

通过对雷山苗族及其他地区苗族血型分布及基因频率的调查,获得了一些苗族群体遗传学数据,为研究苗族的迁移、分化、融合及苗族群体遗传学提供了一定的资料。

参考文献

- [1] 黔东南年鉴编纂委员会办公室. 黔东南年鉴[J]. 贵阳:贵州人民出版社,2007:336.
- [2] 赵桐茂. 人类血型遗传学[M]. 北京:科学出版社,1987:351-352.
- [3] 颜桂利,江剑平,黄键,等. 福建汉、畲、回族 ABO 血型分布的研究[J]. 福建师范大学学报(自然科学版),1994,10(1):106-111.
- [4] 齐晓岚,单可人,谢渊,等. 贵州黔西县少数民族 ABO 血型分布及基因频率调查[J]. 人类学学报,2003,22(4):345-348.
- [5] 申修贵. 务川仡佬族苗族自治县仡佬族与苗族 ABO 血型分布[J]. 临床检验杂志,1998,16(3):178.
- [6] 任光祥,段书刚,余跃生,等. 黔南布依族、苗族和水族人群 ABO 血型分布及基因频率[J]. 人类学学报,2007,26(4):325-328.
- [7] 田应华,张学贵,龙绍基,等. 广西仡佬族苗族瑶族彝族的 ABO 血型特征[J]. 广西医学,1984,6(3):163-165.
- [8] 方成江,罗勇,陈晓发. 滇南主要少数民族 ABO 血型分布及基因频率调查[J]. 亚太传统医药,2010,6(3):106-107.
- [9] 刘阳,田儒林,向辉,等. 湘西自治州土家族、苗族、汉族 ABO 及 RhD 血型抗原分布调查[J]. 临床输血与检验,2003,5(3):199-200.

- [10] 陈良忠,袁义达. 中国四个民族 ABO 与 MN 血型的分布[J]. 遗传,1983,5(2):29-30,6.
- [11] 龙友国,黄文强,余跃生,等. 中国 56 个民族 ABO 血型分布[J]. 国外医学(医学地理分册),2010,31(1):22-25.
- [12] 万昌发,郑周英,许玉英,等. 贵州 5 个少数民族的血型分布调查[J]. 中国输血杂志,2001,14(3):178-180.
- [13] 彭德仁. 中国汉族人 ABO 血型的分布[J]. 中国输血杂志,1991,4(1):20-23.
- [14] 苏湘晖,孙昂,粟玉萍,等. 岳阳地区汉族献血者 ABO、Rh 血型分布调查[J]. 检验医学与临床,2013,10(6):729-730.
- [15] 何焕琴,王金玉,丁晓红. 吴忠地区献血者 ABO 及 Rh 血型构成情况分析[J]. 宁夏医学杂志,2013,35(4):365-366.
- [16] 孟祥玉,刘雪,卜晓波. 黑龙江省和山西省汉族人群 ABO 血型系统遗传多态性分析[J]. 牡丹江医学院学报,2013,34(5):10-12.
- [17] 王迪,黄艳梅,张光谋,等. 河南汉族大学生群体 ABO 血型分布[J]. 新乡医学院学报,2011,28(4):485-487.
- [18] 张红梅,赵杰,王明艳,等. 唐山汉族人 ABO 血型调查[J]. 生物学通报,2011,46(11):8-9.
- [19] 赵艳,单可人,齐晓岚,等. 黔南荔波少数民族及汉族 ABO 血型分布及基因频率调查[J]. 中国输血杂志,2005,18(3):234-235.

