

- [17] 李莹,王立峰,韩月恒,等. 葡萄籽提取物原花青素诱导胃癌细胞脱落凋亡[J]. 中国药理学通报, 2008, 20(7): 761-764.
- [18] Bomser JA, Singletary KW, Wallig MA, et al. Inhibition of TPA<sub>2</sub>induced tumor promotion in CD21 mouse epidermis by apolyphenolic fraction from grape seeds[J]. Cancer Lett, 1999, 135(2): 151-157.
- [19] Cui YY, Xie H, Qi KB, et al. Effects of Pinus massoniana bark extract on cell proliferation and apoptosis of human hepatoma BEL-7402 cells [J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(34): 5277-82.
- [20] Ito H, Kobayashi E, Takamatsu Y, et al. Polyphenols from Eriobotrya japonica and their cytotoxicity against human oral tumor cell lines[J]. Chem Pharm Bull, 2000, 48(5): 687-693.
- [21] Yamagishi M, Natsume M, Osakabe N, et al. Chemoprevention of lung carcinogenesis by cacao liquor proanthocyanidins in a male rat multi-Organ carcinogenesis model[J]. Cancer Lett, 2003, 191(1): 49-57.
- [22] Singletary KW, Meline B. Effect of grape seed proanthocyanidins on colon aberrant crypts and breast tumors in a rat dual-organ tumor model [J]. Nutr Cancer, 2001, 39(2): 252-258.
- [23] Meeran SM, Katiyar SK. Grape seed proanthocyanidins promote apoptosis in human epidermoid carcinoma A431 cells through alterations in Cdk1-Cdk-cyclin cascade, and caspase-3 activation via loss of mitochondrial membrane potential [J]. Exp Dermatol, 2007, 16(5): 405-415.
- [24] Sato M, Maulik G, Ray PS, et al. Cardioprotective effects of grape seed proanthocyanidin against ischemic reperfusion injury [J]. J Mol Cell Cardiology, 1999, 31(6): 1289-1297.
- [25] 梁慧敏, 时小燕, 梁志刚, 等. 原花青素对人肝癌细胞 SMMC-7721 的诱导分化作用[J]. 中国医疗前沿, 2010, 21(5): 13-14.

(收稿日期: 2012-02-09 修回日期: 2012-05-12)

• 综 述 •

## 先天性巨结肠手术进展

赵 录 综述, 金先庆 审校

(重庆医科大学附属儿童医院普外科 400014)

**关键词:** 巨结肠; 外科手术; 临床方案

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.27.042

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2012)27-2889-03

先天性巨结肠(Hirschsprung's disease, HD), 又称肠道无神经节细胞症, 其病因是外胚层神经嵴细胞迁移发育过程停顿<sup>[1]</sup>; 组织学改变为远端病变肠管肌层间神经丛和黏膜下神经丛中神经节细胞缺如, 使病变肠段呈持续性痉挛狭窄状态, 导致近端肠管内容物淤滞, 肠管代偿性扩张、肥厚, 形成巨结肠。临床主要表现为胎粪性便秘、呕吐、腹胀等为主的不完全性功能性肠梗阻。其发病率约为 1/2 000~1/5 000, 以男性多见, 男与女之比约为 4:1<sup>[1-2]</sup>。手术治疗是目前根治 HD 的惟一方法, 手术方式主要分为经腹会阴联合手术、经肛门根治术及腹腔镜辅助下巨结肠根治术。本文主要对经肛门 I 期根治术的不同术式进行综述。

### 1 经腹会阴联合手术及腹腔镜辅助下巨结肠根治术

经典的手术方法有结肠切除、盆腔内低直肠结肠吻合术(Rehbein 手术), 拖出型直肠、乙状结肠切除术(Swenson 手术), 结肠切除、直肠后结肠拖出术(Duhamel 手术), 直肠黏膜剥离、结肠于直肠肌鞘内拖出切除术(Soave 手术), 直肠后结肠拖出、结直肠“Z”型吻合术(Ikeda 手术)。Rehbein 手术于 20 世纪 40 年代早期出现, 该术式基本不分离盆腔, 并保留了短段的无神经节细胞肠管, 故术后便秘复发率高, 约为 12.3%<sup>[1]</sup>, 术后坚持长期强力扩肛是其基本要求。Swenson 证明 HD 的基本病理改变是痉挛段神经节细胞缺乏, 故 Swenson 手术针对 Rehbein 手术的不足, 彻底切除了病变肠段, 降低了便秘复发率, 但其在盆腔内广泛游离直肠, 损伤大、出血多、易损伤神

