DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.04.037

颅面伤的早期救治。颌面伤时组织肿胀、移位易出现上呼吸道梗阻，合并颅脑伤时患者常有意识障碍，易发生误吸而窒息，因此颅面伤患者更易发生呼吸道梗阻，故此类患者应适当放宽气管切开适应症。本组52例中，早期气管切开9例，占17.3%，无1例出现并发症。另外，以颌面伤为主的颅面伤，常有脑脊液鼻漏或耳漏发生，应加强抗感染，以防颅内感染发生。

2.2 多采用骨间固定，少用颌间固定

用钢丝颌间结扎或橡皮圈颌间弹性牵引方法进行颌骨骨折固定，虽为各种教科书推崇的传统方法，但却有使患者在数周内不能张口的致命缺点，令人难以接受。我们认为，随着外科治疗技术和骨间固定器材的发展，单纯骨间固定手术并不复杂，无论是骨间钢丝结扎或是微型接骨板均能使骨折端获得良好的复位、固定，且不影响患者的正常口腔功能[2]。本组115例下颌骨折中，76例采用单纯骨间固定。在颅面分离的上颌骨骨折处理中，一般我们不在颅颌悬吊后再行颌间固定，只附加弹性颏托，使上、下颌保持正常咬合关系。37例上颌骨骨折中，31例采用上述方法治疗，疗效满意。

2.3 多发性骨折尽早一期手术处理

本组156例中，骨折共336处。我们的治疗体会是，尽早、同期治疗，如无危及生命的情况，应争取一次手术完成，由于手术部位多，创伤大，可适当选用全麻。采用经头部冠状大切口入路方法，也为中面部多处骨折的一次手术处理提供了良好的条件[3]。

2.4 火器性面骨骨折的救治

首先抢救患者生命，如抗休克、救治重要脏器的复合伤，然后做好清创，面骨缺损在初期治疗中一般不作处理，除非用带血运的复合组织移植一期修复软、硬组织缺损，否则应待伤后3月～6月，伤区疤痕软化后再作修复。虽然本组39例火器性骨缺损中的27例下颌骨缺损均为二期修复，但应肯定，早期运用显微外科方法修复火器性面骨缺损应为救治的方向[4]。

关 键 词 颅面；骨；骨折

参 考 文 献

1. 易声禹。颌面伤与颅脑伤。见：丁鸿才 周树夏，主编。口腔颌面损伤治疗学。北京：人民卫生出社版，1988：188
2. 周树夏 斯方杰。口腔颌面部损伤5147例治疗的回顾与总结。中华口腔医学杂志 1989；24：243
3. Jones WD. Applications of reconstructive craniofacial techniques to acute craniofacial trauma. J Trauma 1977；17：339
4. Vitkus K, Vitkus M. Microsurgical reconstruction of shotgun-blast wounds to the face. J Reconstruct Microsurg 1990；6：279

（收稿：1990.11.20；修回：1991.03.25）

49例会阴部造瘘体会

唐开业 单治堂 晏才杰 （第三军医大学新桥医院 普外科） 630037

我科于1985年至1989年对患低位直肠癌拒不接受腹部人工肛门的患者，采用了会阴部造瘘术49例。现将我们应用中的体会介绍如下：

临 床 资 料

49例中，男29例，女20例，年龄25岁～70岁（45岁以下35例）。肿瘤部位均在距肛门缘4 cm～6 cm

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

处。病理活检诊断为腺癌43例，粘液腺癌4例，平滑肌肉瘤1例，绒毛膜腺癌Ⅰ～Ⅱ级不典型增生1例。单纯会阴部造瘘15例，会阴部造瘘同时行肠折叠术13例；保留外括约肌及肠折叠术6例；保留耻骨直肠肌手术9例；Ⅰ期股薄肌移植肛门成形1例；Ⅱ期股薄肌移植肛门成形5例。术后平均住院16d。术后并发症：造瘘口粘膜外翻11例，造瘘肠段部分坏死1例，会阴伤口感染裂开3例，肛门口出血1例。术后因肠坏死改为乙状结肠腹部造瘘1例，因会阴部人工肛门管理困难要求改为乙状结肠腹部造瘘1例，肿瘤盆腔局部复发改为乙状结肠腹部造瘘1例；改为横结肠腹部造瘘4例。术后会阴造瘘正常因远处发生转移死亡3例。

