

手段,能迅速有效地清除血肿,减少血肿对周围脑组织的压迫,降低颅内压。传统开颅手术创伤大,清除血肿的同时可能增加对脑组织的损伤,手术时间长,失血多,需全身麻醉,所引起的损伤、水肿反应重,特别是年老体弱、心肺功能差的患者,术后病情往往加重,病死率居高不下。

3.2 微创手术治疗基底节区脑出血的优势 近年来开展的微创颅内血肿清除术为治疗颅内血肿开辟了一条崭新的治疗途径。尤其是微创手术治疗基底节区脑出血得到了较大的发展^[5]。其主要原因是由于微创手术在局麻下进行,操作简单,易于掌握,创伤很小,恢复快,并发症少,可以早期、快速地清除脑出血,挽救患者生命,基层医生经过培训都能熟练开展此项技术,对年老体弱、心肺功能差、不能接受全身麻醉的患者能体现优越性;穿刺针设计特殊,穿刺时避开重要血管及功能区,一般不会损伤脑组织,减少并发症的发生;颅内血肿早期手术可大大降低患者的病死率及致残率,故近年来在基层医院该技术已越来越多地运用于临床,患者反映很好,且费用较低。

3.3 手术时机与预后 对手术时机的选择传统观点认为,高血压脑出血应在发病后 2 周手术,近代观点认为应在 24~48 h 手术较为理想,当今研究认为,高血压脑出血一般在出血 20~30 min 形成血肿,62% 的患者出血 2 h 后不再继续出血,血肿周围脑组织产生病理变化,在脑出血发病 6~7 h 后逐渐明显,

此后的脑损害为不可逆性。目前由于神经影像技术对血肿的准确定位,国内外多数作者采用早期或超早期手术^[6]。结合临床经验,作者认为,在出血后 6 h 内手术,对降低病死率和改善早期临床治疗效果具有积极的意义。

参考文献

- [1] 孟宏武, 安尼瓦尔, 陈银. 高血压脑出血微创穿刺治疗 80 例疗效分析[J]. 医学信息: 临床医学, 2011, 24(1): 83.
- [2] 冯铁桥. 高血压脑出血微创穿刺治疗 42 例疗效观察[J]. 海南医学, 2010, 21(1): 64-65.
- [3] 王光进, 刘明超. 高血压脑出血微创引流 70 例疗效观察[J]. 临床合理用药, 2011, 4(2B): 85.
- [4] 张鑑忠. 微创穿刺碎吸血肿治疗高血压脑出血的临床疗效分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2007, 6(12): 84-85.
- [5] 卫保林, 曾引翠. 高血压脑出血微创血肿清除术及其影响因素[J]. 山西医药杂志, 2011, 40(1): 32.
- [6] 刘宗惠, 李士月, 田增民, 等. 立体定向手术治疗高血压脑出血[J]. 中华神经外科杂志, 1994, 10(3): 160.

(收稿日期: 2011-07-19)

· 临床研究 ·

直肠肛管癌腹腔镜两种乙状结肠永久性造口术疗效观察

徐永鸿(重庆市巴南区人民医院普通外科 401320)

【摘要】 目的 通过对比分析,评价腹腔镜直肠肛管癌腹膜内与腹膜外乙状结肠永久性造口术的临床疗效。**方法** 回顾性分析 240 例行腹腔镜直肠肛管癌永久性造口术的临床资料,其中 120 例行腹膜外乙状结肠永久性造口术为实验组,120 例行腹膜内乙状结肠永久性造口术为对照组。比较两组患者造口术后排便控制功能恢复情况。所有病例均获随访,平均随访 2.8 年(2~4 年)。**结果** 实验组术后 3 个月内排便控制功能的恢复情况明显优于对照组($P < 0.01$)。实验组术后有排便感 108 例(90.0%),对照组术后有排便感 72 例(60.0%),两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。实验组术后无排便控制功能 12 例(10%),对照组术后无排便控制功能 48 例(40%),两组差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 腹腔镜直肠肛管癌手术中腹膜外乙状结肠永久性造口术较腹膜内乙状结肠永久性造口术后排便控制功能早期(3 个月内)恢复较好,而 3 个月后两组恢复情况无明显差异。在术后是否获得排便感方面腹膜外乙状结肠永久性造口术较腹膜内乙状结肠永久性造口术也有优势。因此,腹腔镜直肠肛管癌手术中腹膜外乙状结肠永久性造口术可明显提高患者术后生存质量,值得临床推广使用。

【关键词】 直肠肿瘤; 肛管; 结肠造口术; 结肠,乙状; 腹腔镜检查; 排便

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.040 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)17-2120-02