经, 故术后污粪、吻合口瘘、盆腔腹腔感染、切口感染等并发症多。Duhamel 手术则不进行广泛的直肠盆腔分离, 并保留了直肠前壁, 避免了损伤直肠前方的神经, 保护了排尿功能、性功能及排便反射区, 有效地降低了术后排便障碍、吻合口狭窄、吻合口漏的发生率, 其术后吻合口狭窄和吻合漏的发生率分别为 4%~6% 和 3%~8%<sup>[3]</sup>, 但若术后直肠残端保留过长, 则易形成“盲袋综合征”。Soave 手术操作简单, 不损伤盆腔神经、肛门括约肌, 故术后小便潴留及大便失禁的发生率减低<sup>[4]</sup>; 但术中剥离直肠黏膜、保留直肠肌鞘, 易致感染、结肠收缩狭窄、便秘, 其小肠结肠炎发生率为 5%~12%, 结肠收缩狭窄发生率为 7%~12%, 便秘发生率为 8%~12%<sup>[5]</sup>, 且术后需长时间扩肛。Ikeda 手术总结了上述 4 种手术的优缺点, 在保留了 Duhamel 优点的同时, 彻底消除了直肠盲袋及闸门, 是目前公认的经腹腔 HD 根治手术的最佳手术。腹腔镜辅助下巨结肠根治术最早报道于 1994 年, 现在其技术也日趋发展完善, 但随着时间、经验积累, 发现腹腔镜的作用仅限于方便分离肠系膜、取样活检和了解结肠在吻合后有无扭转, 这些在经肛门术式亦基本可以完成<sup>[6]</sup>。

### 2 经肛门拖出巨结肠根治术

**2.1 Torre 手术** Torre 手术体现了 21 世纪微创外科的特点, 最早报道于 1998 年, 该手术主要操作如下: (1) 取截石位; (2) 暴露齿状线; (3) 于齿状线上 1 cm 环状切开黏膜一周, 向近端分离直肠黏膜、黏膜下层至腹膜返折水平, 切开直肠肌鞘进

入盆腔;(4)纵形切开直肠肌鞘至齿状线;(5)分离处理结肠系膜,切除病变肠段;(6)正常结肠与齿状线上 1 cm 行黏膜、结肠吻合术,重建正常肛门。该手术优点在于经肛管将扩张肥厚肠管拖出后切除吻合,不需进入腹腔,避免了分离盆腔,具有较经腹手术创伤小、出血少、术后恢复快、恢复进食早,术后肠粘连、梗阻、尿潴留的发生率低,排便功能恢复快等优点<sup>[7-10]</sup>。该术式特别适用于短段型、常见型 HD 的手术。该术式缺点在于分离直肠黏膜、保留直肠肌鞘、环形吻合,故耗时久、复发梗阻、术后小肠结肠炎、吻合口狭窄的概率大为其不足,复发梗阻为 4%~8%,小肠结肠炎发生率不同文献报道差别较大(0.0%~66.6%)<sup>[11-14]</sup>,平均发生率为 22.0%<sup>[15]</sup>,吻合口狭窄发生率为 4.0%~19.0%<sup>[16]</sup>,故术后需常规扩肛。该术式自报道以来,迅速在世界各地开展,在短时间内产生了许多改进。徐立梅等<sup>[17]</sup>采用向直肠黏膜下注入肾上腺素生理盐水后分离黏膜的方法,促进黏膜与肌层分离,使切开后层次清楚,易于分离且出血少、损伤小,减少了手术时间;Li 等<sup>[18]</sup>、刘向阳等<sup>[19]</sup>采用前高后低斜形分离黏膜及后壁 V 形切开吻合的方法,减少了吻合口狭窄发生的概率。

