

食管贲门癌术后吻合口漏三管疗法

陈建华 程祖耀 杨浩
(浙江省湖州市中医院 湖州 313000)

关键词 :食管贲门癌 ;吻合口漏 ;手术后并发症 ;三管疗法
中图分类号 :R619⁺.9 文献标识码 :B 文献编号 :1671-4040(2004)01-0030-02

食管、贲门癌切除术后并发的吻合口漏是一种严重并发症,死亡率很高,应尽早确诊,妥善处理。我们共治疗了 8 例,主要是采用三管疗法,取得较好的疗效。现报告如下:

1 材料与方法

1.1 一般资料 1985 年 3 月~2002 年 6 月共施行食管癌、贲门癌根治术 612 例,术后并发吻合口漏 8 例(食管上段癌 2 例,中段癌 2 例,食管下段及贲门癌 4 例),发生率为 1.32%。致漏的原因:胃壁或代胃肠坏死、穿孔 3 例;术后插入的胃管滑脱,重新插管致吻合口破裂 1 例;颈部食管胃吻合口胃端脱入胸腔,致吻合口撕裂 2 例;术后进食致吻合口穿破 1 例;吻合器吻合不全致漏 1 例。吻合口漏发生最早者为术后 24h,最迟者在术后 7~8d。

1.2 处理原则 (1) 禁食。(2) 三管(胃肠引流管、胸腔闭式引流管、空肠造口管) 疗法,即:以胃肠减压管行有效胃肠减压;胸腔闭式引流管行胸腔引流,使肺完全膨胀,必要时进行胸腔冲洗和引流;空肠造口管行肠道内管饲营养。(3) 营养支持疗法,即行深静脉高能营养。(4) 选择有效抗生素。(5) 纠正水、电解质代谢紊乱,纠正贫血和低蛋白血症。(6) 必要时尽早再次剖胸手术缝闭漏口,并充分引流。

2 结果

6 例经三管疗法获愈,1 例再次手术获愈,1 例因营养极差,继发感染而死亡。

3 讨论

3.1 吻合口漏的诊断 食管癌、贲门癌、胃癌术后并发的吻合口漏是一种严重并发症。对术后 2 周(第 7~10 天)进食后,出现 39℃左右高热、白细胞计数升高(中性粒细胞 0.90 以上)、脉搏频数、患侧呼吸音降低或消失者就应高度怀疑并发了吻合口漏,应及时进行 X 线检查,如发现患侧胸腔有液化胸,尤其包裹性积液,或口服造影剂(稀钡亦可)后有外溢,口服美蓝后胸液中呈现蓝色,胸液中有消化液或食物残渣等,则可确诊有吻合口漏。

3.2 处理 吻合口漏的处理应取决于发生时间、部位、漏口基本病机,治当健脾和胃,降逆止呕。方中以人参易太子参,既能补气又能健胃,且补而不腻,有利于增加降逆之功;重视健脾、运脾,不主张应用大量苦寒之品包括清热解毒药、攻下药,即使大便干结,许多患者应用滋阴、润肠通便药后会见效。从提高生存质量方面讲,中医辅助治疗化疗后迟发性恶心呕吐值得进一步研究

大小以及患者的全身情况。一般而言,术后较晚期(术后 1 周以上)发生的吻合口漏多较小且局限,因而采用保守治疗(引流抗炎、营养)有成功的机会。而早期发生的吻合口漏,其造成的生理紊乱及感染较重或漏口较大,保守治疗的成功机会较小;颈部的小漏口多易处理,颈部切口表面为局部红肿和压痛、轻度皮下气肿或有腐臭的脓汁溢出,经切开引流,保持创面清洁干燥,漏口多可逐渐闭合,若间置的肠袢坏死,则须切除其坏死部分,重新吻合才能控制感染,然后再重建上胃肠道,使患者能经口进食。

