

· 短篇及病例报道 ·

# “敞开式”括约肌修补法在 2 例重度肛管直肠环撕裂伤手术中的应用

程海玉, 张汝一, 颜登国, 姬清华, 甄运环, 李国胜  
(贵阳医学院附属医院结直肠肛门外科, 贵阳 550004)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.14.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)14-1453-02

目前,对腹膜外直肠损伤是否修补意见虽然不一致,但早期清创、充分引流及粪流改道等基本原则已成为共识<sup>[1]</sup>。位于肛提肌及以下水平的重度损伤多为开放性撕裂伤,由于损伤及污染范围广,且患者一般情况往往较差,并存损伤严重,加之修补容易失败,通常采用局部清创引流,近端结肠造瘘,对已断裂的括约肌不作勉强修补,Ⅱ期根据直肠肛管功能行括约肌修补术或重建术<sup>[1-3]</sup>。现将本院尝试采用“敞开式”括约肌修补法对 2 例重度肛门撕裂伤患者行 I 期清创修补的疗效报道如下。

## 1 临床资料

病例 1:男,38 岁,因右下肢钢绳绞轧伤 5 h 入院。查体:患者下腹部压痛、肌紧张,骨盆及右下肢畸形。肛门右侧至右侧股内侧皮肤广泛撕裂,上 1/3 部股内侧皮肤全层撕脱。肛缘环周皮肤及肛管直肠环右侧与周围组织撕脱游离并向上向右侧移位回缩。从会阴部不能看到肛门外形。肛门检查发现肛管直肠环右侧大部撕裂,部分组织缺损达 1/4~1/3 周。留置尿管后见有血尿导出。入院诊断为:(1)失血性休克;(2)骨盆骨折并尿道、重度肛门撕裂伤;(3)右胫腓骨开放性骨折。入院后行急诊手术治疗:(1)剖腹探查、横结肠襻式造瘘术;(2)肛周伤口清创修补术、会阴成形术;(3)右胫腓骨开放性骨折清创、骨折复位固定术。Ⅱ期行右腓肠神经小隐静脉营养血管筋膜皮瓣转移术;手术后 6 个月行结肠造瘘口还纳术。痊愈后出院。

病例 2:男,37 岁,因高处坠落伤 7 h 入院。查体:患者下腹部压痛明显,骨盆显著畸形。肛门右侧大块状组织撕裂,肛门外形消失,肌组织外露,部分断裂。肛门指检:肛门括约肌松弛,肛管直肠环右侧部明显断裂缺损,组织边缘极度不整,肛缘皮肤与周围皮肤环形分离。右侧肛管直肠部向上撕裂距肛缘约 5 cm。距肛缘约 4 cm 处直肠右侧壁可扪及骨折断端,患者疼痛明显。入院诊断:(1)失血性休克;(2)创伤性直肠肛管损伤;(3)骨盆骨折。入院后行急诊手术:(1)剖腹探查术,乙状结肠襻式造瘘术;(2)肛周伤口清创修补术;手术后 5 个月患者会阴部伤口逐步愈合,予行乙状结肠造瘘口还纳术。痊愈后出院。

2 例患者均急诊行剖腹探查术。病例 1 术中发现盆腔巨大血肿外,未探及腹内其他脏器损伤。根据术中情况分别行横结肠或乙状结肠襻式造瘘术。会阴部修补均遵循如下策略:患者手术取截石位,充分暴露会阴部;大量 H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>、0.5% 的聚维酮碘溶液及生理盐水依次充分冲洗创面、肛管及远端直肠;清创时尽量保留肛周直肠的皮肤、黏膜及肌组织;尽量修补齿状线水平上方的直肠壁损伤及部分撕裂的内括约肌组织;对于已撕裂的盆底肌尽量予以修补。对已撕裂的括约肌环不作断端缝合重建括约肌环的修补,而是稍作修剪后将断端在麻醉无张力的情况下缝合附着于邻近未断裂的括约肌上或耻骨直肠肌上,使断裂的括约肌呈敞开的“C”形或马蹄形。最后一期修补缺损肛周皮肤,在撕裂侧皮肤予以敞开,创面呈尖端指向撕裂

方向(向外下)的三角形。术毕于患侧坐骨肛门窝、骶前间隙及撕脱皮下留置多根引流管,作为术后冲洗引流使用。

2 例患者术后 8~10 周肛管会阴部伤口基本愈合,术后 6 个月未发生肛周有慢性瘘管形成;未出现明显肛门狭窄及排便困难;病例 1 在立位排尿时偶有少量粪水污染内裤,但对日常生活影响不大。病例 2 术后 6 个月控便功能满意。