## 2.2 非开腹式经肛门结肠拖出术(经肛门拖出式斜形吻合术)

易军等<sup>[20]</sup>首先采用此手术治疗 HD 23 例,其主要操作步骤为:(1)膀胱截石位;(2)暴露齿状线;(3)在后正中齿状线上作“V”形切口,斜向两侧;(4)直肠后骶前间隙钝性分离,延长“V”形切口,两侧切缘于直肠前壁距肛门约 5~7 cm 处会合(腹膜返折附近)进入腹腔;(5)处理结肠系膜,切断病变结肠;(6)修剪结肠断面为对系膜缘较高的斜面,行结肠、直肠端端吻合。术后 1 年恢复正常排便,未发生便秘、小肠结肠炎、肠梗阻、吻合狭窄等并发症。李建国等<sup>[21]</sup>采用此法治疗 HD 患儿 62 例,术后随访 6~48 个月,无吻合口瘘、吻合口狭窄,无骶前感染、污粪等发生。该手术方式较 Torre 手术简便,不分离黏膜,手术时间短(70~110 min),出血少(20~70 mL),采用斜形心形吻合,减少了术后吻合口狭窄的发生率。但该手术前壁较后壁更长,在经肛门手术视野及操作空间有限情况下,肠壁的斜型吻合可能会存在一定难度。

**2.3 黏膜、环肌、纵肌逐层梯度分离术** 刘远梅等<sup>[22]</sup>采用此法治疗 HD,手术方法为:(1)膀胱截石位;(2)暴露齿状线;(3)于肛门齿状线上 0.5 cm 环形切开直肠黏膜并向上推剥 1~2 cm;(4)切开直肠环肌,在纵环肌之间推进约 2~3 cm;(5)切开纵肌分离推进至腹膜返折,切开腹膜返折,向两侧分离达直肠旁间隙;(6)从旁窝进入盆腔后,游离结肠;(7)处理肠系膜血管,切除病变肠段;(8)在齿状线上 0.5 cm,直肠后壁倒“V”型切除肌鞘后将近端正常结肠与齿状线上的创面分 2 层缝合。该术式的优点在于切除了病变肠管及残留的直肠肌鞘,直肠内空间增大,便于术中处理结肠系膜及术后拖出结肠形成新的直肠储便壶腹,减少了 Soave 术后便秘及直肠肌鞘感染的发生。其治疗 15 例患儿术中出血 50~70 mL,手术时间 1.0~1.5 h,术后随访 6 个月至 3 年,无肛门狭窄、污粪、小肠结肠炎发生,便秘 1 例。翁正华等<sup>[23]</sup>使用此法治疗 39 例患儿,手术时间 1.0~1.5 h。术后随访 0.5~2.0 年,轻微污粪 3 例,便秘 1 例,无狭窄、吻合口漏发生。术后常规扩肛。

**2.4 腹膜返折上方入路经肛门巨结肠根治术(经肛门结肠套叠式切除术)** 许芝林等<sup>[24]</sup>首先介绍了此手术,其主要操作

为:(1)膀胱截石位;(2)腹膜返折定位,右手食指行肛诊抵及耻骨上方,左手于耻骨上方按压,与右手食指相碰;(3)以阑尾钳或卵圆钳钳住右手食指处直肠壁下拉,于该处缝牵引线,继之在此平面肠壁缝牵引线一周;(4)于此圈线内侧再缝牵引线一圈;(5)于两圈线间用电刀切断直肠壁全层,入腹;(6)将内圈牵引线向下牵出结肠,处理系膜至正常肠管,切除病变肠段;(7)将外圈牵引线下牵,紧贴直肠壁游离直肠;(8)于后壁正中切开至齿状线上方 1.0 cm,向前壁正中游离至齿状线上方 2.5 cm,切除多余肠壁,行端端吻合,吻合口成心形。术后不扩肛。在其所做 26 例手术中,术中平均出血 20 mL,手术时间 95~135 min,平均 110 min,随访发现术后 1 个月有污粪现象,1 例患儿出现轻度失禁。易军等<sup>[25]</sup>采用此术治疗 HD 时,其吻合面腹侧距齿状线 4~6 cm,背侧距齿状线 0.5 cm,手术时间 30~70 min,平均 40 min 左右。在其 112 例患儿 1 年随访中,3 例偶有肛周污粪,6 例患儿术后大便带血,其中 1 例吻合口感染,4 例并发术后结肠炎,全部病例吻合口无狭窄。该手术游离近端肠管直观、方便、术后不需扩肛,采用心形吻合避免术后吻合口狭窄,但缺点在于腹膜下直肠为腹膜外位器官,周围被肌肉血管包裹,游离时易致潜在损伤<sup>[26]</sup>,结直肠的翻出建立在前壁顺利夹出的基础上,这在盆腔浅、直肠松弛的小婴儿可以较顺利的完成,但对于年龄较大的患儿(5 岁以上)因盆腔深、直肠固定,结肠翻出及结肠系膜的处理有一定的困难,尚需采用腹腔镜辅助或开腹根治术。

