维普资讯 http://www.cqvip.com

后矢状高位肛直肠成形术的初步体会

儿科医院外科 吕隆政 匡中生 李 庄

中图分类号 R 657.11

先天性肛门直肠畸形的发病率系消化道畸形之首，其病理改变很复杂，手术治疗虽能使多数病儿获得痊愈，但手术后并发症仍较多，尤其是高位肛门直肠闭锁，术后总是有少数病儿便秘、污粪，甚至失禁，这给病儿和家长带来一定的痛苦和负担。因此，如何减少和防止肛门成形术后并发症，获得较正常的排便功能，人们进行了不断地探索，从而找出最理想的术式。Peña—deveries创用的后矢状肛门直肠成形术经临床实践证明具有暴露充分、损伤小、能利用所有肌肉组织修复先天性缺陷达到良好控制排便能力等优点[1]。

我院新生儿外科专业组从1987年1月以来，应用后矢状切口治疗高位肛门直肠闭锁12例，现报告如下。

临床资料

本组共12例，男10例，女2例。其中男婴伴直肠尿道瘘3例，两例女婴均伴直肠阴道瘘。12例病儿均在产后2—4天经倒立腹部平片，钡灌肠或B型超声诊断为高位肛门直肠闭锁。除1例外其余均行了乙状结肠造瘘术，其中10例在2—4月间行肛门直肠成形或瘘管修补术，另两侧分别在生后3天和$1\frac{9}{12}$岁完成肛门成形。术后切口一期愈合11例，另一侧因未作肠造瘘术后伤口感染裂开，延期愈合。肛直肠成形后都在2—4周关闭结肠造瘘口，术后排便功能逐渐恢复到1—3次/日9例，偶有污粪现象2例，检查均发现有不同程度的直肠粘膜脱出，经手术切除脱垂粘膜后已无污粪现象，另1例便秘，约2—4天排便一次，常常需服泻药或灌肠后排便，检查未发现肛直肠狭窄，直肠内充满粪便是否"先天性肛门直肠畸形术后末端粪便贮留综合征"[2]，有待继续随访。病例中还未发现大便失禁及尿潴留现象。因为本组病例不多。术后时间较短故还未作全面的功能随访。

手术操作方法

术前晚及术晨行乙状结肠造瘘口远端乙状结肠及直肠清洁灌肠并给新霉素及灭滴灵保留于肠道，术前置保留尿管（男）或细肛管至阴道作为术中的标记。

病儿在硬膜外加骶管麻醉后取俯卧位，两腿外展呈45°角。消毒敷巾后，用针麻仪电极刺激正常肛门凹处皮肤。可见局部收缩中心并作一标记，为肛门成形的位置。然后自骶管下部正中线向会阴部作矢状切口直至肛门凹前缘。切开皮肤及皮下组织，在刺激器的帮助下找到肛门部外括约肌皮下部，并切割成左右两部分。纵行切开尾骨，将抵止在尾骨背侧及尖部的外括约肌浅部纵切开直至肛门部。其深部为一层脂肪组织，脂肪层下方抵止到尾骨腹侧面的肛提肌，将其纵行劈开，并向下延长至横纹肌联合体。切开肛提肌的耻骨尾部后即为直肠盲端，沿直肠壁游离直肠盲端，在分离直肠前壁与阴道后壁或尿道后壁间隔时，注意避免损伤阴道式尿道及直肠。使游离直肠拖下至肛门无张力为度。若直肠末端肥厚扩张，在分离直肠前壁时留下直肠肌层，保持粘膜完整，用细丝线间断缝合肌层缘，使直肠直径缩小至所需尺度。如合并瘘管，将直肠后壁及两侧游离，紧靠瘘端切开直肠后壁从直肠腔内可见到前壁有通向尿道或阴道的瘘管孔口。直肠尿

维普资讯 http://www.cqvip.com

道瘘沿瘘口周围切开粘膜和粘膜下层，游离至瘘口近缘．用细羊肠线缝合并闭瘘。在瘘口周围的肠壁肌层与粘膜下层间进行分离，使瘘口周围留下一定面积的肠壁肌层，修补直肠前壁；直肠阴道瘘距瘘口约0.5～1cm处切断瘘管．阴道端不缝合亦不修补，让其开放，便于手术后引流。

