

梗阻性结肠癌 106例一期吻合诊治体会

周 宇 王 薏

710002陕西西安市第一医院普外科

摘 要 目的:探讨结肠癌致肠梗阻实施临床合理有效的手术方法。方法:采用一期吻合治疗 106例梗阻性结肠癌。结果:术后 1例因严重内科疾病死亡,余均恢复良好,随访 4~96个月,无并发症发生。结论:经术前有效准备和术中大量灌洗,一期吻合治疗梗阻性结肠癌是安全有效的方法。

关键词 梗阻性结肠癌 一期吻合

资料与方法

2000年 1月~2007年 12月收治梗阻性结肠癌患者 106例,男 71例,女 34例,年龄 27~94岁。肿瘤位于升结肠 37例,横结肠 24例,乙状结肠 45例。完全梗阻 24例,不完全梗阻 82例。临床表现:本组均有不同程度的腹痛、腹胀、呕吐、排气排便停止;17例有腹部手术史;腹部 X线检查均示大小不等的气液平面。术前经结肠镜检查并经病理证实 91例,15例术中探查发现并经病理切片证实。

治疗方法:①胃肠减压,禁饮食、补液,纠正水电解质酸碱平衡紊乱;②待腹痛、腹胀、呕吐、恶心症状完全缓解后给宽肠理气汤剂(当归 15g 桃仁 6~9g 乌药 9~12g 陈皮 12g),经胃管给药 100ml 2次/日,每次给药后夹管 2~4小时。治疗期间密切观察病情变化,尤其腹部体征,一旦出现明显的机械性梗阻或绞窄性梗阻征象时,立即转行手术治疗;③手术方法:探查确定切除后,尽量将近段结肠内粪便挤向梗阻部位。在拟切除肠管近侧用纱布条结扎后切断,远侧断端用无菌避孕套包扎放置。肠管断端近侧由远至近用二指挤压肠管,排尽粪便。再切除阑尾,由阑尾根部(已切除阑尾者于近端肠管戳小口插入无菌输液管),用大量温生理盐水,0.25%甲硝唑液反复冲洗肠道,直到冲洗液清亮,远侧肠管经肛管用 0.25%甲硝唑液反复灌洗,两断端肠管端口用碘伏涂擦后一期吻合。吻合口上下各置引流管引出体外。关腹前用 43℃蒸馏水浸泡腹腔及切口,腹腔内置 5~Fu后

关腹。

结 果

本组 106例经一期吻合后,1例于术后第 5天发生吻合口瘘,用生理盐水+庆大霉素(2000ml+4U),根据冲洗液量及引出液量差值计算出每日吻合部的瘘出量。经持续冲洗,消化道液被稀释后引出,减少腹腔感染及出血机会。经持续冲洗后患者的体温及血象恢复正常,引流液清亮,冲洗量与引出量几乎无差别,经冲洗管用 76%泛影葡胺造影 2~3次,若残腔缩小,逐渐退管直至拔除,本组有 1例经冲洗后痊愈。另 1例术后 2天因心肌梗救治无效死亡,余 104例均恢复良好,痊愈出院。

讨 论

本组结果显示,一期吻合治疗梗阻性结肠癌安全有效。术中要注重灌洗方法,在无瘤操作的前提下,吻合口一定要松弛,无张力。术前及术后要预防性应用抗生素^[1]。对有严重内科疾病的衰竭患者应考虑肠造瘘二期吻合。

术前后 5天内密切观察引流,一旦出

现吻合口瘘,要尽早采用两管冲洗,消化道瘘的危害在于消化液对腹腔组织的腐蚀导致局部感染和继发出血。不可控制的感染是导致患者衰竭死亡的主要原因。因此只要对消化道液能够进行积极有效的引流、合理的冲洗,小的吻合口瘘亦可保守治愈。吻合口保证血运良好,吻合部无张力,将生物蛋白胶喷涂于吻合口部,这样既可以预防吻合口出血,又可以减少吻合口瘘的发生^[2]。

一期吻合的优点:①减少大量的伤口护理工作量,避免二次回纳肠管;②减少开腹次数,降低肠粘连发生,减少肠梗阻等并发症的发生;③一期吻合无术后造瘘口护理,明显提高生活质量。

参考文献

- 江志伟,李宁,黎介寿.加速康复外科理念在结肠切除病人中应用进展.中国实用外科杂志,2007,27(10):836-838.
- 颜松龄,徐宗斌,池畔,等.比较分析腹腔镜与开腹直肠癌根治术后吻合口出血的影响因素.中华胃肠外科杂志,2007,10(2):157-159.

尽快启动脑死亡判定标准(2)

般不依赖呼吸机。

2 脑死亡不是安乐死:安乐死实施的对象是活人,不但是活人,而且是意识非常清楚的活人,根本与呼吸机无关。

近年来所谓关于脑死亡的伦理学争论,基本上都是建立在对“植物人”和“安乐死”的混淆和误解基础之上的争论。这种争论一直误导着公众。真理其实很简单,就是个呼吸机问题。

脑死亡判定标准不能被滥用

李舜伟,必须由两位高级职称并取得脑死亡判定执业医师证书的医务人员分别在《脑死亡确认书》上签字,并经院一级有关专家核实,脑死亡判定方可生效。实施脑死亡判定的医务人员必须如实、完整地记录实施过程。所有医疗文书由实施脑死亡判定的医疗机构责成专人负责保管。

国家卫生行政机构给医生颁发了脑死亡判定执业医师证书,就是赋予了医生根据医学标准判定死亡的权利,也就是开出死亡证的权利。由于涉及生和死这样神圣的问题,必须特别慎重。医务人员应本着严肃严格、认真负责、实事求是的态度实施脑死亡判定。医疗行政部门应出台相应的管理办法以保证脑死亡标准不被滥用。

(方 彤整理)

现代临床急救医学赋予了呼吸机 3大功能:辅助呼吸;替代呼吸;特殊功能(中枢性呼吸停止后对有心跳机体进行有氧维持,其目的是非治疗性的)。传统医学中,呼吸、心跳同时不可逆停止为人体死亡的金标准。自从人类发明了呼吸机,现代医学就发生了深刻改变:中枢性呼吸停止后可以采用机械通气,而且机械通气可以无限延长,其结果是机械通气延长多久,心跳即有可能维持多久。呼吸停止后心死亡明显滞后,于是死亡标准发生漏洞,死亡时间变得模糊;呼吸停止后抢救生命的意义从本质上受到质疑,脑死亡概念和标准这才应运而生。也就是说,如果一个病人不需要用、还没有用上呼吸机,或用上呼吸机是为了辅助呼吸而不是完全替代呼吸,那就没有讨论脑死亡和做脑死亡判定的必要。

智能化呼吸机广泛应用于临床之时,就是《脑死亡判定标准》和配套管理政策、法规理应出台之时。《脑死亡判定标准》是对呼吸机使用年限临床死亡标准的完善和补充;同时也是对急救医学抢救原则的科学规范。更确切地说,是对呼吸机有效应用的一种科学规范。

在这里,非常有必要纠正关于脑死亡问题的两个关键性误区——

1 植物人不是脑死亡:植物人有自主呼吸,一