2 讨　论

2.1 选择会阴部造瘘的注意事项[1][2]：对于低位直肠癌需行直肠癌腹会阴联合切除而又拒不接受腹部造瘘者(尤以年轻人)，可选择会阴部造瘘术。但在下列情况时不宜做会阴部人工肛门：(1)肿瘤病理检查恶性度高(如粘液腺癌)或病变已浸犯肠壁周围组织，术中考虑不能根治切除肿瘤者，以免局部复发。本组有5例因术后肿瘤盆腔局部复发，再次手术改为腹部造瘘。(2)年龄太大（60岁以上），生活自理能力差，或下肢行动困难，或肠道消化功能差易腹泻者，会阴人工肛门管理困难。本组1例膝关节僵直患者因会阴造瘘清洁不方便术后半年坚决要求改为腹部造瘘。

2.2 会阴造瘘手术注意事项[1][3]：会阴造瘘与腹部造瘘手术要求不同之处：(1)造瘘口粘膜不能外翻突出会阴皮肤外，否则肛门口分泌物多，患者感觉不适，易摩擦粘膜渗血。本组早期有11例发生粘膜外翻，其中6例再手术行外翻粘膜切除，后期术中注意后，效果大为好转。(2)会阴肛门口以直径3 cm为宜，可减少肛门口分泌物，同时为Ⅰ期股薄肌移植肛门成形创造条件。(3)保留游离结肠应无张力，血供良好。如乙状结肠过短不能拖至会阴造瘘时，需游离左半横降结肠，切断脾结肠韧带，松解系膜延长游离结肠(注意保证血循供应)，使肠段能较松弛拖至耻骨联合稍外处为宜，否则肠段因张力过大易产生回缩，缺血坏死，本组1例因肠张力过大，术后发生坏死改为乙状结肠腹部造瘘。(4)会阴部伤口处理要注意止血彻底，本组1例术后发现肛门口周围出血不止，最后将会阴伤口拆开进行压迫止血才好转；会阴伤口旁引流要保持通畅，本组3例会阴伤口发生感染裂开与过早拔除引流有关；术后会阴伤口敷料更换要及时，4 d—6 d拔除引流物，进食不可过早以防排便污染伤口，排便后要经常坐浴清洁会阴部。

2.3 为了改善会阴部人工肛门自控排便功能，我们进行了一些改良手术[3][4]，如会阴部造瘘加肠折叠缝合术；保留外括约肌及肠折叠缝合术会阴造瘘；保留耻骨直肠肌会阴造瘘；Ⅰ期股薄肌移植肛门成形术。这些手术操作技术简易，亦不增加手术并发症，门诊病人复查约1/3的病例对大便节制管理感到满意。

2.4 体会：会阴造瘘临床应用优点：(1)手术根治性同Miles氏手术，因适应患者心理要求使一部分放弃手术的直肠癌患者及时得到治疗；(2)大便成形时清洁管理方便，会阴造瘘改良手术对大便节制取得一定效果，提高了病人生活质量。临床应用如选择适当，效果是较好的。

关 键 词 人工肛门；直肠癌；会阴造瘘

参 考 文 献

1. 吴菲　谢瑞碧　张殿文。腹会阴切除肛管括约肌成形术治疗直肠下段癌及肛管癌。中华外科杂志，1986；24：387
2. 吴菲。直肠癌保留括约肌和会阴肛门再造术的现状和展望。中国肛肠病杂志　1988；14：30
3. 席忠义。Miles根治术后会阴部结肠套式人工肛门功能观察。中华医学杂志英文版　1988；101：320
4. 张胜本　刘廷杰。直肠癌腹会阴切除后耻骨直肠肌修复应用。中国肛肠病杂志　1988；4：7

（收稿：1990.06.13；修回：1991.04.25）

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