维普资讯 http://www.cqvip.com

Z 形转移皮瓣在会阴前矢状切口治疗先天性直肠舟状窝瘘中的应用

河北医科大学第二附属医院小儿外科 牛爱国 时宝军 李明红 陈新英

（河北石家庄，邮政编码 050000）

Okada 于 1992 年报告了经会阴前矢状切口治疗先天性肛门闭锁直肠舟状窝瘘的经验，其优点是能在直视下解剖肛门外括约肌、提肛肌和直肠末端，较精确地把直肠末端置于肛门外括约肌和提肛肌中心。比其它手术方式简单可靠。但由于其为会阴部纵切口，术后需将患儿腰腿固定两周，以避免伤口裂开，这无疑增加了患儿的痛苦及护理的不便。我们在 Okada 手术的基础上加做了会阴部纵切口的 Z 形转移皮瓣术，废除了患儿的腰腿固定，同样取得了较好的效果。

资料和方法

一般资料：自 1994 年至 1996 年我们用会阴部前矢状切口加 Z 形转移皮瓣术为 8 例先天性肛门闭锁直肠舟状窝瘘的患儿施行了手术。年龄最大 14 岁，最小 1 个月，1 岁以下占 6 例。手术后伤口均一期愈合，无感染及裂开。出院时排便通畅，无大便失禁及漏粪等。

手术方法：术前 3 天口服甲硝唑肠道准备，术前 1 天禁食、输液，不灌肠。因瘘口较小，灌肠后液体排不净，反而增加手术困难。手术取截石位，沿瘘口做环形切口，并在后正中延伸至肛凹后缘。逐层切开皮肤、皮下，用电刺激器确定肛门括约肌中心，将外括约肌深部、浅部依次沿中线切开，此时可见与深括约肌相连的纵行肌肉，用电刺激器刺激后可见其向上收缩，此为提肛肌的一部份，正常情况下应包绕直肠，先天性舟状窝瘘时，直肠却在这些纵行肌肉的上方。小心分离瘘口周围组织，直肠前壁与阴道后壁之间连接紧密，可注入生理盐水以利分离。将直肠游离 4～5cm 达肛缘，通过肌环中央，将纵形肌纤维的两边做包绕直肠的间断缝合，然后将直肠下端与外括约肌固定一周，缝合并重建外括约肌环，将直肠末端与新建的肛门皮肤缝合一周。在婴幼儿新建的肛门直径一般不超过1cm。修复舟状窝皮肤缺损，以未缝合的会阴纵切口为中线，上下各做一约 50°< 的斜切口，便成 Z 状，游离并交换皮瓣位置便成 S 状间断缝合伤口，结束手术。

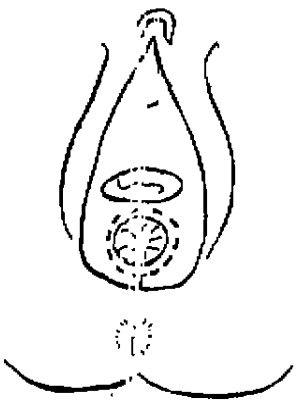


图 1. 会阴部切口

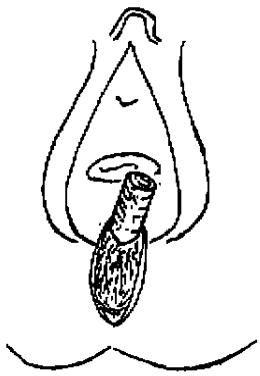


图 2. 直肠被解剖出 4～5cm

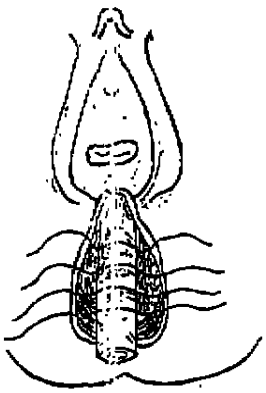


图 3. 将纵行肌肉（提肛肌）做包绕直肠的缝合

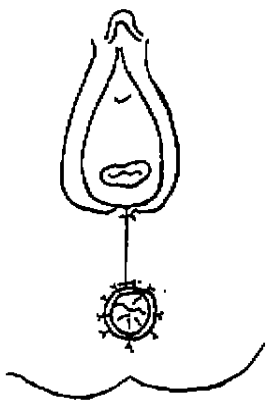


图 4. 重建外括约肌和肌门

讨　论

先天性肛门闭锁直肠舟状窝瘘是女婴较常见的肛门直肠畸形，在传位手术中较常用的是肛门移位法和 Pena 的后正中入路肛门成形术。前者不能在直视下将直肠通过提肛肌和外括约肌，带有一定盲目性；后者对于低位直肠畸形来说损伤较大，且容易撕裂阴道。Okada 手术克服了两者缺点，相对简单精确。能恢复正常的解剖关系和生理功能。但由于婴幼儿缺乏自制能