(收稿日期:2015-12-28 修回日期:2016-03-06)

• 经验交流 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.18.033

双荷包技术在全腹腔镜下直肠癌根治术的应用

吴建忠,黄维贤[△],郎建华,钱正海

(南通大学附属吴江医院胃肠外科,江苏苏州 215200)

【摘要】 目的 探讨双荷包技术在全腹腔镜下直肠癌根治术中的可行性及近期疗效。方法 选择 2013 年 5 月至 2015 年 4 月该院收治的有条件在全腹腔镜下直肠癌根治术的患者 5 例,在全腹腔镜下直肠癌根治术中应用双荷包技术,并观察其效果。结果 将双荷包技术应用于全腹腔镜下直肠癌根治术,5 例患者手术均顺利完成,术后未出现并发症,随访未发现肿瘤局部复发及远处转移。结论 双荷包技术在全腹腔镜下直肠癌根治术中的应用具有较高的安全性及良好的短期效果。

【关键词】 腹腔镜;直肠肿瘤;双荷包技术

【中图分类号】 R657.1

【文献标识码】 B

【文章编号】 1671-8348(2016)18-2550-03

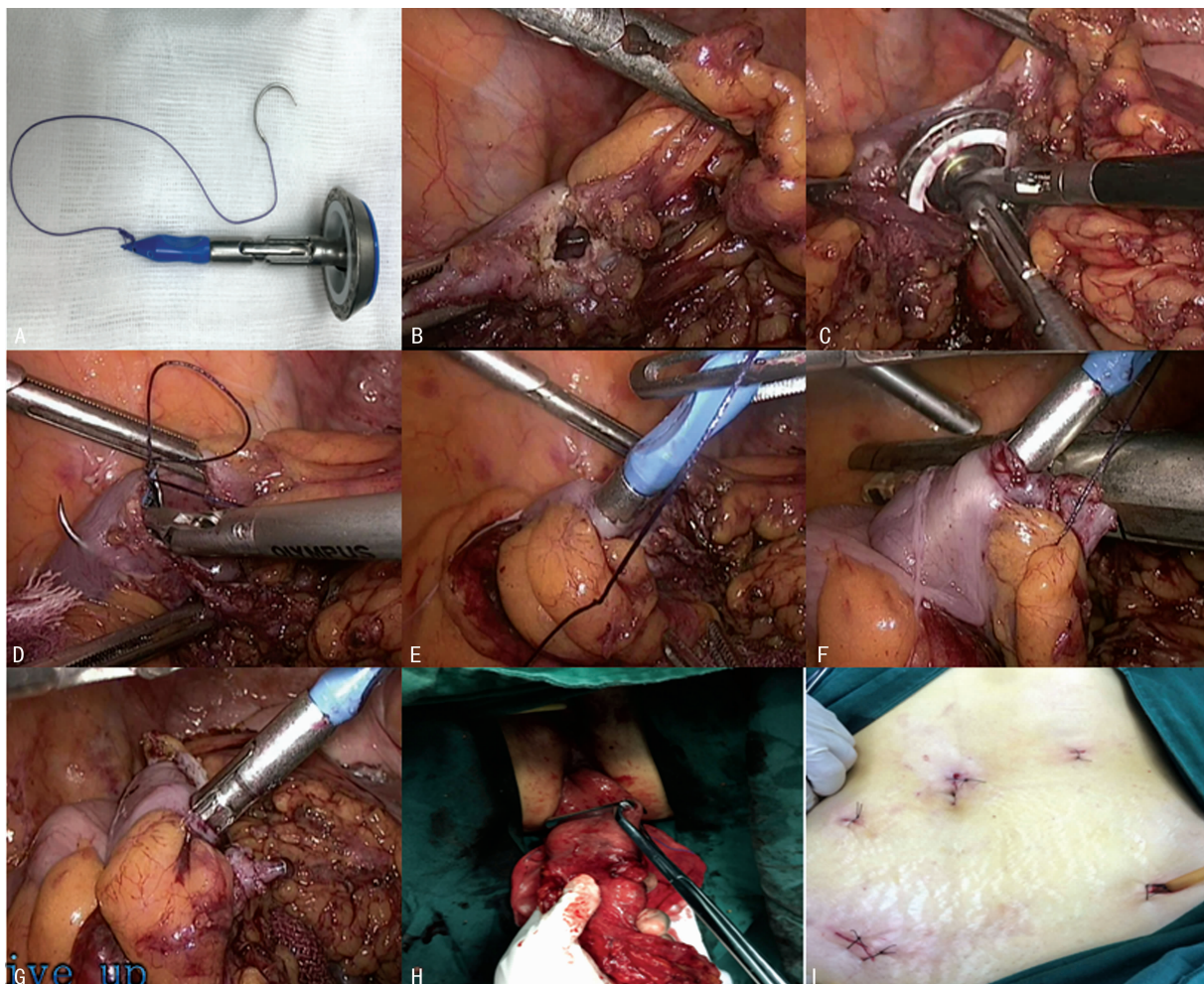
随着腹腔镜技术的逐步普及,明显提高了中低位直肠癌患者的保肛成功率。当前各大医院普遍开展的腹腔镜下中低位直肠癌根治术,仍需要一个腹部辅助切口来取出标本^[1]。本科近期尝试应用双荷包技术行全腹腔镜下直肠癌根治术,并取得了成功,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科自 2013 年 5 月至 2015 年 4 月,有条件的选取了 5 例患者进行了全腹腔镜下直肠癌根治术并在术中应用双荷包技术,这 5 例患者肿瘤位于腹膜返折以下,术前均进行了直肠指诊,肠镜及活检病理明确诊断,胸、腹部 CT 排除肺、肝等远处转移,以及盆腔 MRI、超声内镜进行术前肿瘤分

