

· 临床研究报道 ·

前会阴入路手术在女孩肛门直肠疾病中的应用

陈亚军, 刘荫堂, 张金哲

(首都医科大学附属北京儿童医院外科, 北京 100045)

[摘要] **目的** 讨论及评估前会阴入路治疗先天性无肛前庭瘻、后天性直肠前庭瘻及会阴Ⅲ°裂伤的手术方法及效果。**方法** 对214例前会阴入路手术的临床资料进行总结分析。其中先天性无肛前庭瘻组41例, 后天性直肠前庭瘻组166例, 会阴Ⅲ°裂伤组7例。前会阴入路先天性无肛前庭瘻手术方法: 完整游离瘻口及充分游离直肠, 在电刺激仪引导下, 将游离之直肠置于横纹肌复合体中心; 利用瘻口和两侧的耻尾肌分别成形肛管和重建会阴体。后天性直肠前庭瘻及会阴Ⅲ°裂伤前会阴入路手术仅需游离直肠前壁及两侧壁, 前者切除瘻管和在无张力情况下修补直肠前壁缺损; 后者在电刺激仪引导下确定外括约肌断端并原位修复外括约肌。**结果** 先天性无肛前庭瘻组41例及会阴裂伤组7例患儿会阴部切口均Ⅰ期愈合。术后3个月及半年常规复诊, 患儿会阴及肛门外观正常; 采用肛门功能临床评分标准评估其排便功能, 两组总评分均为优。后天性直肠前庭瘻组166例, 术后痊愈156例(94%); 瘻管复发患儿经3%硼酸液坐浴后, 60%瘻口自行愈合。**结论** 前会阴入路手术治疗先天性无肛前庭瘻、后天性直肠前庭瘻及会阴Ⅲ°裂伤是一种合理、可靠的手术方法, 效果满意。

[中国当代儿科杂志, 2004, 6(5): 416-418]

[关键词] 肛门直肠畸形; 损伤; 手术; 儿童

[中图分类号] R657.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2004)05-0416-03

先天性无肛前庭瘻及后天性直肠前庭瘻是女孩常见的肛门直肠疾病^[1]。其手术方法较多, 尤其是先天性无肛前庭瘻, 以往较多采用的后切和骶会阴肛管成形术, 因不能保证位于瘻口处的内括约肌的完整性, 术后会阴外观或排便功能不满意^[2]。自1990年1月至2003年6月, 本研究采用经前会阴入路手术治疗先天性无肛前庭瘻、后天性直肠前庭瘻及会阴Ⅲ°裂伤214例, 效果满意。现将手术要点及体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组患儿共214例, 其中先天性无肛前庭瘻41例, 后天性直肠前庭瘻166例, 会阴Ⅲ°裂伤7例。先天性无肛前庭瘻组患儿年龄为3个月至16岁, 平均10个月; 后天性直肠前庭瘻组患儿年龄为5个月至14岁, 平均3.6岁; 会阴裂伤组患儿年龄为3~12岁, 平均7.5岁。先天性无肛前庭瘻和后天性直肠前庭瘻之瘻口多位于前庭部舟状窝处。7例会阴Ⅲ°裂伤均是由于后天性直肠前庭瘻误行瘻管切开

或挂线造成的会阴及肛门括约肌断裂, 患儿会阴体及会阴皮肤桥消失, 阴道口紧贴裂开的直肠前壁, 肛门括约肌断端向两侧回缩, 直肠粘膜外露。患儿因内、外括约肌损伤, 遗有程度不同的大便失禁。采用肛门功能临床评分标准^[3]评估其排便功能, 评分在3~4分之间。

1.2 术前准备

术前口服3d灭滴灵片和庆大霉素口服液, 并于手术日前晚和当日晨各清洁洗肠1次。学龄及以上儿童手术前禁食1d, 有利于清洁洗肠和术后延缓排便。

1.3 手术方法

经瘻口向直肠腔内顺序填塞无菌绷带以阻止肠内容物外溢干扰手术及污染伤口。填塞多少视患儿年龄而定, 幼儿一般填塞绷带卷的1/3。

先天性无肛前庭瘻前会阴入路手术: 瘻口缝4~6根牵引线, 沿牵引线外及在瘻口与肛穴间纵形切开皮肤。牵拉瘻口牵引线, 用电刀游离瘻口和分离直肠阴道间隔(勿损伤直肠及阴道, 若有损伤要及时修补), 充分游离直肠约5~6cm, 在电刺激仪引导下纵形正中劈开外括约肌前部, 将直肠置于横纹

[收稿日期] 2003-10-04; [修回日期] 2004-01-10

[作者简介] 陈亚军(1964-), 男, 博士, 副主任医师。主攻方向: 小儿肛门直肠畸形临床及基础研究。

肌复合体中心,然后原位修复括约肌。利用瘻口和两侧的耻尾肌分别成形肛门和重建会阴体,恢复女童正常会阴外观。

后天性直肠前庭瘻及会阴Ⅲ°裂伤前会阴入路手术,仅需游离直肠前壁及两侧壁,前者需彻底切除瘻管组织和在无张力情况下修补直肠前壁缺损;后者在电刺激仪引导下确定外括约肌断端并原位修复外括约肌。两者均利用两侧的耻尾肌重建会阴体。

