

心操作, 尽可能避免肿瘤破裂。肿瘤取出时, 应使用封闭式标本袋, 并避免标本袋破裂。手术结束前, 特别是对术中肿瘤有破裂者, 应行彻底的盆腔冲洗, 以减少或避免术后并发症。

参考文献:

- [1] 刘彦主编. 实用妇科腹腔镜手术学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1999. 111—112.
[2] 苏应宽, 徐增祥主编. 新编实用妇科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 436.

收稿日期: 2000—06—30 修回日期: 2000—10—13

本文编辑: 李昕

结肠造瘘并发症的防治*

王建

(徐州医学院第二附属医院普外科, 江苏 徐州 221006)

关键词: 结肠; 造瘘; 并发症

中图分类号: R656.9 文献标识码: B 文章编号: 1000—2065(2000)06—0487—02

结肠造瘘主要用于直肠癌根治术后的永久性人工肛门、急性结肠梗阻、结肠外伤等。正确的结肠造瘘可提高术后生存率、改善病人的生存质量; 反之则导致各种术后并发症, 并给病人带来种种烦恼、负担。本院自 1988~1998 年共施行结肠造瘘 340 例, 出现并发症 67 例, 其主要并发症为造瘘口狭窄、坏死、回缩、出血, 造瘘口肠脱垂, 造瘘口周围皮炎、脓肿及瘘管等。现结合文献, 对其进行分析总结, 并提出一些预防和治疗方法。

1 临床资料

自 1988~1998 年, 我院共施行各部位结肠造瘘 340 例。其中男性 230 例、女性 110 例; 年龄 18~83 岁; 直肠癌 290 例, 结肠癌 40 例, 腹部外伤 10 例。术后出现造瘘口狭窄 26 例、坏死 10 例、回缩 9 例、出血 4 例, 肠脱垂 2 例, 造瘘口周围皮炎 13 例、脓肿及瘘管 3 例, 共计 67 例, 发生率为 19.7%。

2 讨论

2.1 造瘘口狭窄 结肠造瘘后造瘘口狭窄是较常见的并发症, 本组中发生 26 例。分析其原因: ①皮肤外口和深筋膜环行切除过少; ②腹外斜肌腱膜未行十字切开, 肌肉发达者未适当离断部分肌肉; ③造瘘口周围感染致瘢痕挛缩。在临床上表现为排便困难、便条过细及不同程度的肠梗阻。在治疗上, 轻度狭窄可用手指进行扩肛(造瘘口), 如狭窄环不能通过手指者应将其切除, 将皮肤与肠管重新缝合。

远期预防主要是定期扩肛。术时肠管外翻缝合于造瘘口皮肤上, 既可防止造瘘口部浆膜炎症和皮肤瘢痕挛缩, 又可防止切口感染, 且术后基本不需扩肛或少扩肛, 是预防造瘘口狭窄的有效措施^[1]。

2.2 造瘘口坏死 这是一种严重的并发症, 常发生于单腔造瘘术后^[2], 本组中发生 10 例。分析其原因多为: ①肠系膜离断过多, 影响血运; ②肠壁造瘘口太小, 缝合过紧; ③造瘘口肠系膜扭曲及张力过大。对其预防的重点是在造瘘过程中, 应保证造瘘口段结肠有动脉搏动, 以保证结肠端的活力^[3]; 同时, 应使造瘘口旁能插入一小指尖, 避免腹壁开口过紧对肠管压迫。对造瘘口坏死者, 可待坏死界限清楚后行坏死部分切除, 如坏死段广泛, 则应行坏死肠段切除, 重新造瘘。

2.3 造瘘口回缩 本组中发生 9 例。分析其原因: ①肠壁固定欠佳; ②外置肠管过短或张力过大; ③过早拔除玻璃支棒; ④术后出现高度腹胀并发肠梗阻、大量腹水, 造瘘口周围感染。其最严重并发症是引起腹膜炎。当造瘘口退至皮下或引起腹膜炎时应立即手术, 重新固定。

2.4 造瘘口肠脱垂 本组 2 例。主要是由于腹壁切口过长及造瘘口腹膜与肠管缝合不牢靠所致。肠管轻度脱出可不予处理。如果脱垂较严重, 影响载装具, 磨损肠粘膜出血, 甚至形成顽固性溃疡, 须切除过多肠管, 缝缩腹壁裂口^[4]。预防主要在于造瘘口腹膜与肠管缝合要牢靠和避免游离肠管过长。

