维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 4 期总第 24 期

腹骶尾入路切除中下段直肠癌保肛根治术的探讨

河北省沧州市中西医结合医院 马新杰 王锦云 奚绍贤 刘晓玲

（河北沧州，邮政编码 061001）

我院于 1986 年 1 月至 1994 年 2 月，采用经腹骶尾入路保留肛门的手术方法，为 24 例中下段直肠癌患者做了保肛根治术，改变了对中下段直肠癌传统的 Miles 手术，取得了较满意的临床效果，报告如下：

临床资料

一、一般资料：本组男性 11 例，女性 13 例，年龄 28～65 岁，病程 6 个月至 2 年。病变距齿线 5cm 者 13 例，6cm 者 8 例，6cm 以上者 3 例。病理报告均为腺癌，其中高分化腺癌 21 例，低分化腺癌 3 例。病理分型，巨块型 13 例，溃疡型 5 例，狭窄型 6 例。

二、手术方法：连续硬膜外麻醉，体位采用向右 45 度侧卧位，病人靠近手术台左侧边缘，髋关节微屈。手术分两组进行，器械分开。左侧腹部“丿”型切口，入腹后操作同 miles 手术，到切断双侧直肠韧带后，骶尾组进行。骶尾部切口平骶尾关节平面，横行切开约 10cm，离断骶尾关节，切除尾骨，分离浅层臀大肌和深层尾骨肌到盆壁筋膜（骶前筋膜），于低位结扎切断骶中动、静脉，打开盆壁筋膜后进入盆腔，可见直肠为盆筋膜脏层（盆脏筋膜）覆盖，两层筋膜间为疏松组织，极易分离，向上与腹腔组相通，直视下游离直肠、肿物、女性阴道壁，男性前列腺、精囊腺，向下在肛管直肠环平面离断肠管，移走标本，5～Fu0.5g 加盐水 200ml 冲洗盆腔。将肛管齿线粘膜剥除，保留的结肠远端浆肌层剥除 2cm 插入肛管，与肛管皮肤缝合，近端与肛管直肠环固定数针，盆腔放置引流和自肛旁引出，第 2 次用 5—Fu0.5g 加盐水 200ml 冲洗盆腔。腹部组关闭盆底腹膜及腹部切口，骶尾组缝合骶部切口，引流管术后负压吸引，48～72 小时拔除。

三、结果及随访：术后患者一般 3～4 天排气，排气时有肠粘液随之排出，进食后早期大便不能控制，次数多，每天 6～8 次，多者达 10 多次以上，一般半日左右开始有便意感，并能控制上厕所，但常有污粪。一个月后便意感增强，排便次数明显减少，2～3 个月后逐渐恢复正常控制排便功能，随着时间的推移和经常的排便训练，控制功能不断增强。本组有 2 例骶部切口感染，1 例骶部粪瘘，经引流换药痊愈，1 例肛门狭窄，经扩肛不影响排便。全组病例无手术死亡，均痊愈出院。术后随访 24 例，长者 6 年，最短者 1 年。根据肛门排便反射和括约肌控制机能，将术后肛门功能恢复情况分为 4 级。Ⅰ级（优）：每天排便 1～2 次，接近正常人的排便控制功能。Ⅱ级（良）：每日排便 2～3 次，控制机能欠完全，偶有污染内裤现象。Ⅲ级（可）：排便反射和控制机能均欠完全，难以控制稀便，常有污染内裤现象。但生活能自理。Ⅳ级（差）：基本不具有排便反射和控制机能，生活不便。本组Ⅰ级 13 例，Ⅱ级 6 例，Ⅲ级 5 例。

讨　论

一、手术适应症的选择：基于外科技术的进展，以及对直肠癌扩散规律的深入认识，多学科综合治疗手段的应用，已使直肠癌根治切除保肛手术的运用日渐增多。但我国早中期病历相对来说比晚期发现的少，低位直肠癌易扩散至盆侧壁淋巴组织和侵及邻近脏器，故在适应症的选择上，应持慎重态度。对直肠癌向远端肠壁和系膜侵润扩散的研究，结果最短距离为 0.5cm，最长距离为 4.4cm，平均为 2.4cm，一般极少超过 2cm，其随着病变侵犯周径及 Dukes 分期的递增而增加。溃疡型比隆起型、低分化和粘液腺癌比高中分化腺癌的侵润距离远。因此近年来有些学者认为，切除癌远端 3cm 的肠段和系膜淋巴组织已足够，但在决定癌远端组织的切除范围时，除应考虑癌的位置和侵润扩散范围外，还应考虑到癌的恶性程度，病理类型。由于直肠位于骶凹呈弧形，当双侧直肠侧韧带全部切断，直肠已游离到肛直肠环平面后，直肠的长度可延长 3～5cm，使术前认为无法保留肛门的癌有保留的可能。因此，我们体会经腹骶尾直肠中下段癌保肛根治术的适应症：①充分游离直肠后，肿瘤距齿线不低于 5cm 者。②病变范围不超过周径 1/2，若超过 1/2 但病变局限者。③直肠周围组织无明显侵润者。④细胞分化程度高为Ⅰ～Ⅱ级者。⑤病理 Dukes 分期为 A 期 B 期者。⑥患者不愿造瘘、强烈要求保肛者，可适当放宽。

二、肛门的作用：本术式保全了肛门直肠环的完整，括约肌功能健全，肛管皮肤无损伤，感觉反射未破坏，术后可获得满意的正常控制排便功能。

三、并发症的防治：在游离肠系膜血管时，要充分保证远端拖出肠管的血供，并保证肠管无张力，必要时游离结肠脾曲。本组 1 例骶部粪瘘，就是因肠系膜血管处理不当，远端血运不良所致。剥除远端结肠浆肌层 2cm，有利于防止肛门狭窄及吻合口愈合。术前良好的肠道准备，术中操作注意保护创面，术后充分引流，有效抗生素应用，有利于防止切口的感染。