期,其中女 4 例,男 1 例;中位年龄 62 岁;中位体质量指数 22.8 kg/m²;术前临床分期 T₁N₀M₀ 2 例,T₂N₀M₀ 3 例。

1.2 方法 (1)腹腔镜下全直肠系膜切除(TME):患者麻醉成功后取截石位,采用 5 孔法,遵循 TME 原则,行全直肠系膜切除术,清扫肠系膜下血管周围淋巴结、脂肪组织,骨骼化,沿盆筋膜的疏松结缔组织间隙分离,进入肛提肌间隙,直至齿状线水平。(2)在乙状结肠腔内置入吻合器钉座:将 1.2 cm 主操作孔稍扩大后,置入自制带缝针的钉座(图 A),在靠近上切缘乙状结肠肠壁处切开长约 2.5 cm 的裂口(图 B),置入吻合器钉座(图 C),靠近裂口约 1.5 cm 处将缝针穿出(图 D),引导钉座杆穿出肠壁(图 E),然后靠近钉座处上直线切割器(图 F),



A: 自制带缝针的吻合器钉座; B: 靠近上切缘的乙状结肠肠壁处做一长约 2.5 cm 的切口; C: 置入吻合器钉座; D: 靠近切开裂口处将缝针穿出; E: 引导钉座杆穿出肠壁; F: 使用直线切闭器切割; G: 离断结肠, 完成乙状结肠内吻合器钉座的置入; F: 经肛门将直肠肿瘤标本外翻拖出, 上荷包钳, 完成直肠下端荷包制作; I: 放置盆底引流管, 关闭各穿刺孔。

图 1 手术过程

离断结肠, 完成乙状结肠内钉座的置入(图 G)。(3)经肛门将直肠肿瘤标本拖出, 切除标本及完成直肠下端荷包制作: 扩肛至 4 指, 充分使括约肌松弛, 置入卵圆钳至标本上端, 将肠管及系膜经肛门外翻拖出, 冲洗直肠远端, 直视下在距离肿瘤下约 2 cm 处上荷包钳(图 H), 离断直肠, 移除标本。用稀聚维酮碘及生理盐水反复冲洗直肠残端, 置入吻合器, 收紧荷包, 将直肠残端推回盆腔, 经肛门置入吻合器, 行乙状结肠和直肠吻合, 放置盆底引流管(图 I)。

2 结 果

5 例患者手术均顺利完成, 无中转开腹。手术时间为 (155.0 ± 24.0) min; 乙状结肠腔内放置吻合器钉座时间约为 (15.0 ± 1.0) min; 术中出血为 (65.0 ± 18.0) mL; 术后住院时间为 (10.0 ± 1.5) d; 术后病理提示肿瘤上下切缘、环周切缘均阴性, 上切缘距离肿瘤距离为 (13.0 ± 2.0) cm, 下切缘离肿瘤距离为 (2.5 ± 0.5) cm; 清扫淋巴结数为 (16.0 ± 1.5) 枚, 均未见癌转移。术后病理分期: $T_1N_0M_0$ 1 例, $T_2N_0M_0$ 4 例。随访 5~16 个月, 未发现局部肿瘤复发及远处转移; 在随访期间无患者诉大便失禁, 排尿困难等。