2.5 造瘘口出血 本组 4 例。发生在术后早期 72

h 内, 主要由于肠断端血管结扎不牢脱落出血。后期主要由于装具大小应用不当, 压迫粘膜所致。处理是立即结扎止血或局部用止血药。对因装具所致出血, 应及时更换合适装具。目前应用一次性人工肛门袋, 可减少此并发症。

2.6 造瘘口周围皮炎 造瘘口周围皮肤炎症也是常见的并发症, 本组中发生 13 例。主要由于从瘘口溢出粪便或便袋摩擦刺激所致。表现为造瘘口周围皮肤湿疹样改变, 形成皮疹、糜烂或局部溃疡, 出现局部疼痛、奇痒。预防在于及时处理粪便, 保持皮肤干燥; 应用氧化锌软膏或炉甘石洗剂涂擦皮肤, 既可保护皮肤又可起治疗作用。

2.7 造瘘口周围脓肿及瘘管 本组 3 例。脓肿形成主要原因是术前肠道准备不充分, 手术当日或 3 d 内粪便溢出污染了创面, 分泌物经较宽的腹壁与肠管缝合间隙渗入到肌层形成脓肿。这时如不及时引

流, 就会穿透肠壁形成瘘管。据报道也有因固定肠管时缝针刺入过深或误入肠管及缝线过度牵拉肠壁致局灶性坏死^[1]。治疗是一旦发现脓肿形成, 应充分切开引流; 有瘘管形成的, 应切除瘘管重建造瘘口。本组 3 例均行瘘管切除而治愈。此类并发症易合并造瘘口回缩, 应积极预防。

参考文献:

[1] 赵程, 张文良. 结肠造瘘口并发症的防治[J]. 白求恩医科大学学报, 1997, 23(4): 423-424.

[2] 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): 659-660.

[3] 喻德洪. 结肠造瘘口术后的新进展[J]. 普外临床, 1993, 8(6): 337-340.

[4] 刘宝善. Mile's 术后造瘘口的康复治疗[J]. 中国实用外科杂志, 1996, 16(3): 182-183.

收稿日期: 2000-04-30 修回日期: 2000-09-07

本文编辑: 孙立杰

创伤性膈疝 16 例诊治体会*

朱文科

(泗阳县人民医院外科, 江苏 泗阳 223700)

关键词: 膈疝, 创伤性; 诊断; 治疗

中图分类号: R655.6 文献标识码: B 文章编号: 1000-2065(2000)06-0488-02

创伤性膈疝是一种少见的、易被延误诊断的疾病。我院自 1985 年 8 月~1999 年 10 月共收治 16 例创伤性膈疝, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 16 例中, 男性 11 例, 女性 5 例; 年龄 18~68 岁, <40 岁 13 例, 占 81.3%。其中, 急性膈疝 11 例, 陈旧性膈疝 5 例; 左侧膈疝 14 例, 右侧膈疝 2 例。致病原因: 闭合性胸腹部外伤 11 例, 刀刺伤 4 例, 手术膈肌缝合不牢 1 例。急性膈疝多数合并多处损伤; 全组患者均有腹腔脏器疝入胸腔, 其中以结肠、胃、大网膜等为多见, 部分病例同时疝入 2 个以上脏器。术前漏诊、误诊 6 例, 误诊率 37.5%, 其中急性膈疝 5 例误诊, 陈旧性膈疝 1 例误诊。确诊时间: 最短 1 h, 最长达 13 a。

1.2 手术方法 经胸切口 11 例, 经腹切口 5 例。

术中先回纳疝入胸腔的腹腔脏器, 膈肌裂孔用粗丝线“8”字间断缝合, 未用人工合成修补材料。

1.3 治疗结果 术后并发多器官功能衰竭死亡 1 例(占 6.25%), 余 15 例均痊愈。术后随访恢复良好。

2 讨论

2.1 膈疝的形成机制 分析本组病例, 膈疝的形成可能与以下因素有关: ①本组急性闭合性膈疝 7 例中, 4 例下胸部挤压伤伴多根肋骨骨折及胸廓畸形。手术中见膈肌自食管裂孔外侧经膈顶向前外侧胸壁呈线形裂伤, 方向与胸部受压方向一致, 外力致使膈肌纤维突然过度拉伸, 造成膈肌撕裂。②当腹部受到严重挤压时, 腹腔压力骤然增大并向腹腔各部传导, 冲击膈肌, 使膈肌紧张而破裂。本组 2 例腹部挤压伤, 膈肌呈不规则或星芒状破裂, 多个腹腔脏器发生挫裂伤并同时疝入胸腔。③本组 1 例食管癌术后