

平衡得到恢复,纵向力还能将椎间隙拉大,使纤维环张力得到改变,将髓核负压加大,能够促进突出物回缩以及移动,使局部压迫得到解除。同时与针灸推拿相配合,能够有效解除肌肉痉挛,使组织间粘连得到松解,从而取得较好的临床治疗效果。综上所述,中医针灸推拿加牵引治疗腰椎间盘突出症,能够取得较理想的临床治疗效果,治疗有效率比较高,能够明显改善患者临床症状,减轻患者痛苦,可在临床上

广泛推广应用。

参考文献

[1]高明.中医针灸推拿加牵引治疗腰椎间盘突出症 70 例临床疗效观察[J].中国保健营养(下旬刊),2012,22(10):4 124-4 126
[2]朱德军,彭兴甫,袁婉丽,等.中医针灸推拿配合牵引治疗对老年人腰椎间盘突出症的临床效果[J].现代生物医学进展,2013,13(23):4 506-4 509
[3]何向卫.针灸推拿配合牵引治疗腰椎间盘突出症临床疗效分析[J].大家健康(下旬刊),2013,7(12):61-62
[4]田丁宝.针灸配合牵引治疗腰椎间盘突出症临床观察[J].中国实用医药,2010,5(6):204-206

(收稿日期:2014-03-20)

结直肠癌患者合并肠梗阻的术式及治疗效果观察

陈志兴 卢增红 何晓

(赣南医学院第一附属医院 江西赣州 341000)

关键词:结直肠癌;肠梗阻;手术治疗;效果

中图分类号:R656.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.05.030

结直肠梗阻是结直肠癌常见并发症之一,结直肠癌并发肠梗阻临床上多行手术治疗,但是急诊手术准备工作有限,临床上多存在预后工作难度大且预后效果差的问题^[1]。临床实践证明,结直肠癌治疗手术方式的选择是影响预后效果的关键性因素。本文选取我院近年来收治的 80 例结直肠癌并发肠梗阻患者作为研究对象,着重分析探讨各种术式的临床应用效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月~2013 年 10 月我院收治的 80 例结直肠癌并发肠梗阻患者作为研究对象,男 52 例,女 28 例;年龄 32~85 (46.8± 4.2) 岁;其中右半结肠癌患者 30 例,左半结肠癌患者 30 例,直肠癌患者 20 例;Dukes 分期中 B 期 24 例,C 期 46 例,D 期 10 例;腺癌 64 例,黏液腺癌 10 例,未分化腺癌 6 例。

1.2 手术方法 所有患者术前均行禁食禁饮、胃肠减压、纠正酸碱平衡、补充水电解质等,合并高血压、心血管疾病患者术前 3 d 监测生命体征。30 例右半结肠癌患者中 29 例行一期切除吻合术,另 1 例患者因腹腔粘连严重行回肠造口;30 例左半结肠癌患者中 27 例行一期切除吻合术,2 例行 Hartmann 术,1 例行横结肠单纯造口术;20 例直肠癌患者中 8 例行 Dixon 术,7 例行 Mile' s 术,2 例行 Hartmann 术,2 例行结肠单纯造口术,1 例术中病情加重行乙状结肠造口术。所有患者术中均行结肠灌洗,游离肿瘤近端结肠系膜,将肿瘤经切口取出后于肿瘤上缘行荷包缝合,后经过荷包缝合线于中间部位戳孔插入吸引器,进行肠内容物引流,并

做好缝线处理以免发生口瘘。肿瘤手术后行盲部灌洗,去除导尿管后处理阑尾残端,取出吸引器后关闭肠道切口,切除肿瘤。术中进行灌肠者 38 例,在阑尾残端置入 Foley 导尿管,肿瘤上缘肠管切开后放置螺纹管,从尿管注入 0.9%氯化钠溶液,冲洗肠管,后应用 250 mL 甲硝唑溶液和 500 mL 0.9%氯化钠溶液冲洗。术后观察患者治疗效果和术中灌肠对患者术后恢复的影响。

1.3 统计学分析 采用 SPSS18.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 治疗结果 直肠癌患者中,1 例术中病情加重后行乙状结肠造口术的患者术后 16 d 左右出现脏器功能衰竭,治疗无效死亡;2 例患者术后发生感染性休克,给予抗感染药物治疗及营养支持治疗,病症消失,未影响手术治疗效果;5 例患者术后发生切口感染,均给予抗感染药物治疗,切口愈合良好;1 例患者术后 10 d 左右发生切口裂开,行二次切口缝合术后康复。27 例左半结肠癌患者行一期切除吻合术后发生 2 例吻合口瘘,经过对症治疗后护理干预后均于 35~46 d 痊愈出院。8 例直肠癌患者行 Dixon 术后未出现吻合口瘘并发症。

2 讨论

结直肠癌并发肠梗阻多受直肠解剖结构的影响发病,临床治疗过程中受梗阻部位水肿、粪便滞留等因素的影响,细菌极易侵入,进而激活肠内胶原酶,通过胶原纤维降解作用直接损伤肠道,导致肠道管壁内缺血、组织穿孔及坏死^[2],发生严重的并发症。临床实践证明,科学选取手术方式是降低术

