维普资讯 http://www.cqvip.com

血管前面通过（Johustone，1912）等[3]。

综合上述的文献报导，描写股深动脉和旋股动脉的差异有9种类型，为了在外科手术中会遇到的不同类型情况探索鉴别的方法。我们分离、测量、统计了股深动脉，旋股内、外侧动脉，穿动脉的起点、侧别、类型等。在我们的解剖所见旋股外侧动脉的起点有较大的变异，并在同一尸体上两侧之间也存在明显差异。旋股内侧动脉的起点比旋股外侧动脉水平高，在临床动脉手术中这些变异甚为常见[4]，[5]。虽然，也有人提到它们的重要性，但这些分支相对小些，而在股深动脉循环支中所起作用的看法仍存在一些分歧。

参考文献

1.马富.临床解剖学杂志 1987；5（1）：33.

2.周宾.解剖学杂志 1986；9（增刊）：159.

3.Siddharth，N，L.smtth，R·A·Mason，Andgiron·F The Anatomical Record 1985；212：206～209.

4.韩立民，等.解剖学杂志，1986；9（增刊）74.

5.刑子英，等.解剖学杂志，1986；9（增刊）75.

回肠羊角式可控低压膀胱在尿流改道术中应用3例

鞍山市第三医院泌尿外科 荆延有 张朋华 段玉林

（辽宁鞍山，邮政编码114031）

[提要] 膀胱全切后尿流改道术一直是泌尿外科研究的课题。回肠羊角式可控抵压膀胱是在膀胱全切后取回肠一段，纵行剖开，U型缝合，输尿管植于两角，U底部直接和尿道吻合。其优点是接近生理，不带尿袋子，便于护理，且为低压不致尿液反流，无高氯血症。我们共做3例，效果满意。

[关键词] 回肠羊角式可控低压膀胱；回缩；脱出；定时排尿。

膀胱全切后尿流改道术，一直是泌尿外科的研究课题。我院1990～1991年，共对3例膀胱全切患者、采用了回肠膀胱直接与尿道吻合“回肠羊角式可控低压膀胱”效果满意，现介绍如下。

手术方法：在根治性膀胱全切后；距回盲部20～30处截取回肠段约35cm（备代膀胱用）。吻合回肠两端、重建肠道连续性。截取的回肠段，于系膜对侧，两端各保留约7.5cm，纵行切开约20cm。然后用甲硝硅液反复冲洗肠道，用干纱布沾按肠壁内侧粘膜，破坏肠壁细胞减少粘液分泌。将肠管折成U字型、用000肠线连续锁边缝合后壁全层，1号丝线浆肌层加固。距肠段断端边缘约1cm处各用4号丝线浆肌层荷包缝合，先不收紧，肠端套入肠管内约3～4cm反折。将输尿管由套入的回肠腔内穿入，用于6～8号树脂导尿管做支架，适度收紧荷包线，输尿管断端与套入肠端吻合。如肠端孔隙过大，可用肠线部分闭锁；以不漏为原则并注意防止输尿管口狭窄。再用1号丝线将输尿管外膜与套入肠管反折顶部浆肌层间断缝合固定，防止套入肠管回缩和输尿管脱出。之后在U型肠管底部剪～0.7cm小孔用0000肠线与尿道残端吻合6～8针。经尿道放置一根F18号foleys管，充水30ml±。输尿管支架管在肠管两侧各选一孔直接穿出腹壁。缝合U型回肠膀胱前壁、浆肌层加固。置于腹膜外。完成回肠羊角式低压膀胱。关闭腹腔。术后5天间断冲洗Foley's管，术后12天拆除输尿管支架管，14天拆除Foley's管，患者自行排尿。

临床资料：患者：3例。均为男性平均年龄62岁，均为膀胱癌、膀胱根治性全切除。行回肠羊角式低压膀胱术。术后8天拆线，切口一期愈合，无感染、无尿瘘、2例术后有尿失禁，半月后逐渐恢复正常，3例病人术后均无尿液感，经提肛肌训练定时排尿，术后一个月均能控制排尿。

