DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.04.033

亡率很低(8.6%)。

关键词 儿童;颅窝,后;脑室肿瘤;引流

参考文献

1. 罗世祺 李德泽 李 立。小儿颅内肿瘤 1534 例分析。中华神经外科杂志,1985;1(3):146~150

2. 孔繁金。手术前后侧脑室持续引流术的应用。中华外科杂志,1961;9(5):389

(收稿:1992-01-29;修回:1992-04-23)

直肠下段癌根治会阴造口术——附 65 例临床分析

单治堂 罗云生 唐开业 康晓保 (第三军医大学新桥医院普外科肛肠组) 630037

以往治疗直肠下段癌均采用腹会阴联合直肠肛管切除、腹部乙状结肠造口术,由于粪流改道给患者带来生活上不便和精神上巨大痛苦。我科于 1984 年以来对直肠下段癌根治后改用会阴部原位造口的方法,近 2 年对直肠下段癌恶性程度不高或较早期的直肠下段癌又采用了保留外括约肌和耻骨直肠肌的手术方法共施行 65 例。此种术式,改善了患者的生活质量,有助于术后排便功能恢复,近、远期疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

本组 65 例,男性 40 例,女性 25 例。年龄最大 72 岁,最小 23 岁。肿瘤部位距肛缘 3cm 以下 25 例,3~6cm 40 例。病理诊断:直肠腺癌 43 例,粘液腺癌 9 例,直肠低分化腺癌 10 例,直肠腺鳞癌 2 例,直肠低分化腺癌并发直肠肉瘤 1 例。术式:乙状结肠折叠、会阴部造口术 25 例,乙状结肠折叠、保留外括约肌 6 例,保留耻骨直肠肌、会阴部造口术 28 例,Ⅰ期股薄肌肛门成形术 1 例,Ⅱ期股薄肌肛门成形术 5 例。术后并发症:造口粘膜外翻 9 例,其中 3 例因粘膜外翻过多,再次行粘膜部分切除术。会阴部伤口感染裂开 4 例,3 例术后会阴造口有轻度狭窄,诉腹胀、排便困难,每次解便需 20~30min,经服缓泻剂与扩肛治疗好转。术后平均住院 21d。

随访结果:得到随诊的 55 例,随诊时间 1~6 年 40 例,不满 1 年的 15 例。除 5 例外余 50 例均未发现复发病灶。38 例已恢复工作,有 3 例会阴部瘢痕组织增生,有肿块,术后 1 年半活检证实复发,2 例腹腔内和肝脏转移 2 年后全身衰竭死亡,余 12 例身体较差未恢复工作,但无复发。会阴部人工肛门功能满意者 35 例,15 例会阴部需要带垫,有 5 例功能较差者又行股薄肌成形术,术后 1~3 年肛门功能恢复较满意。现每日排便 2~3 次,有时 2~3d 大便 1 次。

2 讨 论

国内有人报道[1,2]直肠下段癌经 Miles 手术后行结肠折叠、会阴部造瘘的优点是肿瘤达到了根治,手术操作简便、避免了腹壁造瘘,术后无严重并发症,缩短了住院时间,近、远期疗效满意。

乙状结肠折叠、会阴部造口术,据文献报道[3,4,5,6]因肛门内外括约肌并非控制排便所必不可少的部分,而耻骨直肠肌及其形成的"新直肠角",对粪便下降有机械性障碍作用。关于结肠折叠瓣的作用,由于乙状结肠远端折叠后,缩小了肠腔,人为形成一折叠瓣,有缓冲和减慢近端结肠蠕动的传输,阻挡延缓大便排出,增强水分的重吸收,使粪便相对浓缩成形。同时因盆腔内近端结肠内压力增大,增加了对盆壁组织刺激,有利于新建的"直肠肛门"反射或抑制反射的产生,故多数病例在结肠形成的粪便积存到一定量时产生一定压力,使肠蠕动加强产生便意,故术后控制排便较满意。