## 2 讨论

肛管直肠部的严重撕裂伤相对较为少见,因伤及肛管直肠环及耻骨直肠肌,伤后易并发肛门失禁、肛门狭窄、复杂性肛瘘及肛周慢性窦道。一般认为,肛提肌以下肛管浅表的开放性撕裂伤,如为单纯性括约肌断裂,伤口小、污染轻者可 I 期按层次缝合并置管引流。如损伤及污染严重则只做清创引流、结肠造瘘,Ⅱ期修补断裂的括约肌。术后因局部瘢痕增生及括约肌短缩,往往需反复扩肛以防止肛管狭窄<sup>[1-3]</sup>。

本文 2 例肛门因钝性外力从周围皮肤及组织环周撕裂性损伤较为罕见。此种损伤类型类似 Sharma 等<sup>[4]</sup>曾报道的会阴部爆裂伤(bursting type perineal injury),表现为钝器损伤后会阴部及肛缘皮肤环周撕裂,肛管直肠复合体向上移位。2 例患者肛管复合体都有不同程度的损伤,病例 1 损伤平面越过了肛提肌水平。由于 2 例患者均并发多脏器损伤,损伤创面大,污染严重,Ⅰ期修补括约肌难度大,术后预期疗效差。采用“敞开式”括约肌修补法,取得了较好疗效。

“敞开式”括约肌修补法是指在修补断裂的肛门括约肌时,不作端对端分层缝合的环形重建肛管直肠环,而是将受损侧肌肉断端呈“C”形或马蹄形固定,以求受损断端与邻近括约肌或耻骨直肠肌附着粘连。如同肛瘘挂线术后的情况,术后不连续的括约肌环仍可起到一定程度的括约能力,避免术后出现控便效果不好。此种方式的修补可最大限度地保留已撕裂受损的括约肌组织,减少由于修补本身对肌组织的进一步损害,也可避免Ⅱ期修补出现肛门狭窄的风险;同时也可降低术后缝合部位感染断裂的概率。由于修补方式相对简单省时,便于在危重患者清创时施行。修补采用 3-0 可吸收抗菌 Vicryl 缝合线修补组织,可有效减低术后的伤口裂开及会阴部疼痛。2 例患者在清创修补的同时均行近端结肠的襻式造瘘,使粪流完全改道。修补完成后在暴露污染的直肠周围间隙放置多根 28 号橡胶引流管,术后早期经引流管大量 0.5% 的聚维酮碘溶液及生理盐水灌注冲洗,确保直肠周围潜在间隙的充分引流,可减轻局部感染的程度。

通过对 2 例重度肛管直肠及会阴部撕裂伤患者的观察及术后近 9 个月的随访,作者认为,“敞开式”括约肌修补法可降低Ⅰ期修补所面临的感染及失败风险,也可在一定程度上避免Ⅱ期修补术后肛门狭窄的可能性,同时手术本身操作相对简单,且对二期修补不构成任何影响。

参考文献:

[1] 汪建平,陈创奇,覃建章,等. 肛管直肠创伤的诊治经验[J]. 腹部外科,2002,15(2):25-27.

[2] Liu XS,Hui XZ,Zhang YD,et al. Diagnosis and treatment of penetrating anorectal wounds[J]. Chin J Traumatol, 2006,9(1):56-58.

[3] 曾俊,胡卫建. 肛管直肠损伤的诊断和治疗[J]. 四川医学,2003,24(10):998-1000.

[4] Sharma D,Rahman H,Mandloi KC,et al. Anorectal avulsion;an unusual rectal injury[J]. Dig Surg,2000,17(2): 193-194.

(收稿日期:2011-12-29 修回日期:2012-02-01)

• 短篇及病例报道 •

# 原发性肝脏多发神经内分泌癌术前误诊为食管癌肝转移 1 例

汪俊科<sup>1</sup>,梁先春<sup>2</sup>,皮儒先<sup>2</sup>,唐 春<sup>2△</sup>

(1. 重庆市渝北区人民医院普外科 401120;2. 第三军医大学大坪医院肝胆外科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.14.051