2006 年 5 月至 2008 年 5 月,本院普外科对腹腔镜直肠肛管癌患者采取腹膜外和腹膜内乙状结肠永久性造口术两种手术方法各观察 120 例,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对 2006 年 5 月至 2008 年 5 月直肠肛管癌需行腹腔镜乙状结肠永久性造口患者 240 例,根据患者入院先后顺序连续间隔将病例分为实验组和对照组进行手术。实验组和对照组选择病例条件完全相同:距肛缘 5 cm 以下直肠癌或肛管癌,肿瘤有条件行根治性切除,且患者全身情况能耐受手术者。实验组男 66 例,女 54 例,年龄 24~85 岁,平均(58.6±6.83)岁。其中直肠癌 112 例,肛管癌 8 例。112 例直肠癌中, Dukes A 期 6 例, Dukes B 期 55 例, Dukes C 期 51 例。平均住院天数 15.6 d。对照组男 62 例,女 58 例,年龄 30~78 岁,平

均(59.2±7.26)岁。其中直肠癌 106 例,肛管癌 14 例。106 例直肠癌中, Dukes A 期 4 例, Dukes B 期 54 例, Dukes C 期 48 例。平均住院天数 16.2 d。手术后实验组和对照组采取相同的规范化治疗方案:预防性抗生素选择头孢 2 代,术前 0.5~2 h 围手术期用药,术后前 3 d 使用抗生素。术后 10 d 开始化疗。全部患者生存 1 年以上。

1.2 手术方法 实验组患者麻醉满意后,取头低脚高截石位,建立人工气腹,脐上或下 10 mm 处作 10 mm 戳孔作为观察孔,左、右麦氏点外侧 10 mm 处分别作 5 mm 戳孔作为辅助操作孔,右腹股沟韧带中点内上方 30 mm 处作 10 mm 戳孔作为主操作孔。用超声刀高位游离切断肠系膜下血管,向下全系膜切除游离直肠至显示肛提肌,选择乙状结肠离断处,用微量美蓝染色做好标记。从肠系膜下血管离断处根部开始用超声刀游

离乙状结肠系膜至美蓝标识处。用 2 根约 20 cm 长鸡肠带分别结扎美蓝标识处的近、远端乙状结肠,用超声刀离断乙状结肠。以左麦氏点外侧辅助操作孔为中心作一直径 3 cm 造口,切开皮下,“十”字切开腹外斜肌腱膜,钝性分离腹内斜肌、腹横肌,显示腹膜,不切开腹膜,在腹膜外腹横肌和腹膜之间用手向后方潜行钝性游离腹膜直至乙状结肠系膜根部左侧壁层腹膜切开处,用右手食指和中指扩大此隧道至 2~3 指,以乙状结肠及系膜通过无压迫为宜。在腹腔镜引导下用长止血钳经腹膜外隧道进入腹腔,将已离断的乙状结肠近端从隧道拖出造口外,拖出过程中注意确保乙状结肠系膜无扭转、无张力。缝合固定乙状结肠浆肌层和腹外斜肌腱膜 4~6 针,平腹壁皮肤切断乙状结肠系膜,高出皮肤 1.5 cm 离断乙状结肠,外翻缝合乙状结肠肠壁和皮肤。造瘘口外翻形成的乳头高出皮肤约 1 cm。会阴部手术同开腹 miles 手术,移出标本。盆底放置一袢式引流管从会阴部另戳孔引出。对照组直接将乙状结肠从腹壁切口提出造口,因在腹腔镜条件下关闭乙状结肠肠袢与左侧腹壁之间的间隙暴露很困难,故本组均未关闭乙状结肠肠袢与左侧腹壁之间的间隙。

1.3 造口术后排便控制功能情况的评判标准 本组将造口术后排便控制功能情况分为 4 种:(1)排便控制功能好,出现排便感时间小于或等于 3 个月,出现排便感后排便次数小于或等于 2 次/天;(2)排便控制功能良好,出现排便感时间大于 3 个月,出现排便感后排便次数小于或等于 2 次/天;(3)排便控制功能差,出现排便感时间大于 3 个月,出现排便感后排便次数大于 2 次/天;(4)无排便控制功能,术后患者没有排便感,排便次数不论。

