维普资讯 http://www.cqvip.com

本手术优点:①减压彻底,术中行全椎板减压,初步缓解神经根、脊髓受压。同时术中以行AF内固定术,纠正椎体移位,可进一步缓解压迫症状。②由于所植骨用不同环锯所取,所以结合紧密,固定牢靠。提高了植骨愈合率,同时也可避免较多的取骨,减少了创伤。③术中行AF内固定的同时以行植骨融合,恢复了脊椎的稳定性。术后无需石膏外固定,不必长期卧床,无石膏固定的并发症,进一步提高了治疗的效果。

关于手术的适应证:①腰椎进行性滑脱且有症状者。②腰椎滑脱明显症状较重,非手术治疗不能缓解者。③下肢出现神经症状或马尾神经压迫症状者。本方法在减压植骨融合同时复位极好,故对于II度滑脱者也适用。但本法操作相对复杂,手术时间长,故应严格掌握适应证。

术后并发症的处理:由于术中过度牵引神经根,术后患者往往有下肢神经症状,如足下垂、下肢放射痛明显。本组出现2例,术后行营养神经、对症处理,术后8周均恢复正常。

(编辑:邱全光)

Swenson改良法治疗先天性巨结肠17例体会

马万选,黄 松,曹运萍,张佳勋 (营口市第二人民医院外三科,辽宁 营口 115000)

[关键词] 改良Swenson术;巨结肠;先天性
[中图分类号] R574.62 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0214-01

先天性巨结肠症又称无神经节细胞症,是因病变肠管神经节细胞缺如,致肠道平滑肌持续性收缩呈痉挛状态,导致粪便通过障碍[1],为彻底解除患者病痛,常需手术治疗。我院1988年以来采用Swenson改良法手术治疗先天性巨结肠常见型和长段型共17例,疗效满意。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组17例,男14例,女3例。年龄最小7个月,最大5岁。全部病例均有胎粪排出延迟、腹胀、便秘等临床表现。X线钡灌肠检查确诊常见型13例,长段型4例,术中所见及病理证实诊断。

1.2 手术方法

取左下腹旁正中切口。探查明确病变肠段,直肠两侧腹膜反折处剪开,注意保护输尿管,游离直肠后间隙至齿状线上方,靠近直肠壁切断直肠两侧韧带,前方可不分离。再向上游离结肠系膜及血管,(缝合结肠切除标志线,呈前高后低斜面。然后转至会阴部。先扩张肛门,放入卵圆钳,把结肠可靠结扎固定在钳颈部,叠套拖出直肠、结肠。切断直肠,继续拖出结肠至见标志线为止。切除多余大肠。直肠呈四瓣剪开,后壁距齿线1 cm,前壁5 cm,两侧3 cm与保留结肠按标志线对应浆肌层缝合,中间加针缝合浆肌层一周,边缝合边切除多余肠管。在检查吻合口无出血及漏针后剪除缝线。将肠管退送回盆腔。肛门塞油纱条。常规关闭盆腔、后腹膜、腹腔。

2 结果

本组17例术后便秘消失,无吻合口狭窄及瘘,无盆、腹腔感染。1例出院4 d突发小肠结肠炎,高热、大量腥臭便,救治无效死亡。门诊随访3个月~3年,获访12例,1例轻度腹泻3个月好转,2例偶有污便,9例无便秘、便失禁。4例失访。

3 讨论

先天性巨结肠症是小儿外科中较常见的胃肠道发育畸形,手术方式较多,手术疗效与外科医生对该术的操作精细和经验水平有关。但治疗的共同目的是恢复患儿的正常排便。为此要解决排便的感觉、动力、通路、制约四个问题。Swenson术式可以满足以上要求。本术式病变肠管包括痉挛、移行、扩张肠管切除在肛外,吻合肠管亦在肠外进行减少了腹腔污染。保留结肠与直肠斜面对应吻合,保证吻合口宽度,避免吻合口狭窄,但结、直肠各自斜面大小应根据不同年龄,结肠宽度考虑。结肠直肠断端口经大小不一致,浆肌层、全层缝合时先行后前及两侧中点定位缝合,口径较大一侧肠管针距稍宽,口径较小一侧针距稍窄进针,以保证吻合效果。全层缝线待检查吻合口有无出血、扭曲、漏针后再剪除,且防止吻合口自行向盆腔退缩影响操作。改良Swenson术式有以下优点[2]:吻合口呈前高后低的斜面,周径较其它术式扩大;术后不必扩肛,无肛门狭窄发生。最大限度保留内括约肌,避免了肛门失禁产生的可能性。不使用巨结肠夹,护理方便,可减少损伤和感染。肛门外切除结肠,减少腹腔盆腔污染机会。直结肠端端吻合且为心状吻合术后不会发生盲袋闸门,避免了因吻合口挛缩而造成的排便困难。该术式盆腔创伤小,无排尿困难发生,术中术后不必置尿管,杜绝了尿路感染机会。本术式操作简便,易掌握,又无需特殊器械,适宜在基层医疗单位开展应用。

参考文献

[1] 凌希莲. 先天性巨结肠症行Swenson改良术的护理配合[J]. 齐鲁护理杂志,2002,8(3):189.
[2] 陈小梅. 30例先天性巨结肠Swenson术式治疗体会[J]. 中国综合临床,2003,19(1):91.

(编辑:左艳芳)

[收稿日期]2005-01-15 [修回日期]2005-03-19