**2.5 Dutta 手术** 该手术步骤基本同 Torre 手术<sup>[27]</sup>,但术前不行常规灌肠,使用端侧吻合,即由直肠黏膜同拖出的正常结肠浆肌层相吻合,同时保留吻合口远端长约 2 cm 的结肠,与肛周皮肤缝合固定,保留 7~8 d 后切除。本手术的优点在于术前不需清洁灌肠,吻合口与肠道间没有相通,保持了吻合口周围不被大便污染,故术后进食时间早(6 h),吻合口远端的结肠与皮肤固定,减低了吻合口的张力,降低了吻合口裂开及污染风险,极大地减少了术后并发症。术后无需扩肛。术后随访 14~54 个月(平均 36 个月),无吻合口狭窄、裂开发生,污粪 1 例,但是,本手术缺点同 Torre 手术,术后出现小肠、结肠炎的概率大(12%),此外,后期切除远端 2 cm 肠段涉及再次手术,且术前不行常规灌肠,切除的肠段长度较 Torre 手术平均长约 2 cm<sup>[27]</sup>,这虽然减少了患儿住院时间及术前准备工作,但是否可行,尚需进一步讨论。

**2.6 经肛门直肠结肠切除斜形吻合术** 李晓庆等<sup>[28]</sup>首先采用此术式治疗 HD 取得良好效果。主要操作如下:(1)膀胱截石位。(2)定点,年龄小于 3 个月,齿状线上直肠前壁 2.0 cm,后壁 0.5 cm;3 个月至 1 岁,齿状线上直肠前壁 2.5 cm,后壁 0.5~1.0 cm;1 岁以上,齿状线上直肠前壁 3.0 cm,后壁 1.0 cm,前高后低呈斜型切口。(3)于直肠后壁切开直肠全层,从两侧向直肠前壁分离并切开直肠全层。(4)紧贴直肠肌鞘外分离直肠至腹膜反折处。(5)打开腹膜,处理直肠侧韧带及肠系膜,暴露正常结肠。(6)正常结肠与直肠端端间断全层斜型吻合。采用本术式治疗患儿 52 例,年龄小于 3 个月平均手术时间 70.3 min,最短 45.0 min,术中平均出血 12.5 mL;3 个月至 1 岁平均手术时间 71 min,术中平均出血 16.0 mL;>1~3 岁平均手术时间 77.3 min,术中平均出血 20.0 mL;>3 岁平均手术时间 122.8 min,术中平均出血 40.0 mL。术后均无感染、

吻合口瘘、吻合口裂开发生。术后平均住院时间 7 d。其中 39 例随访 2~30 个月,无腹胀、便秘、大便失禁、污粪、神经性膀胱,其中男 35 例,均有阴茎勃起,3 例术后 2 个月左右出现小肠结肠炎,经输液治疗恢复。术后 14 d 开始扩肛,每天 1~2 次,持续 1~2 个月。