保留外括约肌及肠折叠会阴造口术,因保留的外括约肌有神经支配[7],故对大便有节制能力,同时行肠折叠也是为了增强肛门的节制

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

功能。手术指征，我们选肿瘤距肛缘 5～6cm，恶性程度不高，肿瘤大小不超过直肠半圈较早期癌。此种手术是将肛门缝闭，入路从肛白线切开，保留外括约，分离切除直肠病变，如分离困难，可于肛门后正中切开进行分离，将近端乙状结肠折叠缝合拖出造口，造口粘膜不要外翻超过会阴皮肤，外括约肌要保持一定张力，拉拢缝合。本组 31 例临床观察结果，大便成形时，患者有一定的节制能力。日解大便 2～3 次。指检，外括约肌有肛门收缩和松弛反应。

保留耻骨直肠肌会阴部造口术[8]，因耻骨直肠肌是组成肛管直肠环的主要肌肉，对大便节制有重要括约作用。所以保留耻骨直肠肌会阴部造口，即保留了直肠肛门反射，又增强对大便节制能力。手术步骤是经会阴部切除直肠病变时，从肛门后正中切开尾骨直肠韧带进入盆腔，探查辨清癌与耻骨直肠肌的距离、癌肿大小与周围组织是否粘连固定，有无浸润病变，然后经耻骨直肠肌内侧切除直肠病变，将残留的耻骨直肠肌拉拢在直肠后正中缝合，同时将拖出造口的乙状结肠肠段与耻骨直肠肌拉拢缝合成 V 型，固定于乙状结肠后壁，使新建"肛直角"进一步巩固，而保留的耻骨直肠肌对新建的肛管增加了一些括约肌的功能。我们认为该手术宜选择直肠下段癌病变距肛缘较高的病例（距肛缘约 4～5cm）。术后指检，可明显感觉到耻骨直肠肌有收缩紧闭作用。部分患者有便意感，能短暂控制排便，术后大便日解 2～3 次，控制排便效果良好，无需带垫，如腹泻、稀便时其节制功能不理想。本组 28 例中满意者有 23 例。

会阴部造口股薄肌成形术：本组有 5 例行结肠折叠会阴部造口术后，因肛门节制功能较差，分别于术后 1～2 年内行股薄肌成形术，我们认为对乙状结肠折迭，肛直角重建，会阴部造口，手术效果不满意者作股薄肌成形是必要的。手术时应充分游离股薄肌，要保持肌腱足够长度，肌腱应在胫骨附着处切断，避免支配股薄肌的神经血管损伤，以免该肌术后发生缺血性坏死和失去神经支配而导致大便失禁。肛门周围皮下隧道要宽松，肌薄肌环缝合会阴造口周围必须拉紧，并保持一定张力牢固地固定在耻骨结节或坐骨结节处。要充分做好术前准备，术前 3d 开始进流食，输液，术前 3d 口服新霉素、灭滴灵等药物。术后加强抗感染，使伤口一期愈合。二期股薄肌肛门成形术成功率高，对大便节制能力较满意，如能注意饮食，养成有规律的排便，大便成形或软便时，每天只解便 2～3 次，但对腹泻、稀便时，控制仍有困难，还会不自主流出。

关键词　结肠造口术；直肠肿瘤/外科手术

参考文献

1. 席忠义 邢守正 王振国。Miles 根治术后会阴部结肠套叠式人工肛门。癌症，1983；3：164
2. 隋善衡 曲力明 刘新富，等。直肠下段癌经腹会阴联合切除原位人工肛门术近期疗效观察。中国肛肠病杂志，1985；2：11
3. Sehali AF，Kiesewetter WB. Defecation and Continence，Some new concepts. Dis Col Rect，1970；2：81
4. 张东铭。肛管直肠肌环的外科解剖学研究。中华医学杂志，1983；3：37
5. 张东铭。肛肠外科解剖的某些新概念。国外医学：外科分册，1981；4：213
6. 高春芳 冯福玉 李德玉，等。直肠癌根治术中会阴部人工肛门的设置。中国肛肠病杂志，1986；4：3
7. 陈国熙 主编。腹部外科的形态学基础。福州：福建科技出版社，1982：237
8. 张胜本 刘迁杰。直肠癌腹会阴切除后耻骨直肠肌修复术的应用。中国肛肠病杂志，1988；4：7

（收稿：1991-08-24；修回：1992-04-24）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net