

女婴无肛前庭瘻手术方法探讨

魏 华

【摘要】 目的 探讨女婴无肛并前庭瘻的手术治疗方法。 **方法** 2005 ~ 2011 年作者收治年龄 4 个月至 1 岁的先天性肛门闭锁并直肠前庭瘻患儿 21 例,均通过保留瘻管肛门成形术治疗,分析其临床疗效及排便功能。 **结果** 一期愈合 19 例,2 例出现术后切口感染,经应用抗生素及局部理疗后痊愈。21 例均获随访,时间 6 个月至 2 年,全部患儿排便功能良好,会阴外观正常,无一例复发。 **结论** 保留瘻管肛门成形术治疗女婴无肛前庭瘻简便易行,是一种合理、可靠的手术方法。

【关键词】 直肠瘻; 结直肠外科手术; 婴儿

女婴先天性肛门直肠畸形中,无肛并直肠前庭瘻较常见。目前国内治疗该病的手术方法有多种,各有优缺点,术后并发症不一。作者自 2005 年以来,采用自行设计的保留瘻管肛门成形术治疗婴儿先天性肛门闭锁并直肠前庭瘻 21 例,疗效满意,现将手术要点及体会总结如下:

资料与方法

一、临床资料

本组 21 例,年龄 4 个月至 1 岁,平均年龄 8 个月,少数因出生后发现异位排便而就诊,大部分因出生 4 个月左右排便困难而就诊。瘻口多位于前庭部舟状窝。术前均经瘻口注入造影剂,了解瘻管走向及直肠盲袋距会阴部皮肤的距离。术前常规行肠道准备,入院后经瘻口用生理盐水清洁灌肠,每日 1 次,连续 5 ~ 7 d,确保直肠内无干硬大便。术前 3 d 进食无渣半流质或流质饮食。术前晚及手术当日进行清洁灌肠,并用甲硝唑溶液保留灌肠。

二、手术方法

患儿取截石位,两腿悬吊于麻醉架上,臀部垫高。瘻口插入 8 号 Foley 氏尿管,气囊注入 3 mL 生理盐水,轻轻牵拉尿管使气囊紧贴瘻管内壁。先沿瘻口周缘做环形切口切开皮肤,再沿切口正中后切 0.5 cm,切开皮肤。钝性分离皮下组织至瘻管壁,沿瘻管壁与周围组织间隙作浅层分离,完整分离瘻管远端。继续将瘻管和直肠盲端向近端游离 3 ~

4 cm,分离时注意保持瘻管的完整,尤其分离阴道直肠间隔时勿损伤直肠,阴道壁损伤时及时修补。在电刺激仪的引导下找到外括约肌中心,作为 X 形切口的交叉点,分别切开约 1.2 cm 的皮肤切口,钝性分离皮下组织,用血管钳穿过肛门外括约肌中心,并扩大此隧道至瘻管及直肠盲端能从此切口拖出,钳夹牵引拖出已游离的瘻管和直肠盲端,若瘻口较小可将瘻管后壁纵切少许。将直肠浆肌层与周围肌肉间断缝合固定,再将瘻口与皮肤切口对应间断缝合。原瘻口处切口依次间断缝合,恢复女婴正常会阴外观。最后用指状油纱布卷填塞固定于肛门内,压迫止血,24 h 后取出。

三、术后处理

术后禁食 1 d,应用抗生素 5 ~ 7 d,保持肛周清洁,并每日应用烤灯数次,保持切口干燥。

结 果

21 例中,甲级愈合 19 例,乙级愈合 2 例,无一例切口裂开。21 例均获随访,随访时间半年至 6 年,肛门及会阴外观均无明显异常,无肛门狭窄、大便失禁,无直肠回缩及复发肛瘻。按临床评分标准进行评价,21 例排便控制功能均为优。2 例出现切口感染者,每天用碘伏清洁数次,经上述处理后均愈合良好。术后 2 ~ 3 周开始扩肛,持续半年以上。