### 3 展 望

HD 的治疗在不断地探索中产生了多种手术方式,每种术式均有其自身的优点和不足,经腹 Rehbein 手术术后便秘复发率高,术后需坚持长期强力扩肛;Swenson 手术损伤大、出血多、易损伤神经导致术后并发神经性膀胱;Duhamel 手术则易致“盲袋综合征”;Soave 手术易致感染、结肠收缩狭窄、便秘;Ikeda 手术虽总结提取了上述手术的优点,但仍为开腹手术,故损伤大、出血多、术后腹腔粘连重、住院时间长。随着腹腔镜辅助手术及微创单纯经肛门手术的产生,HD 的治疗有了很大的改善。目前,单纯经肛门巨结肠根治术在绝大部分短段型、常见型 HD 的治疗中占据了不可替代的地位,而保留直肠前壁、切除大部分直肠肌鞘、斜形吻合的方式或将成为经肛门巨结肠根治术的发展趋势。而对于手术时间的选择,目前广泛的认识是只要诊断成立就应尽早手术<sup>[29]</sup>;对于保留直肠的长度,也存在一定争论,现在较为认可的意见是在新生儿应保留齿状线以上 0.5~1.0 cm,而年龄较大的儿童则可保留齿状线以上 1.0~2.0 cm<sup>[29]</sup>,根据本院 HD 手术经验,直肠前壁保留 2.0~3.0 cm 便足以保证术后患儿小便功能的正常。而对于长段型或系膜处理困难的患儿,采用腹腔镜辅助的方法亦得到了小儿外科医生的高度评价,而传统的开腹手术在对于全结肠型、病变肠管过度肥厚扩张的患儿以及尼日利亚等非洲发展中国家仍有较高的价值<sup>[30]</sup>。

### 参考文献:

- [1] 施诚仁,金先庆. 小儿外科学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2009:312-319.
- [2] Kenny SE, Tam PK, Garcia-Barcelo M. Hirschsprung's disease[J]. Semin Pediatr Surg, 2010, 19(3): 194-200.
- [3] Paul A, Fraser N, Chhabra S, et al. Oblique anastomosis in soave endoanal pull-through for Hirschsprung's disease a way of reducing strictures[J]. Pediatr Surg Int, 2007, 23(12): 1187-1190.
- [4] Jiangda P, Li ZZ, Zhang YB, et al. Treatment of anal achalasia after transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease with topical botulinum toxin[J]. J Trop Pediatr, 2008, 54(3): 211-211.
- [5] Mousavi SR, Mehdikhah Z, Kavyani A. Fish mouth and parachute surgical technique for hirschsprung's disease: our experience in 254 cases with a modified form of Duhamel-Martin procedure[J]. Dis Colon Rectum, 2008, 51(10): 1559-1561.
- [6] 陈志远. 婴幼儿先天性巨结肠症的治疗进展[J]. 医学综述, 2009, 15(9): 1341-1343.
- [7] Tannuri AC, Tannuri U, Romão RL. Transanal endorectal pull-through in children with Hirschsprung's disease-technical refinements and comparison of results with the Duhamel procedure[J]. J Pediatr Surg, 2009, 44(4): 767-772.
- [8] El-Sawaf MI, Drongowski RA, Chamberlain JN, et al. Are the long-term results of the transanal pull-through equal to those of the transabdominal pull-through? A comparison of the 2 approaches for Hirschsprung disease[J]. J Pediatr Surg, 2007, 42(1): 41-47.
- [9] Kohno M, Ikawa H, Konuma K, et al. Comparison of the postoperative bowel function between transanal endorectal pull-through and transabdominal pull-through for Hirschsprung's disease: a study of the feces excretion function using an RI-defecogram[J]. Pediatr Surg Int, 2009, 25(11): 949-954.
- [10] Huang Y, Zheng S, Xiao X. A follow-up study on postoperative function after a transanal Soave 1-stage endorectal pull-through procedure for Hirschsprung's disease[J]. J Pediatr Surg, 2008, 43(9): 1691-1695.
- [11] Rouzrokh M, Khaleghnejad AT, Mohejerzadeh L, et al. What is the most common complication after one-stage transanal pull-through in infants with Hirschsprung's disease? [J]. Pediatr Surg Int, 2010, 26(10): 967-970.
- [12] Gunnarsdóttir A, Wester T. Modern treatment of Hirschsprung's disease[J]. Scand J Surg, 2011, 100(4): 243-249.
- [13] 曹国庆, 汤绍涛, 杨瑛, 等. 腹腔镜治疗直肠乙状结肠型先天性巨结肠 122 例疗效分析[J]. 临床小儿外科杂志, 2011, 10(1): 5-7.
- [14] 刘鸿坚, 杨传民, 祁泳波, 等. 经肛门改良 Soave 术治疗先天性巨结肠 80 例疗效分析[J]. 临床小儿外科杂志, 2011, 10(1): 73-74.
- [15] Marquez TT, Acton RD, Hess DJ, et al. Comprehensive review of procedures for total colonic aganglionosis[J]. J Pediatr Surg, 2009, 44(1): 257-265.
- [16] Romero P, Kroiss M, Chmelnik M, et al. Outcome of transanal endorectal vs transabdominal pull-through in patients with Hirschsprung's disease[J]. Langenbecks Arch Surg, 2011, 396(7): 1027-1033.
- [17] 徐立梅, 劳伟华. 经肛门结肠拖出术(Soave 术)治疗小儿先天性巨结肠 40 例分析[J]. 中华临床医学研究杂志, 2005, 11(15): 2121-2123.
- [18] Li AW, Zhang WT, Li FH, et al. A new modification of transanal Soave pull-through procedure for Hirschsprung's disease[J]. Chin Med J, 2006, 119(1): 37-42.
- [19] 刘向阳, 白锡波, 苏永红, 等. 经肛门 Soave 术治疗新生儿巨结肠症[J]. 中华临床医师杂志, 2011, 5(3): 186-187.
- [20] 易军, 蒋嘉萍, 李涛, 等. 非开腹式经肛门结肠拖出术治疗小儿先天性巨结肠症[J]. 中华小儿外科杂志, 2001, 22(5): 265-266.
- [21] 李建国, 林志川, 刘泉源, 等. 经肛门拖出式斜形吻合治疗先天性巨结肠[J]. 上海医学, 2010, 33(3): 270-271.
- [22] 刘远梅, 胡月光, 方勇, 等. 经肛门婴幼儿(下转第 2896 页)