维普资讯 http://www.cqvip.com

四、评价：骶尾路切口对暴露盆腔以下至会阴部的结构相当满意[1]，此切口损伤小，对暴露中下段直肠更为直接，便于直视下操作。能达到腹部切口所不能达到的效果。盆腔不留吻合口，即使有粪瘘也较易处理，只要充分引流，坚持扩肛，一般多自行愈合，不必手术修补[2]。不做腹部永久性人造肛门，原位肛门排便，有正常的控制排便功能，符合病人心理，易于接受，深受欢迎。腹部手术组将乙状结肠、直肠的游离、腹腔、盆腔淋巴结的清扫与 Miles 术式相同，骶尾部严格掌握肿瘤下缘切除 3cm 以上，达到了根治切除的目的。

参考文献

1. 李锦福，张全文，李崇杰，等．尾路切口的体会，实用外科杂志 1987；4（7）：219.
2. 张金哲，魏临洪．尾路肛门成形式，中华外科杂志 1981；19：327.

（收稿日期：1997—04—30）

X 线下单侧无肾 1 例

河南省桐柏银矿医院　韩礼良　丁法菊
（河南桐柏，邮政编码 474750）

单侧无肾少见，笔者工作中遇到 1 例，报告如下：

临床资料：患者女，32 岁，因腰部不适就诊。X 线腹部平片：双侧腰大肌影显示清晰，右侧肾影增大，肾轮廓线清晰完整，左侧未见肾轮廓线影，腰椎及骨盆未见异常。静脉肾盂造影：右肾盂、肾盏，肾小盏及右输尿管充盈良好、形态增大，肾盏及肾小盏杯口影存在，右输尿管走行正常；左肾及左输尿管未见显影。B 超检查：右肾 125×62×55mm³，回声均质，包膜清晰、集合系统未见异常回声，右输尿管显示不清，左侧肾及输尿管未探及。膀胱镜检查：膀胱三角不对称，左输尿管口缺如。

讨论：①发病机理：肾在胚胎发育过程中，经历三个阶段：即原肾、中肾和后肾。前两者先后退化，后肾成为永久性肾。后肾由分泌部和排泄部组成，分泌部发育成肾实质、排泄部即输尿管芽进入生肾组织内形成肾小管、集合管、肾小盏、肾大盏、肾盂及输尿管。上述发育过程中，任何环节发生改变，均可引起肾和输尿管发育异常。单侧无肾（亦称单肾，孤立肾、单侧肾缺如、单侧肾不发育等），就是在胚胎发育过程中，一侧生肾组织或输尿管芽不发育或仅有残存的后肾组织所引起。②诊断与鉴别诊断：X 线静脉肾盂造影、核素肾图和核素 γ 照相，均不能对单侧无肾作出直接诊断，仅能提供该侧无肾功能的信息。B 超和 X—CT 均能确诊单侧无肾，而 B 超较 X—CT 尤为方便而经济。但诊断单侧无肾，需与异位肾相鉴别，在作出单侧无肾诊断前务必探测异位肾可能出现的部位在确实不存在异位肾时，才能下此诊断。静脉肾盂造影、B 超及膀胱镜检查则起到相互印证的作用。③临床意义：健康的单侧无肾，可不出现任何症状，甚至终生不被发现，但如果该肾有病变，则会造成处理上的困难，若行肾切除则可导致病人死亡。因此，发现单侧无肾，对临床治疗有重要意义。

（收稿日期：1997—04—30）

左侧腰疝 1 例

解放军第 174 医院普外科　冷建军　林大富　陈世伟
（福建厦门，邮政编码 361003）

临床资料：病例，男性，45 岁，左侧腰部突出隆起肿物 4 年，有时有腹部不适、伴消化不良、大便稀，无其他异常症状，近因肿块突出引起生活不便而入院要求手术。查体：腹部平软，无异常包块，站立位时可见左侧腰部隆起肿物，18cm×16cm、质软、无压痛，可闻及肠鸣音、可还纳腹腔，扪及左侧腰部第 12 肋下缘与髂嵴间有一边界不甚清晰的裂隙，长约 5cm。CT 检查提示疝内容物为肠和网膜组织，腹壁裂隙位于第二和第三腰椎水平。

术中所见：在硬膜外麻醉下行腰疝修补术，可见疝囊自腰三角突出，背阔肌缘松驰，将疝囊结扎切除，缝合腹横肌筋膜裂隙，将背阔肌，腹外斜肌缝合于髂嵴，闭合腰三角。术后腹带包扎支持腹部切口愈合，术后两周拆线。随访一年无复发。

讨论：自腰三角间隙突出的疝称为腰疝。腰三角有两个，腰上三角较大，其上界为第 12 肋骨和下后锯肌、内界为骶棘肌，外界为腹内斜肌；腰下三角前界为腹外斜肌，下界为髂嵴，后界为背阔肌的前缘，底为腹横肌腱膜。腰疝多发生于年老体弱的妇女，小的腰疝多无症状，大的腰疝可伴有局部不适感或消化不良等症，需行手术修补。手术一定要切除疝囊，采用带蒂肌肉或游离筋膜重叠缝合，本例结扎切除疝囊后，分层采用腹横肌筋膜、腹外斜肌及背阔肌缝合于髂嵴闭合腰三角修补，操作简单方便，效果满意。

（收稿日期 P：1997—07—18）