

范围缺损,较大缺损者可联合其他修复材料复合修复。④带状肌瓣修复,常用胸骨舌骨肌或者胸锁乳突肌制作具有完整肌筋膜的单蒂或者双蒂带蒂肌瓣,以筋膜面作为新喉腔衬里,愈合后创面光滑平整,不易长肉芽,且肌肉有一定张力,可以减少术后喉狭窄的发生,尤以声门型喉癌最为理想,重建的声门颇具仿真效果,喉腔呈三角形,肌瓣有一定弹性,发声时新声带与健侧声带靠近,术后发声效果良好^[5],但使用过程中要注意避免肌筋膜与肌肉分离以免影响血供,现广泛应用于喉部分切除术后喉缺损修复中。⑤甲状软骨外骨膜修复,其取材方便,表面平滑性好,成活率高,但因组织面积局限且材质薄,不能完全填充喉部分切除术后组织缺损及代替被切除声带,故单独使用较局限,现在多数与带状肌瓣组成复合瓣使用。对于喉肿瘤范围较大疑有侵犯甲状软骨者不宜使用此修复材料,避免肿瘤残留或者种植。⑥会厌修复,会厌具有软骨支架和血供较好的黏膜,制成黏膜瓣下拉联合带状肌筋膜瓣或者肌瓣可修复较大的缺损,同时会厌软骨能修复喉支架缺损,扩大新喉的腔径,预防喉狭窄发生^[6]。但对非原发会厌的声门上型喉癌的会厌保留与使用要慎重,避免肿瘤残留。本组病例分别或联合采用上述修复材料对喉缺损进行修复与喉功能重建,全部患者均恢复正常的呼吸、吞咽功能,带管或拔管即能发音,总拔管率为96.15%,取得良好的手术效果。因喉部分切除术后残喉修复

材料及方法多种多样,但每种材料及方法各有优缺点及不同的适应证,故喉缺损修复要根据肿瘤类型、肿瘤侵犯程度、手术切除范围及修复操作是否便利等因素而定,做到个体化治疗,而没有固定模式。

参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2000:519.
- [2] 周梁,谢明.喉癌功能保全性手术[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,30(1):71-74.
- [3] 刘强,陈登巨.声带癌切除颈皮肌瓣修复成型喉功能重建术的临床研究[J].实用医学杂志,2011,27(2):262-264.
- [4] 龚剑,黄金中,李丽艳.喉部分切除术后喉功能重建92例临床分析[J].广东医学,2008,29(2):273-275.
- [5] 覃文格,覃启才,韦福依,等.喉部分切除胸骨舌骨肌喉功能重建术的临床研究[J].右江民族医学院学报,2006,28(3):439-440.
- [6] 庞太忠,吴允刚,李晓瑜,等.会厌瓣及胸骨舌骨肌肌筋膜瓣在声门型喉癌术中的应用[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,47(6):501-503.

收稿日期:2013-12-18;修回日期:2014-01-16

不预防性腹腔引流在结直肠癌手术中应用的可行性分析

黄仲杰,李宗勇,韦桂姬

(广西科技大学第二附属医院外二科,广西 柳州 545006 E-mail:418028551@qq.com)

摘要:目的 研究探讨结直肠癌手术不预防性腹腔引流的可行性与安全性。方法 选取结直肠癌患者110例,随机分为非引流组和引流组,引流组留置皮下多孔引流管,非引流组不留置引流管,比较两组患者的术后并发症情况及康复情况。结果 非引流组患者的平均住院时间为(25.6±0.9)d,首次排气时间为(3.6±0.7)d,停止输液时间为(4.2±1.1)d,均明显低于引流组。结论 在结直肠癌手术中,不预防性放置腹腔引流管不会增加患者术后并发症的感染风险,并且能够缩短患者的康复时间,提高康复效果,具有一定的可行性和安全性,但应根据患者的实际病情选择恰当的治疗方法。

