



大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (51)
大腸直腸外科醫師 熊維羆

大腸直腸肛門疾患簡介 大腸直腸創傷處理

大腸創傷的處理方法，主要是依據戰爭時的治療經驗逐步演進。第一次世界大戰時，大部分都是直接縫合，死亡率達75%，在第二次世界大戰時，外科醫師則將受傷的大腸拉到體外或直接做成造口。在美國內戰時的處理方式也是相同，一直經過韓戰，越戰，到1970年初在生命徵象穩定及受傷在6至8小時內處理之病患，外科醫師將受傷較不嚴重的大腸直接修補。許多的報告顯示，大腸在腹腔內沒有感染的情況下，癒合的情形和小腸是相同的。這個觀念沿用至1980年代，約有一半以上的病人是直接修補創傷大腸，而死亡率也低於4%。

在1979年有人對腸穿孔後採用直接縫或大腸造口所必需具備的條件包括有：

- 1.術前沒有休克的情況
 - 2.腹內出血少於1000毫升
 - 3.兩個以下腹內器官被傷及
 - 4.腹腔內無明顯感染情形
 - 5.受傷八小時內
 - 6.沒有太多的腹部組織缺損
- 術前診斷，評估及處理：

1.腹部鈍傷：

在病患意識清楚，腹部壓痛且無脊神經受損情形下，理學檢查即可得到精確的診斷。但生命徵象不穩定，合併多處器官受損而無法明確診斷時，則可施行腹膜灌洗術。腹膜灌洗術有意義的發現為紅血球每毫升大於十萬個，其它還包括白血球每毫升大於五百個，胰消化酶上升及革蘭氏染色。電腦斷層可用來診斷腹內及腹腔實質器官受損的情形。除此之外，它可用在骨盆骨折，懷孕或先前接受腹部手術之病人。

2.腹部穿刺傷：

過去20年間，穿刺傷病人就施行剖腹探查來做腹部評估。對於腹部創傷病人，剖腹探查即可評估腹內實質器官受損的情形，也可在局部麻醉下，施行腹膜灌洗術，有意義的發現是每毫升的紅血球大於兩萬個。雖然如此，若病人沒有明顯臨床症狀時，也可用電腦斷層來先行評估。對於胸部乳頭以下到腹部的穿刺傷，腹膜灌洗術仍是常被使用之輔助性診斷處置。胸部前腋線到恥骨是最常受傷的部位，若穿刺傷穿過腹膜時，可在局部麻醉下，施行小傷口的探查。若腹膜灌洗術有意義的發現即每毫升紅血球兩萬到十萬個。有些人主張用保守性治療，觀察病人的變化。但我們還是認為腹膜灌洗術是一種簡單，有效評估腹部穿刺傷的方法。其缺點是偽陽性過高，使得在剖腹探查時沒有發現其他問題，成爲一非治療性手術。在胸部較低位受傷的病人，還可以插胸管來評估是否有橫膈膜受損的情形。在病人血壓不穩定，或有明顯的腹內出血及其他器官損傷時，則必須馬上手術。在手術前給予抗生素，包括第一代或第二代 Cephalosporine 加上 Gentamycin 及 Metronidazole。懷疑大腸受損時，則要用上可以對抗厭氧菌的藥。若直腸穿刺傷且血



壓穩定時，可在術前先用乙狀結腸鏡評估。

手術治療：

腹部創傷病人在剖腹探查的刀口要劃在腹部中線，它的好處是可評估腹腔內其他器官合併受損的情況。之後，首先要控制好出血，然後再找出腸段受損的部位，將受傷之腸段做簡單的封閉，以避免糞便流出，減少腹腔內的感染。處理大腸受傷的方法包括：

- 1.直接縫合，沒有或合併保護性近端腸造口。
- 2.切掉受傷之腸段，再直接對接，沒有或合併保護性近端腸造口。
- 3.將受傷腸段拉出體外直接形成造口。
- 4.將受傷處縫合後在拉出體外形成封閉式造口。
- 5.切掉受傷腸段，近端拉出作造口，遠端形成粘液瘻管或哈特曼手術。

懷疑後腹腔創傷及左右側結腸時，則整條大腸都必須被分離開來，而且表面都要檢查。如果是穿刺傷時，腸道穿孔處必須作擴創處置，同時仔細地做兩層縫合，包括內層一整層先縫一次，再縫外層—漿膜肌肉層縫合時，周邊脂肪及腸系膜出血都要控制好，不可以做大區域的結紮。若右側結腸受傷範圍太大，則須要切斷一段腸子再用迴腸與升結腸或

橫結腸對稱縫合，也可以加上腸造口。左側結腸創傷時，很少會切掉腸段後直接接起來，引流管的放置有時是不需要的。

直腸創傷之處理：

處理直腸創傷的方式包括改道的腸造口及骨盆腔引流，盡可能的話，直腸的傷口擴創後補起來，而沖洗直腸斷端並不需要的。一般來說，乙狀結腸造口在處理直腸創傷時較合適，同時再放薦骨前引流管，然後在5-7天拔掉。當手術即將結束時，腹腔內沖洗是必要的。但不必加上抗生素沖洗。縫合腹部傷口時，用間斷式縫合，用一號可吸收淺皮下組織則暫先不縫合，等4-5天之後再縫合術，抗生素給予3-5天是有用的。

經過統計，施行大腸造口的病人併發症比直接縫合病人來得高，大腸造口病人腹內感染的情況約29%，而直接縫合的病人約15%。大腸造口病人的併發症包括：腸道瘻管，造口潰瘍，萎縮，脫垂，造口旁感染，狹窄等。

將大腸拉出體外觀察，在1945年時就開始提出，有人將直接修補的大腸拉到體外，另一端作造口，在一周內即將體外的大腸放回腹內，其死亡率和罹病率均無太大差異，但這種病人比較會造成大腸扭結及阻塞。

左側結腸與右側結腸創傷的處理也有不同，在右側結腸穿孔傷時，可以直接修補不用做造口，也可以直接切掉受傷的腸段然後直接對縫，其死亡率和罹病率均無特別增加；但左側結腸若不做造口其併發症則較高。

外傷的病人中，大腸鈍傷約佔3%-4%。受傷的部位則以橫結腸較多。若剖腹探查時只看到輕微受損，則不必處理，若是深層的撕裂及血腫則處理方式與刺傷相同。



大腸直腸診所

熊維羆 醫學博士

電話: 702-586-6688 (精通國、英、西班牙語) 傳真: 702-586-9988

6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113