

· 临床论著 ·

腹腔镜联合结肠镜治疗复杂、特殊类型的结直肠息肉^{*}邵春法 王卫军^{**} 谢健进 应小妮^① 方 钱 李剑锋 陆爱国^② 郑民华^②

(浙江省温岭市第一人民医院微创外科医学中心 温州医学院附属温岭医院微创外科医学中心, 温岭 317500)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜联合结肠镜治疗结直肠息肉的疗效。**方法** 良性息肉行腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除术,腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除困难者或有风险者可选用结肠镜辅助腹腔镜下肠段切除术,复杂病例采用混合术式(腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除术+结肠镜辅助腹腔镜下肠段切除术)。**结果** 腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除术 14 例,手术时间 55~158 min,平均 103 min。结肠镜辅助腹腔镜下结肠癌根治术 2 例,手术时间分别为 182、206 min。结肠镜辅助腹腔镜降结肠部分切除术(降结肠多发息肉,其中 1 枚息肉为无蒂息肉)1 例,手术时间 98 min。混合术式 2 例,手术时间分别为 102、166 min。19 例术后随访 10~48 个月,平均 28 个月,无一例息肉残留、复发或再次手术。**结论** 腹腔镜联合结肠镜治疗结直肠息肉疗效满意。

【关键词】 腹腔镜; 结肠镜; 结直肠息肉

中图分类号:R656.9

文献标识:A

文章编号:1009-6604(2011)05-0398-03

结直肠息肉遵循着“息肉-腺瘤-癌”的顺序演变发展,早期治疗结直肠息肉是降低结直肠癌发生率的有效途径。腹腔镜、结肠镜技术治疗结直肠息肉目前在临床已广泛应用,但对复杂、特殊类型的结直肠息肉(息肉直径>2 cm、扁平、无蒂、宽基、中央凹陷、表面绒毛状、形态不规则、质地脆或硬、基底不易推动者,怀疑恶变可能以及一些位于特殊部位的结直肠难治性息肉,如肝曲、脾曲、瓣后等,由于角度限制,单纯肠镜无法顺利实施操作,单纯采用腹腔镜或结肠镜手术仍显困难。近年来,腹腔镜联合结肠镜治疗复杂、特殊类型结直肠息肉已成为一种重要趋势^[1,2]。2006 年 5 月~2009 年 11 月,我们采用腹腔镜联合结肠镜治疗结直肠息肉 19 例,取得较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 19 例,男 12 例,女 7 例。年龄(35.9±6.4)岁。病程(25.6±4.5)月。临床症状主要为有便血、腹泻、腹痛、黏液便等。多发息肉 9 例,单发息肉 10 例。息肉位于升结肠 1 例,结肠肝曲 1 例,横结肠 1 例,结肠脾曲 1 例,降结肠 2 例,乙状结肠 3 例,直肠 1 例,多个部位息肉 9 例。息肉大小 1~7 cm,平均 3.4 cm,其中息肉直径>2 cm 12 例。4 例

带蒂,10 例亚蒂,5 例无蒂,其中基底不易推动 4 例。息肉位于肝曲 2 例,脾区 2 例,瓣后 3 例。术前病理:良性息肉 17 例,发生恶变 2 例。

病例选择标准:①经结肠镜诊断属于前述复杂、特殊类型的息肉;②术中试图切除失败;③考虑在结肠镜下切除息肉困难,可能出现穿孔或病变残留;④息肉已恶变。

1.2 方法

术前按常规进行肠道准备。采用气管插管全身静脉麻醉,取头低足高截石位。根据患者术前结肠镜检查结果与术中再次结肠镜检查情况确定患者的手术方式。良性息肉行腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除术,腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除困难者或有风险者可选用结肠镜辅助腹腔镜下肠段切除术,复杂病例采用混合术式(腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除术联合结肠镜辅助腹腔镜下肠段切除术)。2 例降结肠息肉已恶变者采用标准的(结肠镜辅助)腹腔镜下结肠癌根治手术。

1.2.1 腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除术 当息肉部位特殊,受操作角度限制,结肠镜操作困难时,或息肉基底宽、发生穿孔可能性大者,行腹腔镜辅助结肠镜下治疗。腹腔镜在结肠镜引导下寻找并识别病变肠段,必要时游离需要治疗的部分肠段。在腹腔镜的严密监视和保护下,结肠镜医生通过圈套等结

* 基金项目:浙江省温岭市科技局科技项目(2010WLC A0049)

** 通讯作者, E-mail: wwj5558@yahoo.com.cn

① 手术室

② (上海交通大学医学院附属瑞金医院微创外科医学中心, 上海 200025)

肠镜技术完整切除病灶。一旦出现或可能出现穿透性的损伤时,腹腔镜及时在肠壁薄弱处采取如缝合加固等相应的处理。因角度限制息肉结肠镜切除困难时,腹腔镜通过腹腔内“顶”、“拉”等动作协助暴露息肉完成结肠镜下的息肉切除。

1.2.2 结肠镜辅助腹腔镜下肠段切除术 ①结肠镜辅助腹腔镜楔形切除术:若病灶位于对侧系膜缘,经腹腔镜可用一抓钳在腔外提起病灶,同时通过结肠镜监视确保病灶切除完整,且不会导致肠腔狭窄,腹腔镜下行包括息肉的肠壁楔形切除,并完成腹腔内缝合。②腹腔镜肠段切除术:当病灶位于系膜缘,根据病灶部位选取相应肠段切除手术。结扎并离断相应动静脉,分离需要切除的肠段及系膜,视情况行体内或体外的肠段切除与吻合。所有切除标本均送病理检查,如果发现浸润性癌,则追加腹腔镜结直肠癌根治术。

