



### 3 讨论

呼吸机的临床应用解决了通气或换气不足所造成的呼吸衰竭,辅助病人呼吸治疗呼吸衰竭<sup>[2]</sup>,有助于气体进入通气不良的肺泡,改善气体分布,使痉挛的支气管扩张,改善通气/血流比例失调;并可增加呼吸道及肺泡内压,有利于肺泡和间质水肿渗液的吸收,改善弥散功能;另外,呼气末正压(PEEP)可使支气管扩张,防止小呼吸道陷闭,降低呼吸道阻力,全部或部分替代呼吸肌做功,减少呼吸能量消耗。因此,可使病人 $PO_2$ 明显升高, $PCO_2$ 明显下降,而改善肺功能。

机械通气可引起胸腔内压、肺容量的变化<sup>[3,4]</sup>,并可单一或联合影响心脏前后负荷、心率及心脏收缩功能;正压通气开始时全身血管阻力急剧降低,不同疾病所致的呼吸衰竭有其不同的病理生理,在应用机械通气时应选择适合不同的病理生理的通气模式<sup>[5]</sup>。鉴于伴发疾病的多样性及复杂性,呼衰进行机械通气患者在设置呼吸机各项参数时,对危重患者最佳的设定呈现个体化趋向<sup>[5]</sup>。

不论何种病因导致的肺脏不能有效地对氧与二氧化碳进行交换所致的呼吸衰竭患者均可以进行机械通气以辅助呼吸,提高血氧浓度,改善呼吸功能。原发病包括<sup>[7]</sup>:(1)呼吸或心脏呼吸骤停;(2)慢性阻塞性肺气肿急性发作;(3)围手术期呼吸衰竭;(4)急性左心衰,(5)休克相关性呼吸衰竭;(6)急性心肌梗死;(7)脑血管意外;(8)外伤尤其脑外伤;(9)各种中毒等等。本组资料显示:对于低氧和或二氧化碳潴留所造

成各种呼吸衰竭应用机械通气辅助治疗在1 h即可显示了已明显纠正缺氧,同时使呼吸和心率明显改善,2 h时呼吸频率、心率、动脉血气分析指标趋于稳定,24 h时呼吸频率、心率、血压、动脉血气分析已明显好转,如果患者能够存活24 h,生命体征稳定,这样为积极治疗原发病争取了宝贵的时间,提高危重病抢救的成功率。

### 参 考 文 献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志,2002,25(8):453.
- [2] 冯金萍,吕 蕾,李小村,等. BiPAP呼吸机治疗 COPD 并发II型呼吸衰竭28例疗效观察[J]. 陕西医学杂志,2005,34(1):52-54.
- [3] Shekerdemian L,Bohn D. Cardiovascular effects of mechanical ventilation[J]. Arch Dis Child,1999,80(2):475-480.
- [4] 易红燕. 机械通气在重症有机磷中毒致呼吸衰竭的急救处理[J]. 广西医学,2001,23(5):1 298-1 300.
- [5] 展 春,秦英智,张纳新. 急性心源性肺水肿机械通气治疗效果及对血流动力学的影响[J]. 中国危重病急救医学,2006,18(6):350-354.
- [6] 张 伟,黄 玲,秦英智. 急性心源性肺水肿机械通气患者呼气末正压设定的临床研究[J]. 中国危重病急救医学,2006,18(6):367-369.
- [7] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第10版. 北京:人民卫生出版社,2000:1 511-1 515.

(收稿日期:2008-02-27 修回日期:2008-03-24)

## 低位直肠癌全直肠系膜切除吻合口漏的预防和治疗

韦 明

(广西都安县人民医院,都安县 530700)

【关键词】 低位直肠癌;全直肠系膜切除术;直肠周围系膜全切除术;吻合口漏

【中图分类号】 R 775.3 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)05-0714-03

全直肠系膜切除术(total mesorectal excision,TME)也称直肠周围系膜全切除术(complete circumferential mesorectal excision,CCME)是目前治疗中低位直肠癌的标准手术,1982年首先由英国医生 Heald 提出<sup>[1]</sup>。TME 使局部复发率显著降低(6%)、5年生存率明显提高(68%)、保肛率的增加,使患者生活质量显著改善<sup>[2]</sup>,故 TME 已被作为直肠癌手术的“金标准”。TME 需要更低位的吻合,使 TME 后容易发生吻合口漏<sup>[3]</sup>。Heald 等<sup>[1]</sup>报告吻合口距肛缘 7.5 cm 以下者 19.4% 发生吻合口漏<sup>[1]</sup>,故吻合口漏是 TME 保肛术后常见的并发症。我院 2002 年开展 TME 手术 78 例,发生吻合口漏 4 例(5.13%),本文对这些病例进行回顾性分析,探讨减少低位直肠癌全直肠系膜切除术吻合口漏的有效手段。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 43 例,女 35 例,年龄 20~65 岁。术前经结肠镜活检证实直肠癌,肿瘤下缘距肛缘均在 5~8 cm 间。术前肠镜病理诊断:高分化腺癌 16 例,中分化腺癌 47 例,低分化腺癌 10 例,黏液腺癌 2 例,印戒细胞癌 3 例。Duke's 分期:A 期 10 例,B 期 30 例,C 期 36 例,D 期 2 例。术前合并不全梗阻 1 例,高血压 13 例,冠心病 9 例,慢性阻塞性肺疾病 4 例,贫血 21 例,低蛋白血症 4 例,糖尿病 6 例。

1.2 手术方法 术前肠道准备:流质及口服甲硝唑和链霉素 3 d,术前日下午口服全肠道灌洗液(高龄及有不全肠梗阻者口服番泻叶和石蜡油或杜秘克)。手术均遵循 TME 的原则,切除范围远端距肿瘤 2~3 cm,近端距离为 10~15 cm,清扫淋巴结至肠系膜下血管根部,完整切除全部直肠系膜至提肛肌水平。