讨 论

无肛前庭瘻多属低位肛门直肠畸形,手术方法有多种,大体可分为两类:保留瘻管手术和不保留瘻管手术。保留瘻管手术如前矢状入路瘻管分离术、

横行球拍式切口瘻管分离术因保留内括约肌、齿状线的完整性,对维持正常排便反射非常必要,受到更多重视^[1-2]。以往采用的后切术及后矢状位手术,不能保持内括约肌的完整性,术后并发症较多。自行设计保留瘻管的会阴肛门成形术有如下特点:①切口:瘻口周围环形切口后切 0.5 cm,此切口容易在直视下完成瘻管及直肠盲端的分离,分离完成后切口几乎呈纵梭形,分层缝合后新肛门与女阴之间保持适当距离,对预防泌尿系感染有利。保留肛门切口与瘻口处切口之间的皮肤、皮下软组织等,并形成桥状,即使切口感染,会阴体裂开的可能性也小,且易于术后肛门护理。②Foley 氏导尿管的应用:术前瘻口置入 8 号导尿管,可起牵引线的作用,能避免瘻口缝牵引线或组织钳钳夹牵引对瘻管壁的损伤。导尿管气囊紧贴瘻管壁,可避免肠内容物流出对切口造成污染。分离瘻管及直肠壁时犹如分离囊性包块,层次清晰,操作容易进行,可减少周围组织的损伤。③形成新肛门:完整保留瘻口及远端齿状线、内括约肌结构,X 型切口以外括约肌中心为中点,拖出的瘻管及直肠末端通过耻骨直肠肌环和外括约肌中心,恢复了正常解剖关系,符合排便的生理特点。④手术年龄:手术年龄以 6 个月左右为宜^[3]。此阶

段的患儿会阴部有一定发育,各肌群结构较清晰,辨认和分离较容易,便于术中解剖和手术操作,受损伤的机会少,术后并发症少。

无肛前庭瘻治疗的理想术式是在保证良好排便功能的前提下恢复正常女阴外观。本文介绍的手术方法不切除瘻口及直肠盲端,以保留尽可能多的具有神经感受器的肌层和直肠黏膜,可维持正常的排便反射。钝性分离外括约肌,对外括约肌损伤较轻,瘻管通过外括约肌中心,保证了术后恢复良好的排便功能。不破坏会阴体,新形成肛门与会阴之间距离适当,恢复了正常的女性会阴外观,是治疗无肛前庭瘻的合理术式。

参考文献

- 1 陈亚军,王燕霞,魏临淇,等. 前矢状入路手术治疗无肛前庭瘻[J]. 中华小儿外科杂志,2003, 24(4):381-382.
- 2 耿其明,徐小群,邢美芬. 横行球拍式-X 形切口治疗小婴儿无肛前庭瘻[J]. 实用儿科临床杂志,2002,17(6):690-691.
- 3 王果,冯杰雄. 小儿腹部外科学[M]. 第 2 版,北京:人民卫生出版社,2011,413-414.

(上接第 427 页)

重复肾的手术治疗较复杂,但只要掌握其手术要领,可显著减少并发症的发生,疗效肯定。

参考文献

- 1 Kazemi-Rashed F, Simforoosh N. Gil-Vernet antireflux surgery in treatment of lower polereflux[J]. J Urol,2005,179:20-22.
- 2 孟一森,虞巍,吴士良,等. 重复肾合并肾盂输尿管连接部梗阻的诊治特点分析[J]. 中华泌尿外科杂志,2011,32(3):192-195.
- 3 吴介平. 泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2004:499-500.
- 4 易欣,高虹,樊伟,等. 小儿重复肾及合并畸形的超声诊断[J]. 昆明医学院学报,2010,(11):140-142.
- 5 杨雁. IVU、CTU 与 MRU 对儿童重复肾畸形的诊断价值[J]. 南通大学学报(医学版),2010,30(6):473-475.
- 6 张雄伟,陈强文,周练兴,等. 伴有症状重复肾输尿管畸形 23 例诊治分析[J]. 中国临床新医学,2010,3(4):335-338.
- 7 Tondeur MC, De Palma D, Roca I, et al. Interobserver reproducibility in reporting on renal cortical scintigraphy in children: a large collaborative study[J]. Nucl Med Commun, 2009,30(4):258-262.
- 8 杨艳芳. 小儿重复肾畸形的早期诊断和治疗[J]. 实用儿科临床杂志,2008,23(9):711-712.
- 9 皱慈,于德新,方卫华,等. 腹腔镜与开放性重复肾输尿管切除术的比较[J]. 临床泌尿外科杂志,2010,25(2):110-115.