混合术式:先行腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除,然后再行结肠镜辅助腹腔镜下肠段切除术,具体操作同前。

2 结果

腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除术 14 例,手术时间 55 ~ 158 min,平均 103 min。1 例术后发生肠道出血,经保守治疗后好转。术后住院时间 3 ~ 7 d,平均 4.8 d。结肠镜辅助腹腔镜下结肠癌根治术 2 例,手术时间分别为 182、206 min,术后无并发症发生,术后住院时间分别为 13、16 d。结肠镜辅助降结肠部分切除(降结肠多发息肉,其中 1 枚息肉为无蒂息肉)1 例,手术时间 98 min,术后无并发症发生,术后住院时间 10 d。混合术式(腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除术联合结肠镜辅助腹腔镜下肠段切除术)2 例,手术时间分别为 102、166 min,术后无并发症发生,术后住院时间 8、11 d。19 例术后随访 10 ~ 48 个月,平均 28 个月,无一例息肉残留、复发或再次手术。

3 讨论

结直肠息肉是一种源于结直肠黏膜上的赘生物,朱元民等^[3]报道 2306 例中 637 例(27.6%)检出结直肠息肉,其中 1160 例男性中检出 375 例(32.3%),1146 例女性中检出 262 例(22.9%),显示结直肠息肉的高发状态。目前认为结直肠息肉,特别是腺瘤性息肉与结直肠癌密切相关^[4,5]。接受过结直肠息肉切除的人群相对于未作切除的人群,患结直肠癌的概率会降低 88 ~ 90%^[6]。虞哲科等^[7]认为不论结直肠息肉大小、数目、组织学类型,一经发现均应给予积极的治疗,以免发生不良的后果。沈小卉等^[8]认为大部分结直肠良性息肉可以通过单纯结肠镜方法得到治疗,双镜联合的治疗方

式,对于结肠镜治疗困难的结直肠息肉,是安全、可行的。

腹腔镜辅助结肠镜下息肉切除术适用于息肉部位特殊并受结肠镜操作角度的限制,结肠镜下不能完整切除息肉的病例;或结肠镜检查判断息肉虽然可勉强于结肠镜下切除,但容易发生出血、穿孔可能等并发症。结肠镜视角限制不能切除隐蔽部位息肉时,可通过腹腔镜下“顶”、“推”、“提”等动作协助结肠内息肉充分暴露,必要时可游离部分肠段使结肠内息肉充分暴露。完成息肉充分暴露后,在腹腔镜的严密监视下,通过圈套、电切割等方法切除息肉或病变组织。术中出现或可能出现穿透性的损伤或存在出血等危险时,应及时在肠壁相应部位予以缝合、结扎,防止术后发生肠漏、出血等并发症。本组 1 例术后发生肠道出血,可能与术中可能的出血点未缝扎有关,在处理类似情况时应该吸取教训。腹腔镜辅助结肠镜治疗 14 例中,位于肝曲 2 例,脾区 2 例,瓣后 3 例,我们体会到右半结肠穿孔的可能性越大,可能是因为肠壁薄,血供丰富,有时候因出血电凝过多造成肠壁穿孔,而左半结肠,特别是脾区以及乙状结肠因肠腔小,角度困难,有时候无法顺利实施,无法在看到息肉全貌下电切,易引起出血穿孔。14 例均实现了结肠镜顺利切除,可见腹腔镜辅助的确使一些部位特殊、单纯结肠镜治疗困难的病例得以顺利的结肠镜治疗。

结肠镜辅助腹腔镜下手术适用于息肉恶变病例,或者息肉特别大,特别是 3 cm 以上容易发生出血、穿孔的息肉^[9,10],或者息肉无蒂,或者某一肠段息肉多,术后存在肠漏、出血、梗阻可能。腹腔镜下结直肠手术,多依靠视觉提供的信息,如看到肠管体积的膨胀、肠管浆膜层有无侵犯等来判断病情,对于结直肠良性病变或早期癌,术中不易准确判断其位置,给确认肠管游离、切除范围的界定造成很大困难。因此,术中准确定位对于腹腔镜外科手术至关重要。采用结肠镜辅助腹腔镜技术,术中采用结肠镜定位可以明确病变的部位、范围、性质,与传统的开腹探查相比,创伤小、探查范围广、更易准确发现出血部位,有助于确定手术方式和范围,避免因盲切、误切而造成的术后病灶遗留和再次出血^[11]。术中根据具体情况行包括息肉的肠壁局部切除、肠段切除或标准结直肠癌根治术。对于手术步骤,我们的体会是应先进行腹腔镜手术,避免肠腔充气后引起 trocar 肠管损伤,再根据原先的肠镜结果初步判断息肉位置,在其近端放置肠钳后再行结肠镜检查,在结肠镜定位结束后尽量吸净肠腔内气体,避免肠腔扩张影响腹腔镜下的手术操作。对于术中肠管的处理,徐永强等^[12]主张将肠管提出腹腔外,再行切除、缝合,以避免污染腹腔。息肉恶变者应采用标准 (下转第 405 页)