吻合口漏发生在胸腔者,若感染只局限于纵隔,或发病时间已久,且高龄体弱,无法耐受开胸手术者,可采用引流治疗。纵隔形成脓肿,可在相应部位经椎旁行胸膜外纵隔引流(引流时需保护壁层胸膜,不要破损,以免感染蔓延至胸腔),对已形成脓肿者,可行胸腔引流,必要时加负压持续吸引,使患侧肺尽快膨胀贴靠和粘连于漏口。对于术后早期发生且及时确诊的胸内吻合口漏,可以根据具体情况选择下列处理措施:(1) 及时再次剖胸手术切除原吻合部,并在稍高部位重新进行吻合术。这一措施胸腔感染未明显发展以及食管和胃仍有一定长度可供再吻合时,成功的机会还是有的;(2) 再次剖胸切除原吻合部,将食管在颈部外置,并将胃还纳入腹腔,同时进行胃或空肠造口以维持营养,待情况稳定后再作胸骨后成胸骨前结肠代食管术,使患者能经口进食;(3) 如果总的情况不佳,或胸腔感染严重不适于再次剖胸手术,则应及时充分引流脓气胸,并给于足量抗生素,以控制胸腔感染。在多数情况下,如果脓胸得以充分引流,急性感染得到控制,吻合口漏会逐渐缩小以致闭合,只是需要较长的时间。发生较晚或延误确诊的吻合口漏多因胸膜粘连而不适于再次剖胸手术,其处理原则如上述。

吻合口漏的治疗棘手,多数患者由于周身情况欠佳,又继发急性感染,加重生理紊乱,又不能进食,致营养障碍而严重影响吻合口漏的愈合。维持营养和补充蛋白质很重要,要较长期静脉输液、输血及输入白蛋白和肠胃外营养支持以补

参考文献

[1]李玉升,赵龙妹,李俊岭,等.枢复宁预防癌症化疗所致呕吐 103 例临床观察[J].中华肿瘤杂志,1996,19(SO):40~42
[2]蒋芹,杨喜成,张为民,等.恩丹西酮对恶性肿瘤化疗所致呕吐的防治效果[J].癌症,1996,15(6):456~457
[3]曹培国,章义群,章正.单剂欧必停加地塞米松预防大剂量顺铂所致的恶心呕吐[J].中国肿瘤临床与康复,2002,9(4):92~93

(收稿日期:2003-11-12)

中西医结合治疗子宫内膜异位症 108 例分析

王晓玲 杨振虎

(山东省德州市中心医院 德州 253013)

关键词 :子宫内膜异位症 ;中西医结合疗法

中图分类号 :R 711.71

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)01-0031-02

子宫内膜异位症(以下简称内异症)是生育期妇女最常见病,在生殖年龄妇女中发病高达 10%~15%,对年轻、症状轻、有生育要求者宜采用保守治疗,可取得比较满意的治疗效果。兹总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 1997~2001 年,我院妇科治疗内异症 108 例,其中单纯性 90 例(83.3%),合并子宫肌瘤 4 例(3.7%),合并子宫腺肌病 14 例(13%);年龄最大 48 岁,最小 23 岁,平均 40 岁;初潮年龄 12~18 岁,平均 17 岁;未孕 21 例,孕 1 次 38 例,孕 2 次 36 例,孕 3 次或 3 次以上 13 例,有分娩史 83 例。

1.2 主要症状与体征 疼痛 97 例(89.8%),包括痛经 80 例(74.1%),持续性下腹痛 11 例(10.2%),性交痛 4 例(8.7%),急性腹痛 2 例(1.8%);不孕症 37 例(34.2%);月经异常 8 例(7.4%);附件区包块 33 例(30%),附件区包块并子宫增大 14 例(10.3%),附件区包块并子宫后壁结节 8 例(7.4%)。

1.3 中医辨证 根据临床表现分为痛经(以痛经为主,随着病情发展,痛经进行性加重,并伴有月经改变;妇检:子宫增大如孕 6~8 周,呈球状,活动可,证属气滞血瘀,血瘀少腹,冲任受阻,胞脉不通,不通则痛)、症瘕(子宫内膜波及子宫之外,局部可形成结节或包块,如异位卵巢出现巧克力囊肿;妇检:子宫稍增大或正常,子宫活动受限,子宫直肠凹处可触及硬结,有卵巢巧克力囊肿则卵巢呈囊性增大,往往月经量增

