

# 腹腔镜乙状结肠造口还纳术 6 例报告

储修峰 吴志明 俞学军 孟兴成 张 举

(中国医科大学绍兴医院微创肝胆外科,绍兴 312030)

**【摘要】 目的** 探讨腹腔镜造口还纳术的安全性及可行性。**方法** 2010 年 9 月~2012 年 6 月对我院 6 例乙状结肠造口行腹腔镜下还纳术,沿造口边缘切开皮肤,将造口的肠管自腹壁分离,包埋吻合器抵钉座,将肠管放回腹腔内,将 10 mm trocar 通过原造口处切口置入腹腔内,缝合固定。通过此 trocar 建立 CO<sub>2</sub> 气腹和视镜通道,腹腔镜直视下于脐部及右侧下腹分别放置 5 mm 或 10 mm trocar 作为操作孔,游离降结肠,使两肠管断端相靠无张力。在腹腔镜监视下自肛门插入吻合器机身,在适当的位置穿出中心杆与抵钉座镶嵌,旋紧击发,完成吻合。**结果** 6 例手术均获成功,无中转开腹。手术时间 70~120 min,平均 90 min;术中出血量 30~100 ml,平均 50 ml;术后首次肛门排气时间为 12~30 h,平均 24 h;术后住院时间 5~7 d,平均 6.5 d。造口处切口均一期愈合,无吻合口漏等相关并发症发生。**结论** 腹腔镜技术用于乙状结肠造口还纳安全、可行。

**【关键词】** 腹腔镜手术; 乙状结肠造口术; 还纳术  
**中图分类号:**R656.9 **文献标识:**D **文章编号:**1009-6604(2013)11-1054-03

**Laparoscopic Apothesis after Sigmoidostomy: a Report of 6 Cases** Chu Xiufeng, Wu Zhiming, Yu Xuejun, et al. Department of Hepatobiliary Surgery, China Medical University Shaoxing Hospital, Shaoxing 312030, China

**【Abstract】 Objective** To discuss the safety and feasibility of laparoscopic apothesis after sigmoidostomy. **Methods** Six patients underwent laparoscopic stoma apothesis from September 2010 to June 2012. After skin incision was made along the previous stoma, the bowel of stoma was separated from the abdominal wall, then the nail seat of the circular stapler was embed into the bowel and the bowel was put back into the abdominal cavity. The 10 mm trocar was placed through the stoma incision into the abdominal cavity, then it was sutured and fixed. We established the CO<sub>2</sub> pneumoperitoneum and the channel of the laparoscope via this trocar. Another 10 mm and 5 mm trocar were placed respectively under the guidance of the laparoscope and used as operational ports. The descending colon was separated to make the two cut ends meet without tension. Under laparoscope, we put the fuselage part of the circular stapler through the anus to join the two parts of the circular stapler and complete the anastomosis. **Results** All operations were successfully performed, without conversion to open surgery. The operative time was 70-120 min (mean, 90 min); the intraoperative blood loss was 30-100 ml(mean, 50 ml); the initial exhaust time was 12-30 h (mean, 24 h), and the postoperative hospital stay was 5-7 d (mean, 6.5 d). The incisions healed well and no postoperative complications occurred. **Conclusion** Laparoscopic sigmoid stoma apothesis is safe and feasible.

**【Key Words】** Laparoscopy surgery; Sigmoidostomy; Apothesis

临床上常用的乙状结肠造口还纳术是经原腹部切口或另做一较大切口进行还纳,创伤较大。随着腹腔镜技术的发展,腹腔镜结直肠切除术及消化道重建应用日益广泛<sup>[1]</sup>,但腹腔镜技术应用于二期乙状结肠造口还纳手术临床报道不多<sup>[2,3]</sup>。2010 年 9 月~2012 年 6 月我院对 6 例乙状结肠造口行腹腔镜下还纳术,现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 6 例,男 4 例,女 2 例。年龄 25~68 岁,平

