

文章编号:1005-6947(2007)04-0391-02

· 临床报道 ·

全胃切除术后近期并发症的防治

李庆春, 吴建斌, 张明金

(解放军第一〇五医院普外一科 安徽合肥 230031)

摘要:对近5年来外科施行的全胃切除术206例的临床资料进行回顾性分析。其中经腹手术191例;经胸腹联合切口15例。根治性切除术170例;姑息性切除术36例。经腹组共发生并发症53例次,占27.7%;死亡2例,病情恶化自动出院2例;其余均治愈出院。经胸腹组发生肺部感染4例,占26.7%,均治愈出院。提示全胃切除术应严格选择手术指征,并由经验丰富的医生实施手术;吻合器的使用和围手术期的正确处理可降低术后并发症发生率和病死率。

[中国普通外科杂志,2007,16(4):391-392]

关键词: 胃肿瘤;胃切除术/副作用;手术后并发症/预防与控制

中图分类号:R735.2 **文献标识码:**B

为了降低全胃切除术后近期并发症的发生率和病死率,作者对2001年1月—2005年12月施行的全胃切除术206例患者的临床资料进行回顾性分析,着重讨论近期并发症。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男167例,女39例;年龄27~83(平均66)岁。经腹手术191例,经胸腹联合切口15例。术前伴有肺气肿、冠心病、糖尿病、脑血栓等内科疾病146例,伴中、重度营养不良82例。术前营养支持治疗52例;术后肠内营养支持42例,肠外营养支持38例。

1.2 并发症及处理

经腹手术组,肺部感染37例(19.3%),膈下脓肿5例(2.8%),切口裂开4例(2.2%),吻合口漏和术后腹腔出血各2例,十二指肠残端漏、呼吸衰竭、张力性气胸各1例,共53例次,占27.7%。经胸腹组发生肺部感染4例,占26.7%;其余11例未发生并发症。对两组肺部感染的发生率(19.3% VS 26.7%)进行统计学分析, $P < 0.05$,有显著统计学意义。

1.3 治疗结果

经腹组因术后腹腔出血再手术2例,其中1例死于术中,另1例死于再手术后呼吸衰竭,病死率为0.97%(2/206);病情恶化自动出院2例。除上述4例外,其余患者均痊愈出院,占98.06%(202/206)。

2 讨论

随着手术技术的不断改进,全胃切除术的并发症发生率和病死率有所降低,国内报告手术病死率为1.5%~8%。本组并发症发生率为27.7%,院内死亡2例,包括病情恶化自动出院的2例,病死率为1.94%(4/206),与国内同类医院相似。从而保持较高的切缘阴性率,本组切缘阴性率为95%(195/206)。

全胃切除术最常见的并发症为肺部感染,因此,术后必须严密观察生命体征与病情变化,术后第1天开始,静脉应用祛痰药和超声雾化吸入,鼓励和帮助患者咳嗽,拍背和排痰。吻合口漏是全胃切除术最严重的并发症之一,有较高的病死率。除了营养不良等因素外,食管空肠吻合不满意是重要因素。本组发生吻合口漏2例,均发生于2002年底以前经腹全胃切除术吻合组,2003年初应用吻合器后未再发生。笔者从实践中体会到,吻合口漏的预防在于:(1)选择合适的患者,避免高危、高龄患者,尤应以伴有重要脏器功能不全者作为手术禁忌症;(2)由经验丰富的医生施行;(3)应用吻合器,食管切缘直接用荷包钳置线和吻合器头,以减轻对食管切缘的损伤;(4)空肠系膜血管不宜用肠钳上夹,以免损伤空肠边缘血管甚至术后发生局限性坏死;(5)吻合技术正确无误,此条为总的原则要求;(6)术中止血务必彻底。

全胃切除术的重要步骤是肿瘤根治和胃肠道重建。肥胖者经腹手术时,常难以充分显露食管下切缘,使食管空肠吻合的难度增大;不仅劳动强度大,而且难以达到理想的吻合效果。本组发生的2例吻合口漏也与吻合不满意有关。吻合器的应用,不仅提高了吻合效果,而且吻合

收稿日期:2006-01-25; **修订日期:**2006-08-14。

作者简介:李庆春,男,安徽合肥人,安徽合肥解放军第一〇五医院主治医师,主要从事胃肠、乳腺方面的研究。

通讯作者:李庆春 E-mail:lqc1963@sina.com

文章编号:1005-6947(2007)04-0392-02

· 临床报道 ·

胃癌手术后梗阻性黄疸的外科治疗

张伟¹, 胡还章²

(南京军区福州总医院 1. 急救中心 2. 肝胆外科, 福建 福州 350025)