3 讨 论

外科手术仍是治疗中低位直肠癌的主要手术。有国内外学者报道, 利用创新技术进行全腹腔镜下直肠癌根治术, 取得了良好的治疗效果^[2-3]。全腹腔镜下低位直肠癌根治术具有较高

的手术难度, 需解决以下难题: (1) 如何在狭窄的盆腔内判断肿瘤下切缘及获得阴性远切缘; (2) 如何在免做腹部辅助切口的前提下完成乙状结肠内吻合器钉座置入及标本取出。

本科应用新技术在不增加腹部切口的前提下解决了在乙状结肠内放置吻合器钉座这一难题。本文认为放置吻合器钉座的方法具有以下优势: (1) 只需利用腹部穿刺孔道置入吻合器钉座, 无需在腹部另做辅助切口, 可减少术后疼痛且美观; (2) 吻合器钉座不经肛门置入^[3], 避免了和肿瘤接触的可能; (3) 结直肠未被完全离断, 可保持一定的张力, 在乙状结肠内置入温钉座简单、易行, 且在靠近钉座处上直线切闭器安全、可靠。本文放置吻合器钉座时间约为 (15.0 ± 1.0) min。

在不增加腹部辅助切口的前提下取出标本也是术中需解决的要点, 有研究表明经肛门取标本在技术上可行, 操作安全^[4-6]。作者将标本经肛门外翻后, 在肿瘤下缘上荷包钳, 完成直肠下端荷包的制作。此技术具有以下优势: (1) 直视下进行直肠肿瘤切除, 可保证获得阴性远切缘; (2) 不使用切闭器, 既减轻了患者的经济负担, 又避免了因切闭器使用引起“狗耳”效应导致的吻合口瘘发生率^[7]。在直肠处使用自制荷包技术需注意: (1) 适用于肿瘤下切缘距离齿状线 3 cm 以上的患者, 否则建议使用切闭器; (2) 不适宜应用于直直肠管过大、肥厚的患者, 以免术中吻合时不能完全切割自制荷包; (3) 术中最好使用 33 mm 管径吻合器。

并非所有的中低位直肠癌均适合行全腹腔镜下直肠癌根治术,需符合以下条件:(1)术前辅助检查未提示肝、肺等远处转移灶;(2)术前肿瘤分期小于 T₃ 且 N₀^[6]; (3)直肠肿瘤直径不超过 4 cm, 体质量指数小于 26 kg/m² 及肿瘤与肠腔周径比低于 1:2 的患者^[8-9]。

本文的新技术虽取得了良好的近期效果,但病例少,且随访时间短,缺乏大样本的对比研究,尚存在许多不确定的因素,须在日后工作中不断改进、完善。

参考文献

- [1] 刘青,龙贇,孙念绪.腹腔镜中低位直肠癌 TME 手术 92 例分析[J].重庆医学,2010,39(11):1433-1434.
 - [2] Franklin ME, Kelley H, Kelley M, et al. Transvaginal extraction of the specimen after total laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal anastomosis[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2008, 18(3):294-298.
 - [3] 姜争,陈瑛,王锡山.经直肠肛门外翻切除标本的腹腔镜下低位直肠癌根治术 1 例报道[J].中国实用外科杂志,2014(3):281-284.
 - [4] 楼征,何建,朱晓明,等.腹腔镜联合经肛门拖出适形切除术治疗极低位直肠癌初步报道[J].外科理论与实践, 2014, 19(6):493-496.
- 经验交流 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.18.034

- [5] Shiomi A, Kinugasa Y, Yamaguchi T, et al. Feasibility of laparoscopic intersphincteric resection for patients with cT1-T2 low rectal cancer[J]. Dig Surg, 2013, 30(4/5/6):272-277.
- [6] Maglio R, Meucci M, Muzi MG, et al. Laparoscopic total mesorectal excision for ultralow rectal cancer with transanal intersphincteric dissection as a first step: a single-surgeon experience[J]. Am Surg, 2014, 80(1):26-30.
- [7] Roumen RM, Rahusen FT, Wijnen MH, et al. "Dog ear" formation after double-stapled low anterior resection as a risk factor for anastomotic disruption[J]. Dis Colon Rectum, 2000, 43(4):522-525.
- [8] Cheung HY, Leung AL, Chung CC, et al. Endo-laparoscopic colectomy without mini-laparotomy for left-sided colonic tumors[J]. World J Surg, 2009, 33(6):1287-1291.
- [9] Fukunaga M, Kidokoro A, Iba T, et al. Laparoscopy-assisted low anterior resection with a prolapsing technique for low rectal cancer[J]. Surg Today, 2005, 35(7):598-602.