维普资讯 http://www.cqvip.com

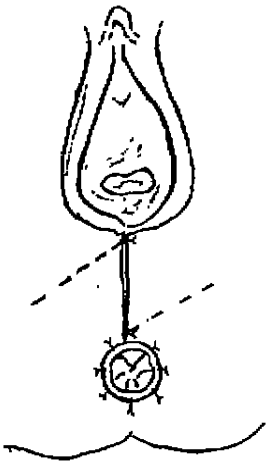


图 5. 沿纵切口做 Z 形皮瓣

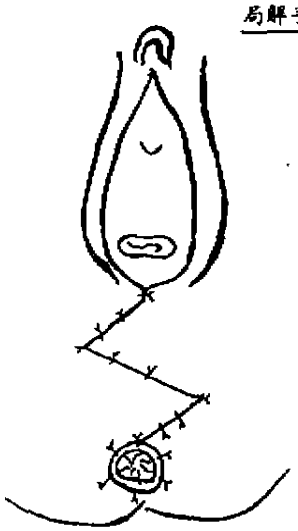


图 6. 交叉皮瓣完成手术

力，下肢常不停活动，很容易导致会阴部伤口裂开。我们曾为一婴儿施实了 Okada 手术但未加腰腿固定，结果会阴部伤口部分裂开。为此我们设计了会阴部纵切口的 Z 形转移皮瓣。我们认为本方法有如下优点：

1. Z 形转移皮瓣改变了切口方向，减少了切口横向张力，避免了伤口裂开。

2. Z 形转移皮瓣还可延长会阴体皮肤的长度，减少了泌尿生殖道被粪便污染的机会。

3. 废除了腰腿固定，减轻了患儿痛苦。

参考文献 略

（收稿日期：1997—07—01）

腰骶神经根、神经节变异并腰椎间盘突出 3 例临床分析

解放军 534 医院　张松涛　吴天顺　王怀湘*

（河南洛阳，邮政编码 471003）

腰骶神经根、神经节变异并腰椎间盘突出临床少见，我院自 1994 年 1 月至 1997 年 3 月收治 3 例，分析如下：

病例 1. 男，55 岁，腰痛 10 年，加重伴右下肢疼痛 3 月，查：L4、5 右棘突旁深压痛伴右下肢放射痛，右拇伸肌力减弱，小腿外侧痛觉减退，右直腿抬高试验阳性，CT 示：L4、5 椎间盘右旁侧突出，侧隐窝狭窄。

术中所见：L_5 神经根从 $L_{4\cdot5}$ 椎间上缘水平缘出硬膜囊，向外下过 L5 椎体后上部出入椎间孔，L_5 神经根增粗变异直径 10mm，压迫硬膜囊，$L_{4\cdot5}$ 椎间盘突出，突出高度 3mm 无纤维环破裂，神经根移动受限，摘除变性髓核组织，减压松解。术后 1 年随访患者腰腿痛缓解，右小腿外侧稍感麻木。

病例 2，女，37 岁，腰扭伤后右下肢疼痛 1 月，查：$L_{4\cdot5}$、L_5、S_1 右棘突旁压痛，放射痛，右下肢肌力Ⅱ级，右小腿外侧及足背痛触觉减退，直腿抬高试验阳性，CT 示：$L_{4\cdot5}$ 椎间盘右旁侧突出。

术中所见：平 L_5 椎体上 1/3 处同时发出两根骶神经根，平行穿越骶神经管并从同一椎间孔发出，神经根充血水肿粘连，移动受限。$L_{4\cdot5}$ 椎间盘突出卡压 L_5 神经根，扩大椎管、神经根管减压松解，术后 1 月感觉肌力恢复正常。

病例 3. 男，56 岁，腰痛伴左下肢疼痛 3 年，加重 1 月，查：L_5、S_1 左棘突旁压痛、放射痛左足背痛触觉减退，左直腿抬高试验阳性，跟腱反身减弱，CT 示：左旁侧型突出椎间盘影，椎间孔内侧并可见另一弧形软组织影。

术中所见：S_1 神经节贴椎管内移位，梭形膨大，直径约 8mm，椎间盘突出程度轻，高度约 3mm，神经节受到钳形卡压。术中充分减压，术后一年随访腰腿痛消失，但足部仍觉麻木。

讨论：腰骶部神经根、神经节解剖变异，以 L_5 及 S_1 最为多见，神经根畸形由 Zafuon 于 1949 年在尸解中发现并报告，1952 年 Ethebey 临床报告 4 例，据统计手术发现率为 1.5%，脊髓造影 3%，尸解 14%。其症状的产生由先天性和获得性神经根在硬膜内节段性排列异常，神经根先天性解剖异常和分支畸形；由神经根周围骨性或纤维性组织各种病变；由神经根与骨性或纤维性组织在椎管内椎间孔内相互关系变化三种因素所致。变异神经根、神经节造成椎管侧隐窝神经根管相对狭窄，是发病的病理基础。当产生椎间盘突出或邻近间隙突出后改变了神经根与周围骨性或纤维性组织在椎管、椎间孔内相互关系，使其损伤。腰骶部疾病并神经根、神经节变异术前诊断、定位困难，我们认为术前可行①脊髓造影以提高神经根变异诊断率；②影像学，CT 扫描断层准确，在后根节水平可提高神经节变异诊断率。术中充分重视神经根、神经节变异的可能性，防止手术损伤，术中充分减压松解，术后功能锻炼是提高疗效的关键。

（收稿日期：1997—04—24）

* 河南省洛阳市解放军 80590 部队医院外科