

盖——劳氏 (Gersuny-Lowsley) 手术 15 例报告

(输尿管直腸移植, 乙状結腸肛門前造口术)

山东省立医院外科 刘士怡 許純孝

盖——劳氏手术于1895年Mauclair氏实验移植输尿管至直腸, 切断的乙状結腸近端行造口术, 并云乙状結腸近端可能在会阴部造口。其后一二年盖氏Gersuny在两名临床病人, 施行输尿管直腸移植乙状結腸肛門前造口术成功。后由Foges氏在維也納报告, 并在杂志发表。至1953年劳氏Lowsley及江氏Johnson又重新研究施行; 在行此种手术之前; 先用琥珀酸磺胺噻唑或新霉素及内服泻药, 清洁洗腸等, 准备腸道, 应用硬脑膜外麻醉, 采截石位, 下腹經腹直肌切口探查腹腔, 在乙状結腸直腸连接处, 切断腸管, 将输尿管游离, 与切断之腸管远侧端作直接的粘膜对粘膜吻合, 吻合后腸管的多余部分亦两层缝合閉鎖, 在腸間膜根部进行游离, 必要时可切断腸間膜下动脉血管分枝; 以延长近端腸管的长度, 保证其足夠超出会阴部皮肤面, 然后在会阴部肛門直前作半环形皮肤切口, 游离皮下。在肛門外括約肌下方, 用手指向上剥离, 直至骨盆內, 由此將腸管近端拉下, 腸壁末端周圍与皮肤切口缝合。腸管至少高出皮肤面四至六公分, 以待再期手术修切平整。近五年来, 作者施行此种手术共十五例, 男性七例, 女性八例。年龄由两岁至六十一岁。其中因膀胱癌者七例, 外阴癌侵犯尿道及膀胱者一例, 巨大膀胱阴道瘘膀胱后壁及阴道前壁全缺损一例, 膀胱外翻二例, 严重结核性膀胱挛缩, 尿失禁及结核性膀胱阴道瘘三例, 間質性膀胱炎, 合并膀胱阴道瘘一例。全部无手术死亡, 但并发症較多。①手术一例感染四例, 其中一例在手术后两个月死于金黄色葡萄球菌败血症, 其余迅速治愈。②人工肛門口縮回至直腸前壁者六例。③人工肛門口輕度狭窄者三例, 經扩张后治愈。④手术后并发回腸套迭者一例。⑤手术后人工肛門內便血一例。⑥一例六十一岁老年, 手术后肛門括約肌松弛无力, 大小便不能完全控制。⑦术后一例輕度高氯血性酸中毒, 服用硷性藥物症状即消失。手术后随訪情况, 一例术后两个月死于败血症, 两例术后不足半年, 四例失去联系, 三例膀胱癌分别于手术后五、八、九个月死于肿瘤轉移, 一例膀胱癌术后九个月复查亦有肿瘤再发。但皆无上升性感染, 及高氯血性酸中毒症状。另四例为结核性及間質性膀胱炎及膀胱阴道瘘各一例, 膀胱外翻一例, 分别随訪七、九个月, 1年及3年, 全部大小便控制良好, 无高氯血性酸中毒, 及逆行性肾脏感染, 恢复健康及正常生活, 效果滿意。

討 論

(一) 用直腸替代膀胱, 借肛門外括約肌建立乙状結腸排泄大便的管制, 这是盖——劳氏手术全部的创意, 因此, 它在几个基本問題上, 具有显著的优越点: ①大小便管制方面, 当膀胱由癌变破坏或切除之后, 单纯作输尿管直腸移植的手术已施行数十年, 由

于尿粪混合, 产生了一些不可克服的致命性的并发症, 因此已被摒弃, 在确定了尿粪分路的原则下, 现今有很多种不建立排泄方面管制的膀胱替代手术, 如同腸代膀胱术(即Bricker氏手术), 输尿管皮肤移植术, 输尿管直腸移植, 乙状結腸腹壁造口术等等。前两种是尿液在腹壁上渗漏, 后者是直腸代膀胱管制尿液而粪便在腹壁上渗漏, 此等病人虽然应用皮管皮囊等器械以收集排泄物, 仍难以进行正常的生活及社会交往, 不能管制的大小便造口的存在, 一方面增添了许多清洁和器械管理的麻烦工作, 另一方面, 給病人精神上带来长期的严重苦恼, 甚至丧失生活乐趣, 实际上不易被病人接受。现今施行的另一类手术, 是膀胱替代同时建立大小便的管制, 其中有盲腸代膀胱回腸末端腹壁造口术, 用游离的小腸、結腸代膀胱, 其末端与后部尿道吻合术, 用塑料囊代膀胱术, 以及盖——劳氏手术等等。前三者或因管制不良, 或因技术繁难不易成功, 或因功能效果有待观察, 目前的評價上頗有分歧。而盖——劳氏手术施行的經驗就比較成熟, 且也是被一些作者所推荐的; 本組十五例証明, 除老年括約肌松弛之外所有病人借肛門的內、外括約肌之力, 术后迅速建立排尿的管制, 大便的管制建立較迟也較差, 在出院之前也多可达到滿意的程度, 而两个排出口位于会阴, 密切接近, 近似正常的位置。②腸道儲尿的位置最低, 尿液与腸粘膜接触面少, 产生体内电解质紊乱者亦少并易于校正。③游离的直腸当排便时压力大大减低, 据測量在30厘米水柱以下, 术后三例曾作造影証明皆无返流至输尿管与腎盂者。因此, 尿液中縱然感染, 亦限于下部, 而不上升至腎, 以上两者都有利于保存腎脏的功能。本組中一例仅行單純的输尿管直腸移植术, 另一例行输尿管皮肤移植术, 术后皆反复发作腎的上升性感染, 改行盖——劳氏手术之后, 感染发作立即停止。另外盖——劳氏手术亦有其缺点, 如已行直腸切除者不能适应、尿液中含腸粘液、大便的管制不及正常人等。(二) 操作技术上, 本組病人皆在直腸切断面上吻合输尿管, 而非吻合于直腸壶腹部, 操作方便无不良后果, 又在游离乙状結腸时, 只注意保存腸間膜的边缘动脉, 下腸間膜动脉的較大分枝都可切断, 以得到充分的延长, 否則乙状結腸近端造口将因紧张而收縮, 退入肛門內直腸前壁, 类如一次肛、尿粪混合。本組病人中有六例因注意不够, 产生此种情况, 最后, 在老年括約肌松弛病人, 建議同时行肛門外括約肌成形术(將括約肌适当折迭縫紧)如同在一些儿童患者, 当乙状結腸拉下后过于紧张, 有压迫坏死的危险, 可暂时切断外括約肌, 再期手术以缝合修补的道理近似, 这样的作法, 为避免以后的管制不良是有必要的。

(參考文献从略)