(收稿日期:2015-12-18 修回日期:2016-02-25)

血管内介入在颅内动脉瘤治疗的临床疗效观察

虞德明¹, 白亚强², 刘文晶²

(1. 四川省宜宾市第三人民医院神经外科 644000; 2. 四川省宜宾市第二人民医院神经外科 644000)

[摘要] 目的 探讨血管内介入治疗颅内动脉瘤的临床疗效。方法 采取回顾性方法,对宜宾市第二人民医院 2013 年 1 月至 2014 年 12 月收到的 80 例血管内介入治疗颅内动脉瘤患者的临床资料进行分析,观察其临床疗效。结果 80 例患者中瘤腔完全栓塞 60 例,次全栓塞 18 例,不完全栓塞 2 例。其中,瘤颈小于 4.0 mm 中完全栓塞率明显高于瘤颈大于或等于 4.0 mm, 差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗前患者生活质量评分为(4.1±0.9)分,治疗后为(1.1±0.2)分,治疗前、后患者的生活质量评分比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。手术治疗中 1 例动脉瘤破裂出血,1 例脑血栓形成,均得到控制。术后随访 1 年,1 例脑积水,1 例动脉瘤复发,无其他的并发症发生。结论 对于颅内动脉瘤患者应用血管内栓塞介入治疗可行,且效果显著、并发症少、操作简单,值得临床中应用与推广。

[关键词] 血管内介入;颅内动脉瘤;治疗结果

[中图分类号] R743.9

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)18-2552-03

颅内动脉瘤在临床中属于常见疾病之一,是诱导自发性蛛网膜下腔出血的最主要原因,在临床中具有较高的发病率与病死率,对患者的生活质量具有重要的影响^[1]。临床中常常采取开颅手术进行夹闭动脉瘤,达到治疗的目的。但是,这种治疗方法创伤大,且不宜应用于动脉瘤位置深或者重要功能区患者。随着医疗水平的不断发展和影像学的应用,血管内介入疗法在临床中得到应用^[2-3]。作者结合自己多年的临床工作经验,对颅内动脉瘤患者实施血管内介入治疗取得了较好的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取宜宾市第二人民医院 2013 年 1 月至 2014 年 12 月收到的颅内动脉瘤患者 80 例(90 个动脉瘤),其中男 45 例,女 35 例;年龄 22~78 岁,平均(49.3±4.5)岁。动

脉瘤 Hunt-Hess 分级:0 级 4 例,Ⅰ级 40 例,Ⅱ级 16 例,Ⅲ级 10 例,Ⅳ级 6 例,Ⅴ级 4 例。动脉瘤分布:颈内动脉-后交通支与颈内动脉 40 个,前交通动脉 25 个,大脑中动脉 10 个,大脑前动脉 8 个,椎-基底动脉 7 个。瘤颈长度:<4.0 mm 动脉瘤 44 个(<4.0 mm 组),≥4.0 mm 动脉瘤 46 个(≥4.0 mm 组)。纳入标准:(1)经过 DSA 检查,且确诊为动脉瘤;(2)所有的对象均接受动脉瘤血管内栓塞术治疗;(3)伴有 DSA 造影随访资料;(4)知情同意此次的研究。排除标准:(1)临床中确诊动脉瘤之后进行手术夹闭治疗对象;(2)经过本院诊断动脉瘤未接受治疗,或者转其他医院治疗;(3)合并有其他的血管疾病;(4)临床资料不完全的对象;(5)不同意此次的临床研究对象。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 80 例患者均采取全身麻醉,并给予全身的