文献标识码:C

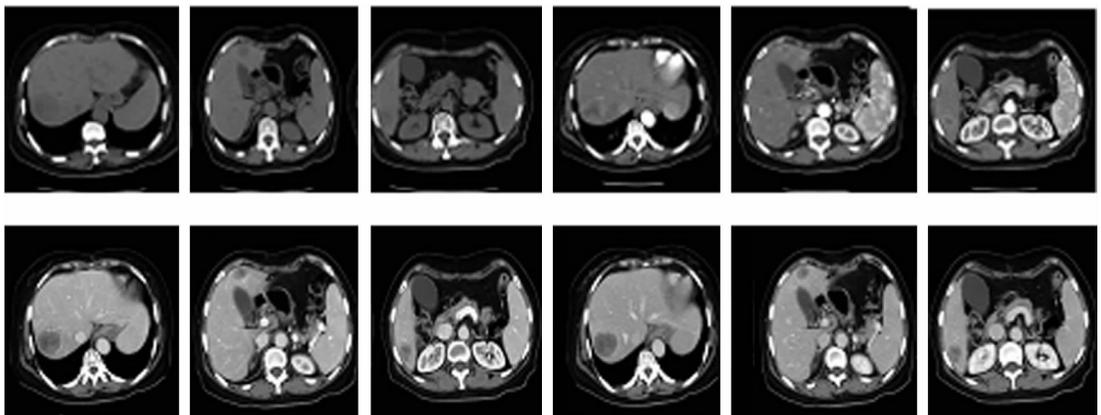
文章编号:1671-8348(2012)14-1454-02

神经内分泌癌属神经内分泌细胞瘤(amine precursor uptake and decarboxylation,APUD)肿瘤或神经内分泌肿瘤,是不常见的肿瘤,发生率约 1.5/10 万。其多发生于支气管、消化道、胰腺等部位。临床上发现的肝脏神经内分泌癌多为肠道、胰腺等处转移所致,原发的罕见。1999 年 Ferrero 等<sup>[1]</sup>报道至今总数也不过 40 余例。而在原发性肝脏神经内分泌癌中,一般多为单发,多发的更为少见。肝脏神经内分泌癌具有神经内分泌特性,能分泌多种肽类和生物胺,是产生类癌综合征的主要物质基础<sup>[2]</sup>。但肝脏神经内分泌癌一般无类癌综合征,可能与神经内分泌产物数量不足或质量缺陷不能激活靶器官而发挥生物学作用有关。本患者术前也未见相关类癌综合征的表现。现将本院原发性肝脏多发神经内分泌癌术前误诊为食管癌肝转移 1 例报道如下。

## 1 临床资料

患者,女,55 岁,2010 年 1 月 30 日因吞咽困难诊断为“上段食管癌”,2010 年 2 月 5 日行“经胸部部分劈开、上段食管癌切除、胃食管颈部吻合术”,术后病理结果:食管溃疡型中等分化鳞癌,伴颈部淋巴结癌组织转移(4/4)。术后给予紫杉醇联合奈达铂化疗 6 个疗程。定期复查 B 超,平均每 2~3 个月复查 1 次。于 2010 年 12 月 27 日常规复查 B 超发现,肝内见大小 0.8 cm×0.6 cm 斑片状强回声,后伴浅淡声影;另见 1.8 cm

×1.6 cm 增强回声,其形态规则,边界清晰,内部回声欠均质,周边可见浅淡声晕增宽。CT 示肝右后上段、右后下段及肝左内段分别见大小约 4.8 cm×4.1 cm、2.5 cm×2.5 cm、2.1 cm×2.0 cm 类圆形组织密度块影,边界欠清晰,增强扫描动脉期病变明显环形强化,门静脉及延迟期环形强化影未见消退(图 1),腹部 CT 其他部位未见明显肿块。考虑食管鳞癌术后肝转移癌,收治入院。入院后查胸部 X 线拍片肺部未见肿块;肝炎标志物示 HBsAg(-),HBcAb(+);AFP 0.87 ng/L,CEA 7.60 ng/mL,CA125 2.80 U/mL,CA 15-3 3.15 U/mL,CA 19-9 1.20 U/mL。2010 年 12 月 31 日予以手术治疗。术中见肝脏 V、VI、VII 段各一包块,完整切除送病理检查。大体:包块大小约 2.5 cm×2.5 cm~5.5 cm×5.5 cm,切面灰白色,质中,与周围肝组织分界不清。镜检:肝神经内分泌癌,周围肝组织纤维组织增生,汇管区慢性炎,肝细胞轻度浊肿(图 1)。免疫组化:SYN(+),CK 5/6(-),Hepa(-),CD34(-),CK19(+),Ki-67(++),P53(-),CD56(++),CgA(++)(封 4 图 2)。术后病理诊断:原发性肝脏神经内分泌癌。术后 1 个月行肝脏氟尿嘧啶(fluorouracil,5-FU)及奈达铂灌注化疗 1 次。随访 4 个月,患者生存良好,定期复查腹部 CT、B 超等,未见复发及转移。



上:普通 CT 扫描;下:增强 CT 扫描。

图 1 原发性肝脏多发神经内分泌癌 CT 影像

△ 通讯作者, Tel: 13320338985; E-mail: tangchun7315@hotmail.com.