术后采取俯卧位，伤口暴露，以1‰新洁尔灭棉球随时消除肛门部分泌物，每日照射红外线两次，使伤面保持清洁和干燥。

讨　论

过去，对高位肛门直肠闭锁用经腹会阴或腹会阴直肠粘膜切除结肠直肠鞘拖出肛门成形术。由于直肠盲端位置较高，有的还合并有瘘，经腹会阴盲目分离，往往造成括约肌，肛提肛严重损伤，而遗留大便失禁、直肠粘膜脱垂、肛门狭窄，污粪及合并瘘处理不当等并发症。1953年stephens提出肛提肌的耻骨直肠肌在控制排便的作用，他与Browne提出骶尾入路肛门成形，使直肠通过耻骨直肠肌下拖至肛门收较好的效果[3]。但经骶腹会阴肛门成形术不仅暴露有限，而且体位也难以将就．因此，对先天性肛门直肠畸形的外科矫治还在不断探索，尤其近年来对此治疗还阐述了一些新观点，同时对外科技术也提出了现代外科的新摸式——以重建为主[4]。正常情况下的排便动作依靠肛提肌，内、外括约肌的协同作用。而在肛门直肠畸形中内括约肌发育不良，虽有提肛肌和外括约，但由于肛门直肠闭锁，上述诸肌与直肠末端失去了正常解剖关系。因此，恢复诸肌与直肠末端的正常关系对得到正常排便功能甚为重要。Peña和deveries提出后矢状切口基本上克服了暴露不充分，损伤肌肉和神经之缺点，更为重要的是恢复和重建了内、外括约肌与直肠末端的正常关系。并可用于间位畸形和其他肛门直肠疾病。

本组病例直肠盲端距肛门在2—3.5cm，平均长度2.63cm，其中2—2.5cm 7例，2.9～3.5cm4例，前7例分离直肠或修补瘘孔均较容易，后4例游离的位置高，范围也较大，尤其最高两例(3.5cm)要充分游离直肠与尿道或阴道间隔，盆腔直达腹膜反折。此为手术之难点，如不加注意极易损伤尿道或阴道乃至膀胱。本组病例无尿道损伤，只损伤阴道后壁1例，为避免以上损伤和加快手术进程，作者将其中3例采取保留直肠前壁的部分肌层，游离的直肠肥厚远段前壁仅为粘膜，最后将两边肌层切缘相缝合，使直肠末段缩小至正常范围，成形术后临床观察随访尚未发现并发症。

通过临床应用有以下几点体会：

1．此手术途径将代替绝大部分高位肛门直肠闭锁，尤其伴有瘘管经骶腹会阴术式，使手术进一步简化。

2．在直视下便于修补瘘和按正常解剖结构恢复直肠与诸肌的关系，在分离直肠盲端时保留直肠前壁条形肌肉，不致损伤尿道或阴道留下后遗症。

3．暴露充分，此切口劈开尾骨下端至会阴部，在直视下借助刺激器帮助可以辨认各种肌肉走向，不仅防止损伤，而且有益修复，可以游离直肠至盆腔腹膜反折处。

4．此切口还可用于治疗其他肛门直肠疾病如直肠狭窄或闭锁，肛门直肠手术后大便失禁及先天性短段巨结肠[3,5]。

5．该术式暴露满意容易分离，应避免游离直肠过度。以致术后直肠粘膜脱垂，本组两例术后污粪就因直肠游离过多，导致直肠粘膜脱垂，经切除脱垂粘膜后污粪即消除。

参 考 文 献

[1] deveries PA. Peña A Pasterior Sagittal anorectoplasty. T Pediat Surg 1982; 17:638

[2] 王燕霞，等。中华小儿外科杂志 1988; 5:282

[3] 李振东，等。中华小儿外科杂志 1986; 1:29

[4] 张金哲。中华小儿外科杂志 1988; 1:51

[5] Peña A. J Pediat Surg 1983; 17:762

(收稿日期1990-06-14)