1.4 术后处理

术后常规禁食3d,可饮水。抗生素静脉点滴3~5d。局部随时清洁,每日烤灯3~5次,保持会阴部干燥。先天性无肛前庭瘻组患儿术后需扩肛半年。扩肛自术后2周开始,要求每日定时进行,每次维持15min,在扩肛的同时使患儿养成定时排便的习惯。

2 结果

先天性无肛前庭瘻组患儿会阴部矢状切口均Ⅰ期愈合。术后3个月及6个月常规来院复诊,最长随访6年。患儿会阴及肛门外观正常,同时采用肛门功能临床评分标准评估患儿排便功能,少数患儿偶有便秘,总评分均为优。后天性直肠前庭瘻组,术后痊愈156例,瘻管复发10例(6.0%),其中6例经3%硼酸液坐浴后,瘻口于15d左右自行愈合。会阴裂伤组患儿会阴部切口均Ⅰ期愈合,随访时间1~7年,平均随访3.5年。患儿会阴及肛门外观正常,肛门功能临床评分均达到6分。

3 讨论

女孩肛门直肠疾病以先天性无肛前庭瘻和后天性直肠前庭瘻最为常见。女孩肛门直肠畸形总的发生率是1.12/万,其中约2/3是合并瘻口的低位无肛^[1]。后天性直肠前庭瘻无具体发病率的统计,但每年收治人数与先天性无肛前庭瘻相当。女孩会阴Ⅲ°裂伤少见,本组7例患儿均是由于后天性直肠前庭瘻处理不当造成,为医源性损伤。其发生率占本院同期收治后天性直肠前庭瘻患儿的4.4%,此比例应当引起重视。后天性直肠前庭瘻切忌瘻管切开和挂线手术,这是由于女孩前庭部组织薄弱,仅有肛门括约肌而缺乏其他肌肉和皮下组织,一旦行瘻管切开或挂线手术,将造成外括约肌断裂,因周围无其他组织支撑,肛门括约肌断端向两侧回缩,使切口难以愈合,最终造成会阴Ⅲ°裂伤。

先天性无肛前庭瘻治疗的理想术式应是在保证良好排便功能的前提下恢复其正常女阴外观^[4]。前会阴入路手术基本满足了上述要求。首先,该术式完整的保留了瘻口,有研究认为^[5~8],无肛前庭瘻瘻口有发育良好的内括约肌和齿状线结构,直肠静息压75%以上由内括约肌维持,齿状线分布着高度特化的感觉神经终末组织带,是排便反射的诱发区,因此肛门内括约肌和齿状线是排便节制的重要基础。保留瘻口同时还避免了其他术式术后常出现的直肠粘膜外翻。另外,在直视和电刺激仪引导下可准确的将游离的直肠置于横纹肌复合体中心,重建会阴体。上述两点最大限度的保证了术后获得良好的排便功能,同时也恢复了正常的女性会阴外观。

后天性直肠前庭瘻常用的术式主要有经直肠和前会阴入路手术^[9,10]。前会阴入路手术可直视下处理瘻管及修补直肠前壁缺损;手术视野清楚,便于手术操作。尤其对于直肠前壁瘻口较大及前庭部瘻口位于大阴唇处的患儿,可在无张力条件下准确缝合直肠壁之缺损,恢复会阴部外观。近来,在原有手术的基础上笔者又对瘻口较小及外口位于舟状窝处患儿的手术做了一些改进,具体操作为:切开阴唇后连合,暴露瘻口,在瘻口缝牵引线,提起牵引线用针形电刀由瘻管外口向内口游离瘻管至直肠壁处,缝扎并切除瘻管(一般瘻管长度约0.8cm),缝合切口两侧的耻尾肌并逐层缝合切口。该操作的优点是分离范围小,对患儿的损伤较轻、愈合好。另外,直肠前壁齿状线处的瘻管内口原位缝合,对齿状线的完整性无影响。

会阴裂伤前会阴入路肛门外括约肌修复、会阴体重建手术,可充分游离直肠阴道间隔,直视下解剖和在电刺激仪引导下确认断裂之肛门括约肌断端,使外括约肌在直视下准确对位,同时利用两侧的耻尾肌形成新的会阴体,达到修复外括约肌及重建会阴的目的。

要保证手术的成功,术中需注意以下几点:①向直肠腔内填塞无菌绷带,以防肠内容物在手术操作过程中干扰手术及污染切口;②分离直肠阴道间隔时,用针形电刀锐性分离,勿用血管钳钝性分离,这样可减少出血并保持一个良好的手术视野;③利用两侧的耻尾肌形成新的会阴体时,缝合要到位,勿留死腔。

先天性无肛前庭瘻前会阴入路肛门成形手术年龄以6个月左右为宜^[11]。患儿出生后因有瘻口,多能自行排便,可不急于手术。患儿3~4个月开始添加辅食,大便性状随饮食结构变化而改变,患儿可出