关键词: 结直肠肿瘤;腹腔引流;可行性;安全性

中图分类号: R735.3

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2014)01-0030-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.016

预防性腹腔引流是结直肠癌手术中较为常见的引流方法,已成为临床腹部外科手术中的一项规范化操作^[1]。预防性腹腔引流对于预防结直肠癌术后其他腹腔并发症,以及避免术后吻合口瘘均具有重要的作用。在《普通外科手术学》(2005年版)中仍明确建议在进行直肠癌前切除术以及左半结肠切除术时应留置预防性腹腔引流管^[2-3]。但近年来,随着临床医学研究的发展,相关研究人员发现在进行结肠切除、肝切除及胆囊切除等腹部手术时,留置预防性腹腔引流管对于预防和减少术后并发症的作用并不明显,因而关于留置预防性腹腔引流管是否必要以及不预防性腹腔引流的可行性也引发了广泛的关注。在本次研究中,主要就结直肠癌手术不预防性腹腔引流的可行性分析与安全性评价进行研究,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料 选取2011年1月~2012年12月我院收治的结直肠癌患者110例,所有患者均经我院同一组外科医生进行结直肠癌吻合手术治疗,并在术前未进行放化疗治疗。入选病例排除:急诊手术及姑息手术,体重指数低于16 kg/m²,肠壁水肿明显、合并严重肠梗阻,肠内容物污染严重,腹腔渗液或感染明显,需要联合切除其他器官以及有严重器质性病变者。110例

患者中,男76例,女34例,年龄35~67岁,平均年龄(50.8±3.9)岁。在征得患者同意的基础上,随机将110例患者分为非引流组和引流组,每组55例。两组患者在性别比例、年龄结构等一般资料方面差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 两组患者均采用相同的肠道准备、营养支持、抗生素使用及术前麻醉等围手术期处理,手术后,均采用吻合器进行肠吻合,在必要的情况下可以采用丝线间断缝合对吻合口进行加固。引流组在缝合皮下组织前,留置皮下多孔引流管,取无菌静脉输液软管,长度约比患者伤口长3.0 cm,每隔1.5~2.0 cm于管壁两侧交替剪孔,将引流管置于患者伤口皮下部,并潜行引出,引流管由医生根据引流情况决定拔除时间^[4]。非引流组不留置引流管。

1.3 观察指标 随访观察1~2个月,观察记录两组患者腹腔感染、腹腔出血、腹腔积液、切口感染、吻合口瘘等并发症情况及治疗恢复时间。

1.4 统计学方法 本次研究所有数据均采用SPSS 14.0 软件进行统计学分析处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症情况 两组患者的吻合口瘘、切口感染、肺部感染、其他并发症及再手术发生率差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组患者术后并发症情况比较 (n)

组别	n	吻合口瘘	切口感染	肺部感染	其他并发症	再手术
引流组	55	4	5	2	7	2
非引流组	55	1	2	3	3	1
χ^2		1.886	3.960	0.210	1.760	0.343
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 两组患者的术后恢复情况 非引流组患者的住院时间、首次排气时间、停止输液时间均低于引流组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	住院时间	首次排气时间	停止输液时间
引流组	55	29.8±1.7	5.8±1.3	6.6±1.9
非引流组	55	25.6±0.9	3.6±0.7	4.2±1.1
t		4.336	3.873	4.02
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

预防性置留腹腔引流管是临床上腹部外科手术中的常规操作,传统观点认为在结、直肠吻合术后,预防性置留腹腔引流管可以减少患者术后的腹腔并发症,预防吻合口瘘,因而被广泛应用于各类腹部外科手术中^[5]。

近年来,随着医学研究的深入,一些研究者在临床研究发现预防性腹腔引流在减少结直肠手术患者术后吻合口瘘、降低再手术率等方面的效果并不明显^[6]。特别是随着外科手术方法以及麻醉技术的进步,加速康复的外科观念也逐渐被大家认识并接受。围手术期的支持方法逐渐转变为以外科营养为主,强调主要通过改善液体管理,为患者实施镇痛,为患者制定早期进食以及下床活动方案等来减少或降低患者术后并发症的发生,帮助患者达到快速康复出院的效果^[7]。在这一前提下,不为患者置留腹腔引流管,有利于患者早期下床活动,提高