在着卫生事业发展不平衡,资源配置不合理的问题,造成绝大部分高水平医师都扎堆集中于大城市大医院,基层医院普遍缺乏专家且业务水平低。

## 2 对策与建议

医师多点执业在我国尚处于探索、发展、试行阶段。在政策推行过程中还存在诸多问题需要解决,必须在各方面进行全面的改革,才能确保医师多点执业政策真正发挥作用。

**2.1 完善相关法律法规** 《执业医师法》自 1998 年颁布至今已 13 年时间,相关法律规定已经不能适应当前社会的发展,因此有必要进行修改。作为医疗改革的配套政策,医师多点执业必须在法律上得到承认。同时需要在医师多点执业的资质认定、区域范围、执业时间、收入方式、医疗责任承担等方面进行明确法律规范<sup>[7]</sup>。

**2.2 建立健全相关配套制度** 落实医师多点执业政策,完善配套制度是保障。作为医师多点执业政策的主要推动者,政府要承担起主要职责,应着重从以下几个方面入手,建立完善相关制度规范。(1)健全医疗质量管理体系。医疗质量管理水平的参差不齐无形中增加了医疗事故发生的风险性。因此作为政府要尽快设立相关医疗质量保障机制如医院评审制度、医疗质量认证制度。同时可以探讨构建品牌医疗服务团队,以此实现医疗服务提供的安全对接,保证医疗服务产出符合相关质量标准<sup>[8]</sup>。(2)建立医师风险保障制度。医疗风险是绝对存在且无法完全消除的。为了减少多点执业医师和医疗机构对于医疗风险产生的担忧,政府可以借鉴外国经验积极推行医疗赔偿第三方支付制度,即医师和医疗机构强制缴纳医疗风险保险金,当发生医疗事故或纠纷时完全由第三方(保险公司)进行支付赔偿<sup>[9]</sup>。(3)改革医师人事管理制度。医师多点执业所带来的医疗事故责任分担、绩效考核评判、科研成果归属等问题,归根到底是由于医师与医院之间是从属的人事关系造成。作为相关政府要对现有的人事制度进行改革,逐步形成市场化的人力资源管理体系,使医师与医院间成为雇佣与被雇佣的合同关系。