均 45.5 岁。前次造口原因:2 例乙状结肠憩室破裂穿孔,3 例刀刺伤致乙状结肠破裂,1 例车祸外伤致乙状结肠破裂。均行乙状结肠部分切除+近侧乙状结肠造口术。造口还纳时间为前次术后 6~8 个月(平均 6.5 月)。

**病例选择标准:**既往因非肿瘤性因素行乙状结肠部分切除+近侧乙状结肠造口术,距前次造口手术时间间隔 6 个月以上;无全麻及腹腔镜手术禁忌证;除外体形过度肥胖者。

### 1.2 方法

气管插管全麻,截石位。沿造口边缘切开皮肤,

将造口的肠管自腹壁分离,切除部分造口的肠管,包埋吻合器抵钉座,将肠管放回腹腔内。如果预判断近侧肠管游离度不够,吻合后张力较大,可利用此切口适当游离。将 10 mm trocar 通过原造口处切口置入腹腔内,缝合切口两侧皮下筋膜层,固定套管并阻止漏气,通过此 trocar 建立 CO<sub>2</sub> 气腹(压力 13 mm Hg),置入腹腔镜探查腹腔。经初步预判后,腹腔镜直视下于脐部及右侧下腹附近无粘连区分别放置 5 mm 或 10 mm trocar 作为操作孔。锐性或钝性分离腹腔内粘连,必要时超声刀再次适当游离降结肠,使两肠管断端相靠无张力。直肠冲洗消毒后,在腹腔镜监视下自肛门插入吻合器机身,在适当的位置穿

出中心杆与抵钉座镶嵌,旋紧击发(图 1),退出吻合器后自肛门注气检查吻合口有无渗漏。经右下腹 trocar 孔放置盆腔吻合口旁引流管,解除气腹,缝合原造口及各戳孔。

## 2 结果

6 例手术均获成功,无中转开腹。手术时间 70 ~ 120 min,平均 90 min;术中出血量 30 ~ 100 ml,平均 50 ml;术后首次肛门排气时间 12 ~ 30 h,平均 24 h,平均 12 h。术后住院时间 5 ~ 7 d,平均 6.5 d。还纳术后 1 周切口见图 2,造口处切口均一期愈合,无吻合口漏等相关并发症发生。

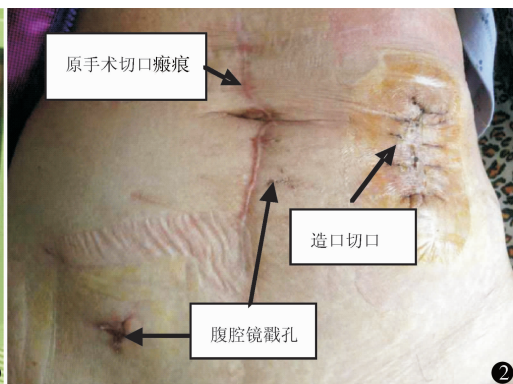


图 1 对接吻合 图 2 还纳术后 1 周

## 3 讨论

肠造口术是治疗结肠直肠肿瘤及梗阻、结直肠外伤、先天性结肠直肠肛门疾病等一种重要手术方式<sup>[4]</sup>。除远端肠道完全毁损或永久切除及远端恶性肿瘤姑息性治疗等情况外,绝大多数肠造口是暂时性的措施,最终需要进行造口还纳手术以消除患者腹部造口带来的诸多不便,免除造口并发症及减轻造口所致的心理创伤。由于既往开腹手术史导致腹腔内程度不一的粘连,故纵观腹腔镜技术的发展史,曾一度将开腹手术史视为腹腔镜手术的禁忌证,该观点已逐渐被摒弃,临床上可见大量关于开腹手术后再次腹腔镜手术的文献<sup>[5,6]</sup>报道。同时,随着腹腔镜技术和消化道吻合重建器械的联合应用,腹腔镜结直肠切除及重建的技术亦日益完善,受该项技术启发,腹腔镜乙状结肠造口还纳技术自然应运而生。

