施行一期切除吻合, 仍存在不同意见。1999年 1月 ~ 2006年 3月, 笔者术中利用肠道灌洗法行一期切除吻合, 效果满意, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 左半结肠癌急性梗阻 19例, 男 11例, 女 8例; 年龄 36 ~ 78岁。脾区结肠癌 6例, 降结肠癌 5例, 乙状结肠癌 3例, 直肠上段癌 5例。均有不同程度腹痛、腹胀、呕吐、停止排便排气。其中 3例腹部高度膨胀、腹肌紧张, 开腹后见大肠极度膨胀扩张, 并伴有少量或中量腹腔积液, 部分肠管坏死。19例均采用术中肠道减压灌洗后施行一期切除吻合。

1.2 方法 (1)常规离断拟切除肠段系膜, 一并清扫肠系膜处淋巴结, 为便于描述, 此肠段称游离肠段^[1]; (2)钳夹控制下切断游离肠段的下端, 将其近侧断端连同肿瘤放进黏贴于术床旁的无菌塑料袋(常用脑科贴膜袋)并连接塑料桶; (3)松开夹闭断端的钳子, 紧靠梗阻的近端充分剪开膨胀的肠壁; (4)助手扶住肠袢, 术者用手轻柔交替推挤肠段, 彻底排空肠内容物; (5)常规行阑尾切除, 在荷包缝线内经阑尾根部腔内插入 24号 Foley尿管入升结肠, 将气囊注入盐水, 收紧荷包缝线固定导尿管, 回肠末端肠钳夹临时阻断; (6)于术台旁置一输液悬架悬吊输液瓶, 并通过输液管经 Foley尿管行术中肠道灌洗。首先用温生理盐水 3~4 L顺性反复冲洗, 直至流出冲洗液呈清亮为止。随后分别给予 0.2%

甲硝唑、1:200碘附液、氟尿嘧啶液冲洗肠管; (7)距肿瘤近端约 15 cm夹一把肠钳, 离断肠管移去标本; (8)远断端常规处理后与近断端进行吻合。

2 结果

全组均未发生吻合口瘘, 切口感染 2例, 经抗感染、切口换药等处理后痊愈, 术后患者恢复良好。

3 讨论

左半结肠癌致急性梗阻时采用何种术式, 存有争议, 争议的焦点是: 能否保证一期左半结肠切除吻合术后避免吻合口瘘这一严重并发症的发生。据统计左半结肠癌急性梗阻一期切除吻合术后吻合口瘘发生率为 5% ~ 30%^[2], 其发生与下列因素有关: (1)结肠癌梗阻患者大多年老体弱, 常伴有不同种类不同程度心肺疾病、糖尿病、贫血、低蛋白血症、中毒等; (2)左半结肠壁薄, 胶原代谢及血运不如右半结肠; (3)左半结肠肠腔粪便黏稠, 腔内大肠菌数量与毒力较其它肠段为高且容易污染; (4)梗阻近端肠管内粪便积蓄难以彻底清除, 且近端肠管因扩张明显降低肠壁血流, 而愈合能力差。一旦发生吻合口瘘, 可引起致命性粪性腹膜炎, 病死率高达 14.8%^[3]。为了安全地施行一期切除吻合, 除了全身性内环境的调节和稳定外, 梗阻近端肠道的减压、灌洗、消毒至关重要, 这已成为共识。

笔者采用术中肠道灌洗法的优点: (1)用拟切除肠段作为通道引出体外, 远离手术区并置于少黏附在手术床旁的无菌塑料袋中行术中肠道灌洗, 可以达到减压肠管、避免腹腔污染的目的; (2)紧靠肿瘤近端剪开之前, 已按肿瘤清扫原则把肠系膜离断, 癌区血管早已与循环隔绝, 避免因挤压灌洗致肠内压增高而引起肿瘤播散; (3)术中使用甲硝唑液、碘附液、氟尿嘧啶液灌洗肠道, 从而得到肠内灭菌、杀瘤^[4]; (4)左半结肠癌急性梗阻成功一期切除吻合术, 避免了二次手术的痛苦, 减少了二次手术时肿瘤

[收稿日期] 2006-11-24

[作者单位] 安徽省五河县人民医院 普外科, 233300

[作者简介] 蒋圣战(1968-), 男, 主治医师。

细胞扩散的机会,提高肿瘤远期疗效及治愈潜力。文献报道,大肠癌一期切除和分期切除 5 年生存率分别为 30%~48%和 21%~21.43%,差异有显著性^[5]。

我们认为,左半结肠癌急性梗阻术中采用肠道灌洗法,操作简单易行,符合“无瘤”原则,使左半结肠癌急性梗阻成功一期切除吻合成为可行。

[参 考 文 献]

[1] 彭淑牖,陈依青,王晓年,等.左半结肠癌急性梗阻一期切除吻合的安全保证:彻底快速而无污染的肠减压术[J].中国实用

外科杂志,1998 18(11):664-665.