**2.3 加强医疗活动监督管理** 医师多点执业的出发点是为促进卫生人才资源的合理流动,解决卫生资源分布不均。这就要求卫生行政部门对医师多点执业行为进行有效监管。主要有

以下几个方面:(1)为了增强制度实施的透明性和部门监管的有效性,要求通过签订合同的形式来明确医师和医院间权、责、利。合同内容必须包括多点执业的时间、地点、内容、报酬、医疗风险承担、医疗质量安全保障等方面内容<sup>[10]</sup>。(2)加强医师执业的时间、范围、地点数量的限制和监管。(3)借鉴国际经验将多点执业监督管理职能交给医师协会,建立卫生行政部门宏观指导下多点执业医师行业监管机制。

**2.4 平衡各方经济利益** 政府可以按照培养与受益一致的原则,尝试建立合理的人才使用成本分担机制,通过制度形式明确人才培养机构与拟聘机构之间的人才培养成本分担,利益收入的分配以及培养单位经济损失的认定与补偿等。

## 参考文献:

- [1] 刘洋,王磊.对新医改医师多点执业试点政策的思考[J]. 中国医院管理,2011,31(5):1-2.
- [2] 王秀萍.多点执业扩大试点背后仍有阻力[N]. 浙江日报,2011-07-30(6).
- [3] 王继红.医改方案视野下的医师多点执业研究[J]. 中国医学伦理学,2010,21(1):12-13.
- [4] 陈晓勤,周斌,徐卫国.转型期公立医院推进医师多点执业的研究和探索[J]. 中国医院管理,2009,29(6):7-9.
- [5] 陈王华,沈春明,徐洁.医师多点执业问题刍议[J]. 中国卫生事业管理,2010(6):397-398.
- [6] 王章泽,祝芳芳,杨金侠.关于医师多点执业的思考[J]. 中国医院管理,2009,29(10):4-6.
- [7] 王庆文,李和辉.医师多点执业政策执行的影响因素[J]. 重庆医学,2011,40(16):1651-1652.
- [8] 项莉,姚岚.公立医院医师多点执业探讨[J]. 中华医院管理,2011,27(3):164-165.
- [9] 黄培,易利华.关于医师多点执业的几点思考[J]. 现代医院管理,2010,37(4)9-10.
- [10] 邓娅,邓世雄.医师多点执业的研究和探索[J]. 重庆医学,2011,40(9):922-923.

(收稿日期:2012-02-09 修回日期:2012-05-22)

(上接第 2891 页)

巨结肠根治术手术方式的改进[J]. 中华小儿外科杂志,2004,25(4):378-379.

- [23] 翁正华,翁勋锦,林志勇,等.改良经肛门巨结肠根治术 39 例报道[J]. 广西医学,2009,31(3):417-418.
- [24] 许芝林,李权,安群,等.腹膜返折上方入路经肛门巨结肠根治术[J]. 临床小儿外科杂志,2002,1(3):229-230.
- [25] 易军,刘大林,刘继炎,等.经肛门结肠套叠式切除术治疗小儿先天性巨结肠[J]. 南京医科大学学报:自然科学版,2009,29(1):126-127.
- [26] 孙有成,刘远梅.先天性巨结肠经肛门 I 期根治术的研究进展[J]. 临床小儿外科杂志,2009,8(2):56-57.
- [27] Dutta HK. Clinical experience with a new modified transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease[J]. Pediatr Surg Int,2010,26(7):747-751.

[28] 李晓庆,金先庆,徐小松,等.经肛门直结肠切除斜型吻合术治疗肠无神经节细胞症[J]. 中华小儿外科杂志,2011,32(10):753-756.

- [29] De La Torre L, Langer JC. Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease: technique, controversies, pearls, pitfalls, and an organized approach to the management of postoperative obstructive symptoms[J]. Semin Pediatr Surg,2010,19(2):96-106.
- [30] Sowande OA, Adejuyigbe O. Ten-year experience with the Swenson procedure in Nigerian children with Hirschsprung's disease[J]. Afr J Paediatr Surg,2011,8(1):44-48.

(收稿日期:2012-01-09 修回日期:2012-04-22)