患者的康复效果。同时,随着手术技术和条件不断成熟,手术都是在无菌条件下进行的精细操作,术后并发症的危险也有效降低。

在本次研究中,非引流组与引流组患者在吻合口瘘、切口感染、肺部感染及再手术等方面的比较,并无明显差异。同时,非引流组患者在住院时间、首次排气时间、停止输液时间方面均低于引流组。由此可见,在结直肠癌手术中,不预防性放置腹腔引流管不会增加患者术后并发症的感染风险,并且能够缩短患者的康复时间,提高康复效果,具有一定的可行性和安全性。但同时也需要注意应根据患者的实际病情选择恰当的方案,当患者出现腹腔渗血、渗液较多或肠壁水肿明显等情况时,仍应考虑置留腹腔引流管。

参考文献:

- [1] 谢立飞,江志伟,鲍扬,等. 加速康复外科联合单孔腹腔镜技术应用于直肠癌手术的临床研究[J]. 医学研究生学报,2012,19(12):1261-1264.
- [2] 黄芳,庄小泉,王碧玉. 结直肠癌患者术后腹腔引流液中肿瘤因子的水平及其与疾病的相关性研究[J]. 国际检验医学杂志,2013,8(4):469-470.
- [3] 王碧玉,庄晓泉,黄芳,等. 结直肠癌术后腹腔引流液CEA、CA125、CA19-9的检测与肿瘤淋巴转移的相关性分析[J]. 海南医学,2013,16(8):1154-1156.
- [4] 宋玉成,张广坛,宋笑飞,等. 快速康复外科理念在手助腹腔镜结直肠癌手术患者中的应用[J]. 中国医药科学,2012,26(2):12-13,16.
- [5] 辛燕,陈鹏,梁枫. 加温保护对腹腔镜结直肠癌手术病人围术期体核温度及血糖和血乳酸的影响[J]. 中国实验诊断学,2012,31(4):684-686.
- [6] 金顺爱,王士雷,高秀娟,等. 地佐辛和吗啡术后镇痛对结直肠癌手术病人T淋巴细胞亚群和NK细胞水平的影响[J]. 青岛大学医学院学报,2012,14(4):364-366,370.
- [7] Paul H Sugarbaker, EW Martin. Second-Look Surgery for Colorectal Cancer: Revised Selection Factors and New Treatment Options for Greater Success[J]. International Journal of Surgical Oncology,2010,11(20):415-416.

收稿日期:2013-12-25

扁桃体切除术在不同麻醉方法下的临床比较

韦凤妍

(广西都安县人民医院耳鼻咽喉科,广西 都安 530700 E-mail:2683736392@qq.com)

摘要:目的 比较在局部麻醉和全身静脉麻醉下行扁桃体切除术的临床影响。方法 将72例患者随机分成全身麻醉组(35例),局部麻醉组(37例),手术均由同一术者完成,并对其疗效进行比较,记录手术所需时间、出血量、术后有无活动性出血和术后扁桃体残留的情况。结果 全麻组的手术时间、术中出血量、扁桃体残留率大于局麻组,而术中无痛感、安全性全麻组优于局麻组。结论 全麻方法下进行扁桃体切除术效果较局麻安全,患者痛苦小,但手术时间长,应注意其出血多及易残留等问题。

关键词: 扁桃体切除术;麻醉,全身;麻醉,局部

中图分类号: R614 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0031-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.017

扁桃体切除术是五官耳鼻喉科最常见的最基本要掌握的外科手术,扁桃体切除术的效果如何与手术时间、术中出血量、

术后出血量以及扁桃体是否残留等很多方面有关,同时受到手术施行者的手术操作熟练程度、不同患者扁桃体本身与周围组