

例(占2.0%),出血原因一般认为吻合钉未能钉合全层结肠,导致止血不全,或因吻合处崩裂引起出血,或因钉合时远近肠端的部份肠系膜血管间置于吻合口之切缘间。本组1例68岁男性,经肛管将远端病变结肠外翻拖出肛管外,应用管状吻合器在肛管部进行切除吻合术,手术顺利,但术后第七天,下床活动10小时后发生多次便血,经保守疗法均未能控制出血,作肛门镜检查寻找出血点,发现吻合口有二处吻合钉松动脱落,吻合缘出血,局部缝扎后止血,探讨出血原因低位结肠肠壁较厚,但钉较短引起某处钉合

不全,活动后促使该处吻合钉松动脱落,致使吻合缘出血。因此,预防吻合口出血,除在钉合时需注意勿将肠系膜血管间置于吻合口切缘外,对通向切缘的血管尚需进行缝扎,倘靠近肛管的结肠肠壁较厚,估计不能钉合全层肠壁时,需另加丝线缝合。一旦发生吻合口出血,如果出血量少,可先用止血剂,同时严密观察出血情况,不主张应用填塞方法压迫止血,以免造成创伤性吻合口瘘,如果出血量较大,难以控制,主张及早手术,探查出血点,在直视下进行电灼或缝扎等有效止血方法。

直肠癌手术并发症的预防与处理

山东省立医院普外科

曲仁和 宫东尧 张敏 马汝镇 蔡先礼 姜言明 郭琼行 侯连泽 穆庆玲

我院自1973年10月至83年10月共收治直肠癌184例,其中施行根治术127例,现将其中并发症12例分析如下:

临床资料

(一)一般情况:本组病例中,男100例,女84例,男:女为1.2:1。30岁以下22例,31~40岁32例,41~50岁51例,51岁以上79例,其中51岁以上年龄组发病率较高,为43%。有结肠癌家族史者6例,占3.2%。

(二)临床表现:有排便不适及排便次数增加145例,排便不尽及里急后重87例,血便或脓血便157例,大便变形及排便困难30例,慢性肠梗阻28例。有黄疸、腹水、锁骨上淋巴结阳性等转移体征者8例。

(三)诊断问题:1.直肠指诊:是直肠癌的重要检查方法,本组病例指诊触及病变者160例,约为87%,尽管方法简便,往往病人

虽有症状却被忽视,本组部分病例在确诊前误诊为肠炎、痢疾、内痔等,而延误手术治疗。2.直肠镜或乙状结肠镜检查,也是重要检查方法,可明确直肠癌的大小、部位及范围,并能取活检进行病理检查,以肯定诊断。本组病例皆施行内窥镜检查。其结果:癌肿下缘距肛门小于8cm者135例,8~10cm者25例,10cm以上者24例。可根据肿瘤下缘与肛门的距离,选择手术方式。病理检查:1.大体类型:分三型,本组病理中溃疡型103例,肿块型50例,浸润型31例,以溃疡型为多数。2.组织类型:分为腺癌122例,粘液癌33例,低分化及未分化癌29例,以腺癌为多数。3.癌肿浸润深度:局限于肠壁内者129例,侵犯其他脏器或组织55例,其中侵犯膀胱5例,前列腺1例,子宫2例,阴道后壁6例,侵犯盆壁41例。远处转移(包括肝转移)8例。

(四)手术方式的选择:本组病例施行根治手术127例,其中施行的Miles手术97例,Dixon手术18例,改良的Bacon手术12例,姑息性切除11例,剖腹探查或肠造口术46例。

(五)手术并发症:直肠癌根治性手术中骶前静脉破裂大出血2例,不慎损伤输尿管1例,术后内疝2例,盆底腹膜裂隙小肠脱出1例,肠造口严重狭窄3例,肛门部肠拉出段坏死2例,结肠直肠吻合口破裂1例,共12例。

讨 论

在直肠癌根治性手术中,应注意并发症的发生,严重者可导致患者死亡,因此对直肠癌手术并发症的预防和处理应该重视。现将我院直肠癌根治性手术并发症分析如下:

(一)骶前静脉丛出血是直肠切除术中的严重并发症。在盆腔用手指钝性分离骶前直肠后间隙时,当肿瘤位于直肠后壁或有炎症、水肿粘连,若紧贴骶骨强行钝性分离钳夹,易剥破骶前筋膜,造成难以控制的出血,有时结扎或缝扎难以奏效。因此在分离时要特别轻柔,在直视下看清解剖关系。始终逐步的在骶前筋膜前,边分离边切断结扎,直至尾骨尖。如果肿瘤浸润至骶前并固定,则应改换手术方式,可避免大出血。一旦骶前静脉出血,切忌钳夹、缝扎,待纱布垫压迫片刻,轻轻找出出血点,用电灼止血。出血不止时,仍用纱布垫压迫,待术毕用纱布条填塞,一头由会阴部伤口引出待术后5—7天,由会阴部伤口逐渐抽出。本组Miles氏手术2例,骶前大出血,经纱布条压迫止血成功。