- [2] 王 琮.肠切除并一期吻合术治疗急性左半结肠完全性梗阻 48例临床分析[J].现代外科学术学杂志,1998 3(1):28
- [3] 方国恩,薛绪潮.结肠癌术后并发症的处理[J].中国实用外科杂志,1998 18(11):658-660
- [4] 洗沛中,戴 东,康 旭,等.双向封闭式逆行灌肠法在左半结肠梗阻术中 I 期吻合的价值[J].中国实用外科杂志,2005 25(5):301-302
- [5] 张延龄.梗阻性左半结肠癌的治疗进展[J].国外医学·外科学分册,1995,22(3):133-135.

[文章编号] 1000-2200(2007)04-0463-02

。临床医学。

1%阿托品滴眼液治疗青少年近视疗效观察

叶惠敏

[摘要] 目的:观察 1%阿托品滴眼液治疗青少年近视的效果。方法:将 46 例青少年分对照眼和治疗眼(23 眼),治疗眼用 1%阿托品滴眼液滴眼,每天 3 次,1 个疗程后观察屈光度和视力的改变进行对照。结果:与对照眼比较,治疗眼屈光度降低和视力提高的差异均有统计学意义($P < 0.005$)。结论:1%阿托品滴眼液对青少年近视有较确切的疗效。

[关键词] 近视;屈光度;阿托品

[中国图书资料分类法分类号] R 778.14; R 988.1 [文献标识码] A

阿托品滴眼液主要用于治疗虹睫炎、睫状环阻滞性青光眼及麻痹睫状肌,充分消除晶状体调节功能后的验光。2000 年 9 月~2005 年 9 月,笔者对门诊 46 例青少年近视患者用 1%阿托品滴眼液治疗,取得较好的效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 46 例均为青少年双眼近视,其中男 26 例,女 20 例;年龄 8~22 岁。

1.2 方法 每例均一眼点药,另一眼不用药作为对照。点眼时嘱压迫泪点区 2 min 治疗时间为 6 个月,每 1 个月为一疗程,每疗程点眼 3 天,每天点眼 3 次。治疗眼和对照眼为左右随机,即随机抽取 23 例以右眼为治疗眼,左眼对照眼,另 23 例左眼为治疗眼,右眼为对照眼。近视度数:治疗眼为 $-1.00D$ ~ $-8.50D$ 对照眼为 $-0.75D$ ~ $-8.22D$ 治疗前常规检查眼底,以排除青光眼。治疗前和治疗后按统一标准检查视力和验光。治疗结束后,随访观察 3~6 个月。视力检查用对数视力表,均在消失调节的情况下检影验光。

1.3 疗效标准 视力增加 1~2 行为提高,增加 2 行以上者为显著提高,增减 1 行不到为不变,减少 1 行或 1 行以上为降低。

1.4 统计学方法 采用 检查和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 治疗后屈光度变化 治疗眼与对照眼的变化差异有统计学意义($P < 0.001$) (见表 1)。

2.2 治疗后屈光度变化 治疗眼与对照组眼屈光度降低率分别为 82.2%和 8.0%,差异有统计学意义($P < 0.005$) (见表 2)。

2.3 视力改变 经用 1%阿托品滴眼液治疗 6 个月视力显著提高和提高者分别为 28.3%和 58.7%,明显高于对照眼的 0.1%和 8.7% ($P < 0.005$) (见表 3)。

表 1 两组治疗前后近视屈光度变化 ($n_1=46$)

眼别	治疗前屈光度 ($\bar{x} \pm s$)	治疗后屈光度 ($\bar{d} \pm s_d$)
治疗眼	4.68 ± 1.93	0.52 ± 0.01
对照眼	4.70 ± 1.91	0.11 ± 0.01
t	0.05	196.63
P	> 0.05	< 0.001

表 2 两组治疗 6 个月屈光度变化程度比较

眼别	降低	不变	增加	合计	χ^2	P
治疗眼	38	6	2	46		
对照眼	4	31	11	46	50.65	< 0.005
合计	42	37	13	92		

[收稿日期] 2006-05-23

[作者单位] 安徽省池州市人民医院 眼科, 247000

[作者简介] 叶惠敏 (1959-), 女, 主治医师。