腹腔镜乙状结肠造口还纳术的优势:通过原造口及另外 2 个小戳孔进行手术,避免另做腹部大切口,创伤少,大大减轻患者的创伤,加快患者的恢复

速度。由于盆腔的空间较为狭小,暴露困难,故行传统开腹结直肠吻合术时操作亦比较困难,而通过腹腔镜的清晰视野放大功能,便于寻找及充分游离两端肠管,且不易损伤肠管及其他器官组织,同时在腹腔镜监视下能安全插入吻合器机身,避免传统开腹手术中由于盆腔视野局限性盲目操作所引起的远端闭合残端损伤,故能顺利安全完成吻合。

腹腔镜乙状结肠造口还纳术的注意事项:合适的造口还纳时间,一般为术后 6 ~ 9 个月,有利于腹膜及肠壁水肿的消退、粘连的吸收,降低二次手术的难度,亦有术后 3 个月施行还纳术的报道<sup>[2]</sup>,本组为术后 6 ~ 8 个月(平均 6.5 月)。充分利用原造口切口,通过此切口可以充分游离吻合近侧段肠管,降低吻合口张力,减少腹腔镜下肠管的游离,并可对腹腔内粘连进行松解,大大简化腹腔镜下手术操作,同时利用此切口临时部分缝合关闭建立气腹和视镜通道,最大程度减少手术切口创伤。临床医生应具备诊疗疾病的整体观念,在暂时性造口手术的同时为后期造口还纳手术创造条件,如在保证近侧造口残端满意血供的前提下,应充分游离造口端肠管,降低

造口回纳时吻合口张力,减少二期腹腔镜手术时的肠管游离操作。同时,在闭合远端残端时,可在残端侧边留置金属钛夹作为标志,以利于二期还纳时远侧残端的寻找。此外,术末于腹腔内手术创面涂抹适量防粘连材料,减轻术后腹腔内粘连,简化二期还纳术时腹腔内粘连的松解,从而大大缩短手术时间,减轻患者的创伤。

腹腔镜乙状结肠造口还纳术创伤小,操作简单易行,术后恢复快,安全性高,与传统开腹术式相比优势突出。本组 6 例因外伤或自发性乙状结肠破裂二期造口还纳术,腹腔内相对粘连较轻,二期手术操作相对简单,安全可行。由于专科病源所限,对于结直肠肿瘤患者施行乙状结肠或降结肠造口等病情复杂、粘连严重的病例或近远段肠管断端距离较远,吻合困难或有张力,病人肥胖、结肠系膜短等病例,该项技术的安全性和可行性有待进一步

临床实践探讨。

## 参考文献

- 1 吴新军,闫争强,赵伦德,等.腹腔镜与开腹直肠癌根治术的对照研究.腹腔镜外科杂志,2012,17(5):371-374.
- 2 李学明,李剑锋,陈海鸣,等.腹腔镜辅助乙状结肠造口还纳术三例报告.实用临床医学,2008,9(4):65.
- 3 黄海波,江志伟,鲍 扬.加速康复外科理念下腹腔镜造口还纳术(附 2 例报告).腹腔镜外科杂志,2010,15(8):588-589.
- 4 丁俊涛,张连阳,汪学伦,等.肠道暂时性造口与还纳方式及适应证选择 90 例分析.中华普外科手术学杂志:电子版,2012,6(3):291-295.
- 5 吴志明,娄建平,储修峰,等.开腹胆道术后腹腔镜再次手术 26 例报道.中华普外科手术学杂志:电子版,2010,4(3):303-306.
- 6 吴志明,娄建平,孟兴成,等.腹腔镜与开腹肠粘连松解术的对比研究.中国微创外科杂志,2004,4(1):41,51.

(收稿日期:2013-03-19)

(修回日期:2013-06-17)

(责任编辑:李贺琼)