(二)乙状结肠末端造口术,结肠旁沟内疝:腹会阴联合直肠切除术(Miles氏手术)的并发症。将乙状结肠断端由左下腹壁的切口提出约5cm作为永久性人工肛门。提出肠

段的腹腔段与左侧腹壁间的结肠旁沟存有潜在空隙,为防止内疝发生一定要缝合而且缝合的针距要适当、线结要可靠,以防线结脱落。本组2例发生机械性肠梗阻,经剖腹探查发现造口结肠与侧腹壁空隙缝合线结脱落,小肠由此间隙穿过,引起肠绞窄坏死。另一例因连续缝合针距大,小肠由此间隙穿过,由于肠梗阻时间短,肠还纳后,肠血运正常。

(三)结肠造口狭窄:Miles氏术后常见此并发症。多因腹壁切口小或因结肠浆膜外露、水肿、炎症产生肉芽组织,而纤维组织收缩。与造口周围皮肤切缘共同形成环形狭窄,多数在早期每天用手指扩张,可免造口狭窄。如果大便变细或梗阻应将狭窄环作一楔状切除。本组有3例严重狭窄施行了狭窄环楔状切除术。为了预防肠造口狭窄,目前我们多采用提出腹壁的造口肠段约5cm外翻,粘膜与造口周围皮肤一期缝合的肠造口法,狭窄现象已大大减少。

(四)盆底腹膜缝合处小肠脱出:腹会阴联合直肠切除后,则需修复盆底腹膜。在修复时应该细致的连续或间断缝合,因为盆底部只有一层修复的腹膜,极易受腹腔压力的影响。因此如果盆底腹膜张力过大、缝合不完善、留有空隙、缝合时腹膜撕裂,术后缝线断裂及线结脱落的病例,一旦突然增加腹压则造成小肠由腹膜裂隙脱出,引起肠梗阻,甚至绞窄。本组1例腹会阴联合直肠切除的患者在术后第五天腹痛、腹胀呕吐、肛门停止排气、腹部可见肠型、会阴部伤口有多量血性液体流出,腹透可见小肠多个液平面,因肠梗阻施行剖腹探查,见小肠一段由盆底腹膜缝合的小裂隙脱出,脱出的坏死肠段予以切除,行小肠端端吻合,盆底腹膜裂隙再缝合修补。

(五)结肠直肠吻合口破裂:是Dixon氏手术严重并发症:吻合口破裂后,粪液盆腔脓肿形成,如果不及时施行横结肠造口术及

盆腔引流术,可产生严重腹膜炎导致病人死亡的危险。产生吻合口瘘的原因是多方面的,但就我们的体会是如下几方面最为主要:1.肠道灭菌不够,为选择肠道抗生素的应用,术前最好做肠道细菌培养。2.吻合口两端血运不足,在手术中吻合口远端直肠游离过多及吻合口近端结肠系膜分离过多,造成吻合口血供不足,导致吻合口缺血坏死。因此在肠吻合前应注意吻合口两端肠壁血运是否充分。3.吻合口肠壁系膜张力过大影响吻合口血液循环。4.缝合吻合口不善。5.术后盆腔充分引流不够、盆腔感染影响吻合口愈合。本组1例吻合口破裂死亡。

(六)经肛管肠拉出的直肠切除术,肛门外结肠段坏死或缩回,是改良Bacon氏手术最重要的并发症,常因拉出肠段血运障碍而发生的,其发生血运障碍的原因是:1.拉出肠段系膜张力过大,影响拉出肠段的血运;2.肛门括约肌持续强烈的收缩,阻断拉出肠段的血运,导致拉出肠段血运障碍、坏死,近端肠段缩回盆腔,造成腹腔严重感染。本组2例拉出肠段坏死,其中1例肠缩回盆

腔,由于腹腔严重化脓感染,感染性休克死亡。另1例在术后第五天拉出肠段坏死,经直肠镜检查近段肠管已与肛管粘着愈合能自主排便,而治愈出院。为预防拉出肠段坏死缩回,在术中充分扩张肛门,并在术后留置硬膜外导管,每隔6小时由管注入0.5%布比卡因4~5毫升,维持3天左右拔管,使肛门括约肌处于松弛状态,减少术后肛门括约肌收缩对拉出肠段血运的影响。

(七)输尿管损伤:本组一例,虽术中认为是输尿管触诊可及,但由于警惕性不高,在分离时误将左侧输尿管下段切断,因此我们认为手术中,泌尿系损伤是值得重视的问题,为避免尿道和输尿管损伤,除常规置Foley氏导尿管外,术中应暴露两侧输尿管便于辨认。左侧输尿管的盆腔段和盆底入膀胱段最易损伤,因此常规暴露输尿管和切忌盲目的剥离或在血泊中手术,是预防的主要方法,一旦损伤予以断端吻合。插入输尿管导管于膀胱内,待后经膀胱镜取出,如果术中粘连较重,可经膀胱插入输尿管导管作引导,以防输尿管损伤更为妥当。(参考资料略)

直肠癌切除后的排尿和性功能 (附48例调查报告)

四川省肿瘤医院外科 刘宝善 刘光中

我们于1985年间,就直肠癌切除后的48例男性病人,做了排尿、性功能方面调查,现将不同术式中的障碍情况,以及有关神经解剖和预防措施诸方面结合文献探讨如下:

临床资料

其中Miles术式32例;Bacon(改良)术式4例;Dixon术式12例,通过直接寻问或

发信的方式,将获得的术后3个月、6个月、1年、2年的排尿、性功能状况分别与术前进行对比,结果如下表。

讨 论

直肠癌的根治性手术,虽然经过各种努力,包括手术方法及清扫范围改进,其五年生存率仍徘徊在35~55%之间,没有明显的