现排便困难。此时会阴部已有一定发育,便于术中解剖和手术操作,所以此阶段手术较为适宜。后天性直肠前庭瘻手术年龄的选择以6个月以上为宜,1~3岁为最佳手术年龄。本组术后瘻管复发患儿年龄多在6岁以上,因此较大儿童手术操作一定要更加注意。若瘻管复发,可用3%硼酸液坐浴,待感染控制后,半数可自行愈合。会阴裂伤组患儿年龄均在3岁以上,我们体会前会阴入路外括约肌修复、会阴体重建手术,手术年龄的选择以3岁以上为宜。

前会阴入路手术治疗先天性无肛前庭瘻、后天性直肠前庭瘻和会阴Ⅲ°损伤不需腹部结肠造瘻粪便转流,若注意术前、术中及术后各重要环节,同样可以高质量的完成手术,取得满意效果。

[参 考 文 献]

[1] 梁娟,王艳萍,代礼,周光莹,朱军,缪蕾. 中国人直肠肛门畸形1262例分析[J]. 中华小儿外科杂志,1999,20(1):9-11.

[2] Wakhlu A, Pandey A, Prasad A, Kureel SN, Tandon RK, Wakhlu AK. Anterior sagittal anorectoplasty for anorectal malformations and perineal trauma in the female child [J]. J Pediatr Surg, 1996, 31(9): 1236-1240.

[3] 王慧贞,李正. 肛门成形术后肛门功能测定标准的初步意见

[J]. 中华小儿外科杂志,1985,6(2):116-117.

[4] Okada A, Kamata S, Imura K, Fukuzawa M, Kubota A, Yagi M, et al. Anterior sagittal anorectoplasty for rectovestibular and anovestibular fistula [J]. J Pediatr Surg, 1992, 27(1): 85-88.

[5] Lambrecht W, Lierse W. The internal sphincter in anorectal malformations: morphologic investigations in neonatal pigs [J]. J Pediatr Surg, 1987, 22(12): 1160-1166.

[6] 刘颖,王练英,李正. 先天性肛门直肠畸形鼠仔的病理特点[J]. 中华小儿外科杂志,1996,17(1):37-39.

[7] 王常林,李正,霍宏慎,王慧贞. 肛门直肠畸形的盆腔结构观察[J]. 中华小儿外科杂志,1983,4(2):65-67.

[8] Rintala R, Lindahl H, Sariola H, Rapola J, Louhimo I. The rectourogenital connection in anorectal malformations is an ectopic anal canal [J]. J Pediatr Surg, 1990, 25(6): 665-668.

[9] 陈亚军,牛忠英,张金哲,刘荫堂,李龙,王大勇. 经会阴儿童后天性直肠前庭瘻的手术治疗[J]. 实用儿科临床杂志,2001,16(4):242-243.

[10] 陈亚军,魏临淇,王永红,高洪波. 经直肠手术治疗女童后天性直肠前庭瘻91例[J]. 实用儿科临床杂志,2003,18(5):393-394.

[11] 陈亚军,王燕霞,魏临淇,张金哲. 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.

(本文编辑:吉耕中)

• 消息 •

欢迎订阅《医学信息》

《医学信息》创刊于1987年,由中华人民共和国卫生部主管,是国家科技部和新闻出版总署批准的国家级科技期刊,中国学术期刊综合评价数据库统计源期刊,中国核心期刊(遴选)数据库收录期刊,中国期刊全文数据库全文收录期刊,中国期刊网、中国学术期刊(光盘版)全文收录期刊。

《医学信息》为更好地服务于作者和读者,在原有风格、栏目不变的基础上,特扩大增设了新的栏目。本刊主要栏目如下:

• 医学信息学:专家述评、生物医学信息学、临床医学信息学、医学信息学技术与教育、医学图书与情报、管理信息、学科动态等。

• 临床医学:述评、专题、论著、中西医临床(内、外、妇、儿、皮肤、五官、烧伤、整形、美容、护理等)、经验交流、综述、短篇报道等。

《医学信息》为月刊,刊号:ISSN 1006-1959 CN 61-1278/R,国内外公开发行人,信息量大,内容新颖、实用、权威,是本专业领域的唯一学术期刊,是国内论文审核、刊发最快的杂志,是从事医学科学研究、教学、管理、开发应用、临床工作和晋职、晋升的必备读物。欢迎用快捷方式(E-mail)投稿,欢迎推荐稿件,请务必在文稿中注明E-mail地址和电话号码,自收稿日起30日内回复是否录用通知,3~4个月刊发。全国各地邮局均可订阅,邮发代号:52-98,每册定价8.00元。编辑部常年办理邮购业务,热忱细心为您服务。

通联:陕西省西安市188号信箱《医学信息》编辑部;地址:陕西省西安市新科路1号东兴科技大厦12层;邮编:710043;E-mail:yxxx1987@126.com;电话:029-82213414 82251091-8836;传真:029-82251091-8818。