后并发症发生率、提升预后效果的关键。本文 80 例临床观察发现,一期切除吻合术是治疗结直肠癌合并肠梗阻的一种可行性较高的治疗方式,术中结合灌肠处理可切实有效减少术后吻合口瘘、二次肠梗阻、发热等并发症或不良反应发生率,应用价值较高;另外直肠癌 Dixon 术 + 横结肠预防造口术应用中安全性尤为显著。各种术式应用过程中可结合患者病症与手术适应症科学筛选。

笔者基于多年临床实践与研究认为,结直肠癌并发肠梗阻患者采用各种术式治疗的关键均在于术前准备。本文 80 例临床观察发现,术前行抗感染能够抑制肠道内菌群活性,进而减少术后切口感染发生率;另外胃肠减压、酸碱平衡纠正、水电解质补充等利于患者生命体征监测,为手术提供准备基

础。术中的实施操作要坚持一定原则,如梗阻的解除是首要操作任务,其次是肿瘤的切除操作^[1]。本文右半结肠癌患者实施手术过程中肠梗阻解除率较高,左半结肠癌行一期切除吻合术的患者尽管发生切口感染但是手术一次成功率较高,临床应用中利于减轻患者病痛,应用效果较好。但也要注意术中操作,保证吻合口处理良好、合理放置引流管及残端肠管的消毒处理等,为术后并发症的防控工作提供便利。

参考文献

[1]赵宏宇.手术治疗结直肠癌合并肠梗阻的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2012,5(36):95-96
[2]李军尧,杨剑虹.结直肠癌合并肠梗阻手术治疗 118 例临床分析[J].临床军医杂志,2011,39(3):440-442
[3]张奇兵.结直肠癌合并肠梗阻老年患者 98 例临床分析[J].中国当代医药,2012,19(3):191-192

(收稿日期: 2013-12-13)

骶尾部藏毛窦切除部分缝合术的效果分析

饶佳

(四川省凉山州第一人民医院肛肠科 西昌 615000)

摘要:目的:探讨骶尾部藏毛窦切除部分缝合术的术式优劣和临床疗效。方法:回顾分析 1998~2013 年我科收治的 15 例藏毛窦病人,均行藏毛窦切除部分缝合术。结果:15 例患者均治愈,平均愈合时间为(24± 5) d,随访 0.5~1 年均未复发。结论:藏毛窦切除部分缝合术达到了根治藏毛窦的目的,在术式上可操作性强,且有效减少术后并发症的发生,疗效确切。

关键词:骶尾部藏毛窦;部分缝合;疗效观察

中图分类号:R657.15

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.05.031

骶尾部藏毛窦是在骶尾部软组织内的一种慢性窦道或囊肿,囊肿感染破溃后形成慢性窦道,或暂时愈合,继而又破溃,反复发作,内藏毛发是其特征。早在 1847 年 Anderson 和 1854 年 Warren 就曾报道过这一疾患。1880 年 Hodges 正式采用现在的名称^[1],日本称“毛囊瘻”,美国称“骶尾窦”。该病发病率较低,在美国为 26/10 万,在我国近年也有上升的趋势^[2]。本病多见于青壮年,男性为主,19 岁以后渐增,到 25 岁时达到最高峰,发病年龄平均 21 岁左右。我院自 1998~2013 年共收治 15 例骶尾部藏毛窦患者,均采用藏毛窦切除部分缝合术。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 15 例患者中男 14 例,女 1 例,平均年龄为(24± 8)岁,平均病程(15± 10)月。其中 10 例患者之前未接受过手术,为初治;5 例患者为复治,4 例曾接受切除一期缝合术,1 例接受切除伤口开放术。15 例患者均诉骶尾部反复肿痛、破溃流脓;查体见骶尾部中位线有窦口,7 例有毛发钻出,指诊可扪及骶尾部肿块;行碘油造影示皮下和骶骨间囊

性肿物;行 X 线排除骶尾骨骨质破坏性病变及骶骨前占位性病变。

1.2 治疗方法 15 例患者术前均进行必要的检查,排除手术禁忌症。术前合并炎症者,先予抗感染和局部换药治疗,待炎症控制后再行手术治疗。术前于早晨剃去骶尾部毛发,温肥皂水灌肠。此手术均采用连续硬膜外麻醉,手术时患者取俯卧位,以碘伏纱布消毒骶尾部,铺无菌洞巾。用探针探查窦道走向、深浅、范围,从破溃口注入 1:1 美蓝和双氧水约 5 mL 染色,从破溃口沿臀中缝向上做一切口至肿块上 1 cm,切开皮肤,紧靠肿块组织切到骶骨筋膜,将所有病变组织由骶骨筋膜上切除,以生理盐水冲洗伤口后,在切口两侧将皮肤间断全层缝合于骶骨筋膜,使大部分组织一期愈合,中间留一段伤口引流,让其以肉芽组织愈合,以纱布压迫和宽胶布固定。术后患者进流质饮食 2 d 后改为普食,控制大便 48 h,使用抗生素静滴 3 d。术后每日以碘伏消毒后用复方紫草油纱换药,换药后予 TDP 灯照射切口,每次 30 min,2 次/d,以保持创面的干燥、促进生长、缩短愈合时间、减少瘢痕形成。术后患者宜