1.4 统计学处理 用 SPSS11.0 统计软件进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

实验组术后排便控制功能好 68 例(56.7%),对照组术后排便控制功能好 38 例(31.7%),两组比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 8.49, P < 0.01$)。实验组术后排便控制功能良好 30 例(25.0%),对照组术后排便控制功能良好 27 例(22.5%),两组比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.16, P > 0.05$)。实验组术后排便控制功能差 10 例(8.3%),对照组术后排便控制功能差 7 例(5.8%),两组比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.53, P > 0.05$)。实验组术后无排便控制功能 12 例(8.3%),对照组术后无排便控制功能 48 例(40.0%),两组比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 21.6, P < 0.01$)。实验组总计有排便控制功能 108 例(90.0%),对照组有排便控制功能 72 例(60.0%),两组比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 7.2, P < 0.05$)。上述统计说明,腹膜外乙状结肠永久性造口术的术后 3 个月内排便控制功能的恢复情况明显优于腹膜内乙状结肠永久性造口术($P < 0.01$),而 3 个月后此种优势则不明显。在患者术后是否获得排便感方面腹膜外乙状结肠永久性造口术较腹膜内乙状结肠永久性造口术有优势($P < 0.05$),见表 1。

表 1 实验组和对照组术后排便控制功能结果比较

组别	n	有排便控制功能			无排便控制功能
		好	良好	差	
实验组	120	68	30	10	12
对照组	120	38	27	7	48

3 讨 论

随着腹腔镜在直肠癌手术中运用越来越广,直肠肛管癌腹腔镜手术中乙状结肠永久性造口术的术后并发症及排便功能的恢复问题也越来越得到广泛关注。但在有些情况下腹腔镜缝合技术难以施展,而且会延长手术时间,所以目前大多数医生还是采取直接将乙状结肠从腹壁切口提出造口这种方式,腹膜外乙状结肠永久性造口术还不为广大医生所接受^[1]。但若施行腹膜外乙状结肠永久性造口术,则有助于减少造口并发症的发生,更重要的是可以使患者的排便控制功能大为改善,明显提高了患者的生存质量^[2-3]。腹膜外乙状结肠永久性造口术较腹膜内乙状结肠永久性造口术之所以在大便控制功能恢复方面有明显优势,主要基于以下三方面原因:(1)腹膜外乙状结肠造口通过腹膜外隧道开口于腹壁,形成一个弧形弯曲,有类似乙状结肠贮袋的作用,使粪便在肠内停留时间更长,利于粪便成形^[4]。(2)从解剖学角度来看,腹横肌的神经支配发自胸神经前支的肋间神经第一腰神经前支,当大便通过腹横肌深面时,会刺激腹横肌收缩,同时提高腹压,从而在乙状结肠腔内形成一定压力,使粪便通过时停留时间延长。当粪便在肠腔内贮留到一定量时,压力突破,大便解出,起到了部分类似肛门括约肌的作用^[5]。(3)另外,从解剖学角度来看,壁腹膜感觉神经主要来自下面 5 对肋神经和肋下神经,壁腹膜有丰富的感觉神经末梢,对机械、温热、化学物质的刺激都很敏感,当粪便通过时,可引起局部刺激,从而使患者有排便感^[6]。所以在术后早期(3 个月内)腹膜外乙状结肠永久性造口术排便功能的恢复情况明显优于腹膜内乙状结肠永久性造口术。至于 3 个月为什么两组出现排便感的病例无明显差异,作者认为可能与腹横肌及壁层腹膜在术后很快恢复正常收缩功能及感觉功能有关。

通过对两组乙状结肠永久性造口术的疗效观察及对比分析发现,在早期排便控制功能的恢复上腹膜外乙状结肠永久性造口术较腹膜内乙状结肠永久性造口术有明显优势($P < 0.01$)。在患者术后是否获得排便感方面腹膜外乙状结肠永久性造口术较腹膜内乙状结肠永久性造口术也有优势($P < 0.05$)。

参考文献

[1] 赵渭东,卜智斌,蔡长友,等. 经腹膜外乙状结肠造口术 62 例分析[J]. 陕西医学杂志, 2009, 38(10): 1389.
 [2] 渠时学,谢光伟,丁硕,等. 腹膜外乙状结肠造口术在腹腔镜 Miles 术中的应用[J]. 腹腔镜外科杂志, 2008, 13(1): 31-32.
 [3] 吴绍豪,徐敏,郑凯,等. 腹膜外乙状结肠造口术临床分析[J]. 中国现代医生, 2008, 46(1): 59-60.
 [4] 李培,郭云,唐宗江. 乙状结肠两种造口方式术后排便功能及并发症的观察和对比[J]. 腹部外科, 2007, 20(5): 302.
 [5] 单保安,计小刚,李庆春,等. 两种乙状结肠造口术后造口并发症的对比分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2006, 13(4): 450-451.
 [6] 陈新谦,余有豫. 新编药理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1993: 331-332.