摘要:为探讨胃癌手术后梗阻性黄疸的原因及治疗方法,笔者回顾性分析8例胃癌术后梗阻性黄疸患者的临床资料。患者均接受手术治疗。术中发现5例肝门、肝十二指肠韧带淋巴结转移,1例胰头部肿物,2例肝内转移瘤压迫肝内胆管。8例均经再次手术治疗,术后死亡3例,另5例的生存期为5~14个月。资料显示胃癌术后肝门、肝十二指肠韧带淋巴结转移是胃癌术后复发导致梗阻性黄疸的主要原因。再次手术治疗应该根据不同情况采用不同的手术方式,有望能改善患者的生活质量和延长生存时间。

[中国普通外科杂志,2007,16(4):392-393]

关键词:胃肿瘤;黄疸,梗阻性/外科学;肿瘤转移,肿瘤复发

中图分类号:R735.2

文献标识码:B

胃癌手术后出现梗阻性黄疸多为胃癌术后复发所致,其具体原因及处理均较为复杂。采取合适的治疗措施可以改善患者的生活质量及延长生存时间。我院1999—2004年收治胃癌手术后出现梗阻性黄疸8例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男7例,女1例;年龄29~65岁,平均年龄53.6岁。胃癌的初次临床分期及手术方式:按照胃癌新TNM分期法,IIIa期1例,行根治性胃远端大部切除B-I式吻合术;IIIa和IIIb期各1例,行根治性胃远端大部切除B-II式结肠前吻合术;IV期5例,分别行根治性近端大部切除术1例,根治性全胃切除2例,姑息性全胃切除1例,联合多脏器切除1例。初次病理报告:低分化溃疡型腺癌3例,低分化乳头状腺癌1例,黏液腺癌2例,管状腺癌1例,印

戒细胞癌1例。术后出现梗阻性黄疸的时间为6~25个月,黄疸出现距入院时间8d至2个月。临床表现为皮肤、黏膜黄染伴瘙痒,精神不振,上腹胀痛,浓茶样尿,大便灰白等。血清总胆红素(TBIL)增高(195~758 $\mu\text{mol/L}$),平均325 $\mu\text{mol/L}$ 。CT及B超均显示肝内外胆管扩张。

2 治疗及结果

2.1 手术探查及治疗方式

本组患者均行外科手术治疗。剖腹探查术中证实肝门、肝十二指肠韧带淋巴结转移5例,胰头部肿物1例,肝内转移瘤压迫肝内胆管2例;8例中全腹腔广泛转移4例。行胆总管空肠吻合术2例,胆总管切开T管外引流术1例,左肝内胆管切开外引流1例,肝十二指肠韧带淋巴结骨化清扫+残胃和肝外胆道切除+胆道和空肠吻合1例,残胃联合胰十二指肠切除术1例,胆囊造瘘+空肠造瘘+横结肠、降结肠侧侧吻合+腹腔引流术1例,术中经皮肝穿置管引流1例。

2.2 结果

腹腔肿大淋巴结及病灶组织病理检查结果与初次手术病理报告一致。本组死亡3例,分别为接受经皮肝穿置管引流、残胃联合胰十二指肠切除术、胆囊造瘘+空肠造瘘+横结肠

收稿日期:2005-07-26; **修订日期:**2006-08-28。

作者简介:张伟,男,福建宁化人,南京军区福州总医院主治医师,主要从事外科危重症方面的研究。

通讯作者:张伟 E-mail:zh-easy@163.com

时间也大大缩短,从而使外科医生把精力和时间主要用于肿瘤根治上。本组1例76岁男性患者既往患有冠心病、脑血栓和轻度营养不良,在肿瘤内科诊断胃体癌,予化疗后转外科,施行经腹全胃切除术后早期发生心肺功能不全,经积极抢救后心肺功能逐渐恢复。术后第10天切口裂开,流出胆汁样肠液,剖腹探查证实为十二指肠残端漏。经彻底冲洗腹腔,十二指肠残端置双套管引流,全胃肠外营养支持和抗生素等治疗3周痊愈。分析本例发生的原因:(1)高龄;(2)术前化疗与手术间距过短(1周);(3)术中十二指肠残端闭合器闭合失败,重新缝合;(4)术前中度

营养不良未经充分准备。据此术前除进行充分准备外,对患者生理、病理的正确评估十分重要。应严格掌握全胃切除的适应症。若手术不能延长患者生命或改善生活质量,不应盲目施行。

参考文献:

- [1] 陈峻青. 胃癌外科治疗的过去选择与评估[J], 中华医学杂志, 2004, 84(24):2057-2058.
- [2] 邓维成, 陈学金, 丁国剑, 等. 胃肠手术后并发肠外瘘21例分析[J], 中国普通外科杂志, 2004, 13(4):313-314.