充足够的热量和蛋白质。这需要较细致的无菌条件和精心护理,所需的医疗费用也高。笔者近年来采用胃造口、十二指肠或空肠造口管饲素膳提供热量和蛋白质以达到正氮平衡,这对于保证吻合口漏的愈合起着很好作用,值得推荐。

3.3 预防 首先应注意患者的营养状态,考虑其组织愈合力,必要时应作营养补充,术前尽可能控制食管及口腔的局部感染。由于食管本身缺乏浆膜层,其肌层比较脆弱,游离切断后其回缩力较强,因此在作吻合时技术要熟练,同时操作要细致。缝合既要牢靠又应避免拉力过大,以防缝线切割或缝扎过紧致组织坏死。食管和胃或肠进行吻合时应力求准确对合,在不损失食管的应有切除长度和不增加张力的前提下,增加吻合部食管-胃的套长度(2.5~3.0cm),这有利于增加吻合口的机械强度和减轻术前反流。此外,充分的术野显露是保证吻合顺利进行的重要条件,因此,高位主动脉弓下吻合不如主动脉弓上吻合方便;同样,高位的胸顶吻合常常

多或过频,证属气滞血瘀停滞下焦,积聚成症瘕)、不孕[不孕是内异症常见合并症之一,引起不孕症原因可能有以下几方面:(1)子宫内膜引起盆腔粘连,输卵管不通;(2)黄体功能不全;(3)月经失调。证属血瘀内停胞脉,不能摄精成孕]3 型。

2 治疗

2.1 痛经型 治以活血化瘀、理气止痛法,药用:丹参 20g,熟地 15g,川芎 15g,炙香附 20g,元胡 20g,细辛 6g,蒲黄 15g,五灵脂 20g,川楝子 20g,当归 20g,益母草 15g,枸杞子 15g。如痛经较重,可加服妇康片 2.5mg/d,按周期服用。

2.2 症瘕型 治以活血化瘀、软坚散结法,药用:丹参 20g,赤芍 15g,三棱 20g,莪术 20g,红藤 20g,桃仁 15g,皂刺 15g,山甲 15g,海藻 15g,黄柏 15g,败酱草 15g,枸杞子 15g。同时口服丹那唑以利结节吸收,对于较大巧克力囊肿中药保守治疗无效者,先行手术治疗,术后继续服用中药治疗。

2.3 不孕型 治以活血化瘀、补肾通经法,药用:生大黄 10g,桃仁 15g,枳实 15g,巴戟天 24g,细辛 6g,沉香 10g,木香 15g,淫羊藿 20g,蛇床子 15g,甘草 15g。

对输卵管伞端粘连或闭锁引起的不孕症,经保守治疗无效可辅以手术。以上诸型可随证加减:肝郁气滞者,加柴胡 15g、陈皮 15g、郁金 15g;肝肾阴虚者,加生、熟地各 20g,玉竹 20g、麦冬 25g;脾肾阳虚者,加党参 20g、白术 12g、覆盆子 30g;气虚血瘀者,加党参 25g、黄芪 30g、当归 20g;湿热瘀结者,加红藤 20g、败酱草 20g、茯苓 20g。

不如颈部吻合安全、方便。

最大限度地保留吻合口血运和减少张力至关重要。食管的游离应适可而止,避免游离过多,尽量少损失其血运。游离胃时除应谨慎保存必要的动脉供应外,还应处处轻柔从事,避免对胃壁的揉挫损伤,以免造成局灶血供障碍。术后早期(36~48h)应持续行胃肠减压并延迟经口进食。

吻合口位于胸腔者因其周围常缺乏可靠的组织保护,这是吻合不易很好愈合的不利因素,特别当术后并发肺不张、气胸或较大量胸腔积液的情况下。手术时适当利用周围胸膜或网膜以加固吻合口是有益的,术后还应使肺早期膨胀。近年来食管-胃机械吻合器的应用明显降低了吻合口漏的发生率,但吻合口狭窄和反流的并发症却有增加,因此,常需继续改进显微外科血管吻合术进行带蒂或游离的肠段间置术后加强间置肠段的血运,从而减少吻合口漏的发生率。

(收稿日期:2003-09-15)