维普资讯 http://www.cqvip.com

160-161

12

·经验交流·

永久性皮管法结肠造口术

R735.370.5
R730.56

李 政* 兰荫悟 于敏学*

提 要 目前，直肠癌在行 Miles 手术时多采用左侧结肠的肠造口术，由于结肠造口术有多种早期和晚期的术后并发症，给直肠癌患者的愈后带来精神上和肉体上及今后生活中造成很大负担。因此，Miles 手术不易被病人所接受，因而我们采用腹壁游离皮瓣，分开肌肉，切开腹膜，将造口部肠管从此皮瓣下拖出，用游离的皮瓣顺时针旋转，缝合。最后筑造成高 3～4cm，呈"柱状"的永久性皮管造口。它不仅避免了早、晚期并发症的发生，而且由于排气、排便冲撑皮管，使皮管扩张，刺激皮管的皮肤感受器，使病人有明显的排便知觉，以利排便的护理。皮管不怕摩擦，耐受各种劳动。造型美观，能够提高病人的生活质量。便于安放各种人工肛门装具及肛门塞，补充了 Miles 手术的不足。

关键词 直肠癌 Miles 手术 皮管法 造口术

直肠下段癌、肛门癌，施行腹会阴切除，腹部人工肛门，给病人带来心理上的不安及诸多生活上的不便。这些社会与伦理学问题，已经引起国内外学者的关注。因此，近几十年就如何避免腹部造口，而又不影响根治效果，相继设计出股薄肌移植括约肌成形术，臀大肌移植括约肌成形术等各种术式，均因切除不彻底，术后复发率高，感染机会多而未能广泛推广和认可。作者自 1993 年以来曾为 31 例直肠癌病人施行腹会阴直肠癌根治术，永久性皮管法结肠造口术[1]，术中利用腹壁肌肉的收缩起括约作用，腹壁皮肤游离，环绕结肠，建造成柔软的柱状皮管。皮管扩张刺激皮肤感觉器，有抑制和感觉作用。因造口结肠周围有皮肤环绕成的皮管支持，呈柱状，高出腹壁 3cm，外观挺拔，管理方便。现将手术方法和效果介绍如下：

一、资料与手术方法

1993 年至 1996 年间共施行 Miles 手术 31 例，全部采用腹部永久性皮管法结肠造口术。

1. 对直肠癌手术，如术前估计造设人工肛门，切口采用右侧绕脐切口，使人工肛门与切口距离远些，减少对切口的污染(见图 1)。

2. 根据体型及腹壁松紧度，术前设计好人工肛门的建造部位，并做好标记。常用部位[1]，脐与耻骨正中画一条纵线，脐左侧与髂前上棘画一条横线，沿腹直肌外缘画一条纵线，在横线下方 8cm 处画一条横线，组成一个四边形，然后用斜线连接四角。两条斜线的交点是造口的最佳位置。造口点上下 4cm 再进行画线(见图 2)。

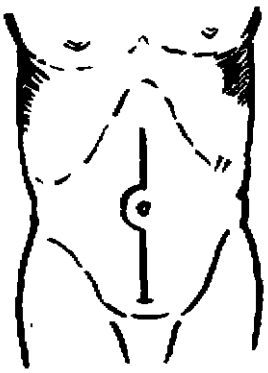


图 1 切口

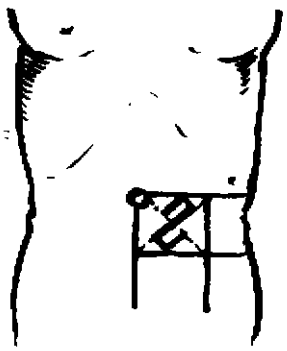


图 2 结肠造口部位

* 作者单位：028000 内蒙古哲里木盟医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

3. 游离皮瓣，按设计方案切开皮肤及皮下组织，在切开的皮瓣上保留0.5cm的脂肪层，其余脂肪层剔除，显露腹直肌前鞘，剪开4cm的圆孔，钝性分开腹直肌，提起腹膜纵行切开，将离断的结肠造口端从此孔拉出。结肠与腹膜固定缝合4针，防止滑脱。用拉钩将腹直肌、腹内斜肌拉开，使二肌束充分外翻，两侧角缝合4针，使外翻的肌束固定，让肌束紧贴结肠，有便意冲撞时，腹内斜肌、腹直肌收缩形成括约作用。最后将已游离的皮瓣环绕结肠，顺时针方向旋转，并相互缝合。缝合后形成包绕在结肠的皮管，皮管高出腹壁3cm，呈柱状。结肠完全埋在皮管内，顶端皮管与结肠缝合一周。24小时后放开结肠。造口皮管与腹壁手术切口同时拆线，一期愈合(见图3)。

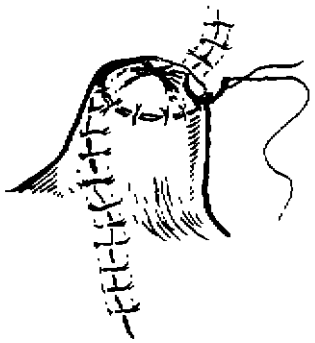


图3 游离皮瓣，结肠造口

二、讨论

永久性结肠造口术有多种术后早、晚期并发症[2]，造口狭窄、皮肤、排便管理、梗阻等给病人精神及生活上诸多不便。近年来国内外学者均对皮肤保护剂、粘合剂及人工肛门装具进行研究[2,3]。关键是如何提高关系到病人生存质量的人工肛门的质量。我院研究的皮管法结肠造口术有以下优点：①腹直肌、腹内斜肌没有破坏，经缝合贴附在结肠四周，有粪便冲击时引起收缩，起到括约肌作用。有利于排便管理。②游离的皮瓣贴附在结肠壁上形成管状，与肠管一期愈合，肠管周围无瘢痕形成，肛门不会出现狭窄，预防了术后感染。③皮管高出腹壁3cm，结肠在皮管内，肠管扩张刺激皮管皮肤感受器，病人有排气排便的知觉，可随时处理粪便。由于有皮管支持，造口不会倾斜，防止了粪便横溢。④皮管能耐受劳动等磨擦，造型美观，便于装戴各种人工肛门装具，提高了病人的生活质量，补充了Miles手术的不足。

参考文献

1. 王舒宝. 套式皮管法结肠造口术. 中国实用外科杂志，1990，12(13)：263.
2. 田村泰之. 人工肛门—合并症のとその对策. 临床外科，1982，37(8)：1205.
3. 俞德洪. 肠造口治疗进展. 实用外科杂志，1980，8：294.
4. 沢贞夫. 人工肛门—最近の管理. 临床外科，1982，37(8)：1197.

(收稿：1998－01－04)

161－163

重症腹部闭合伤合并胸部外伤诊断和治疗体会
——附24例报告

R657.32

何长岭*

提 要 本文总结了我院自1992年至1997年收治的重度腹部闭合伤合并胸部外伤的病人24例，出现失血性休克14例，脾损伤16例，肝脏损伤7例，多脏器损伤6例，合并血气胸2例。作者强调，急诊室快速诊断，为手术争取时间的重要性。手术要快速止血，挽救生命为原则，术后继发出血的治疗，加强肺脏的保护，营养支持，降低并发症的发生。

关键词 胸腹联合伤 血气胸 肝脾破裂 肝破裂 诊断 治疗

作者单位：101200 北京平谷中医医院外科