讨论：尿流改道早在1852年Simon首次利用肠管为膀胱外翻患者行尿流改道，1911年Coffey介绍了输尿管肠道抗反流术后，输尿

维普资讯 http://www.cqvip.com

管乙状结肠吻合术广泛开展。到50年代临床大量病例总结报道，此类手术后病人并发高氯性酸中毒高达半数以上，并有伴发吻合口结肠癌的病例发生，故50年代后期结肠膀胱逐渐被输尿管皮肤直接造口和回肠膀胱术所取代。以后诸多方法不断出现。但是由于尿流改道有很多并发症，就尿流不走原尿道，须终生带尿袋子。改变生理习惯患者很难接受，严重者生活不能自理，实践证明这些术式都不够完善。70年代始有报道膀胱再生术。即膀胱全切后输尿管残端置于腹膜外盆腔，用水囊支架靠结缔组织增生，形成一个假腔做为膀胱，这种术式给膀胱全切的患者带来福音，但国内临床报道此种手术尚有不尽人意之处如易破裂、高氯血症等。我们开展的回肠羊角式低压膀胱。由于肠管的纵行切开，破坏了肠管发达的环状肌肉、使之不能强裂收缩形成低压、不致引起尿液反流。回肠膀胱与尿道直接吻合接近生理，术后不用带尿袋子，病人比较能够接受，术后护理也很方便。我们治疗3例术后观查，效果比较满意。

参考文献 略

(6)

10-11

直肠肿瘤 切除术 吻合口漏

直肠中下段癌切除术后吻合口漏的防治探讨

辽宁省鞍山市三院 李峰 支凯
辽宁省肿瘤医院 张殿林 王微
（辽宁鞍山，邮政编码114031）

R 735.370.5

吻合口漏是中下段直肠癌经腹切除术后较常见的严重的并发症之一。国内文献报道临床漏3～4.5%，国外报道为3～25%。本文对15例临床吻合口漏的医源性影响因素进行分析，并做进一步防治措施的探讨。

临床资料：作者于1979年～1991年5月行低位前切除术152例，其中吻合口漏3例；超低位前切除119例，漏7例和拖出吻合术71例，漏5例。吻合口漏发生率为4.39%(15／342)。本组男6例，女9例，最小年龄27岁，最大年龄68岁，平均49.5岁。本文吻合口漏发生时间：术后4～5天2例，7～8天的13例，其中直肠阴道漏3例，后壁漏8例。

吻合口漏治疗方法：当患者术后3～4天后持续发烧38°C左右并排除其他原因所致；骶前双腔引流管负压吸引出肠内容样浆液即可确诊为临床漏。

1.骶前双腔引流管继续有效的持续负压吸引是治疗成功的关键。最初2～3天分泌物多而粘稠，可用灭滴灵或庆大霉素液稀释后冲洗，100ml左右／次，3～4次／日。以后根据分泌物多少和粘稠度酌定冲洗次数至停止冲洗。此期间一定保持引流通畅，直至无分泌物引出后2～3天拔除引流管。

2.立即禁食水、胃肠减压，给予完全胃肠外营养。1979年～1987年作者用全糖TPN；1988年～1991年用糖加脂肪乳剂之TPN，脂肪乳剂占热卡总量的40～50%。热卡供给35～45kcal／kg／C，氮：热卡＝1：180～200kcal，氮：钾＝1：5MEQ，氮：镁＝1：2MEQ，钙：15MEQ／1000kcal。适当补充各种维生素及微量元素。糖加脂肪乳剂TPN，我们的经验最好是通过周围静脉途径，用三升袋，方法简单使用方便，避免了中心静脉插管带来的并发症。

采用上述方法，多数病人经2周左右漏自然愈合，本文为73.33%（11／15），少数3～4周愈合占20%（3／15）。仅1例因术前放疗超量经2～3个月未愈合，由大漏又形成多个瘘道，行暂时性结肠造口，余者均不做常规结肠造口。

结果：本文吻合口漏为4.39%（15／342）。一律采用术中骶前置双腔引流管有效的负压持续吸引引流及合并TPN疗法，其中14例2～4周漏自然愈合，成功率为93.33%（14／15），未行暂时性结肠造口。仅1例因放疗超量，引流失败而行结肠造口。

吻合口漏医源性和其他影响因素：机械性肠道准备不佳（3例）；合并后盆切除术前未行常规阴道冲洗消毒（3例）；骶前引流不畅(2例)；手法吻合不全（1例)；EEA吻合不全（1例）；