

· 病例报告 ·

经肛门拖出标本的腹腔镜右半结肠切除 1 例报告

茹东跃 刘楠 刘奇 陈德兴* 张虹^①

(吉林省前卫医院普外科, 长春 130012)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2018)11-1043-02

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2018.11.023

经自然腔道取标本手术(natural orifice specimen extraction surgery, NOSES)是使用腹腔镜、软内镜等设备完成腹腔内手术,经自然腔道(直肠或阴道)取出标本的腹壁无辅助切口手术,与常规腹腔镜手术最大的区别在于标本经自然腔道取出,腹壁仅存留几处微小的 trocar 瘢痕。腹腔镜左半结肠、直肠肿瘤行 NOSES 屡见报道,我科 2018 年 4 月实施 1 例腹部无辅助切口经结直肠、肛门拖出标本的腹腔镜下右半结肠切除术,疗效满意,报道如下。

1 临床资料

患者男,30 岁,因右下腹痛 1 天 2018 年 4 月 15 日急诊入院。查体:急性痛苦面容,右下腹压痛,伴反跳痛,无肌紧张。腹部 CT:右下腹回盲部区局部略增厚,周围脂肪间隙浑浊,阑尾略长,走行迂曲,盆腔可见少量积液。血常规白细胞计数 $20.11 \times 10^9/L$ (正常值 $3.5 \times 10^9/L \sim 9.5 \times 10^9/L$),中性粒细胞百分比 75.8%。临床诊断:急性阑尾炎,局限性腹膜炎。急诊行腹腔镜阑尾切除术,术中探查见阑尾长约 6 cm,表面略充血,回盲部部分肠壁质硬,并与周围组织结合紧密形成类圆形肿物,回肠正常,肿物周围及盆腔可见淡绿色渗出液约 30 ml。术中补充临床诊断:回盲部肿物,决定术后再进一步行结肠镜检查二次手术。术后第 2 天行结肠镜检查:回盲部内侧壁可见溃疡改变,中间凹陷,覆盖白苔,并取活检,病理结果为回盲部溃疡,回盲部肿物考虑溃疡穿孔形成局部脓肿。

术后口服庆大霉素,术前晚口服复方聚乙二醇电解质散清肠,4 月 18 日行腹腔镜右半结肠切除术。全身麻醉,截石位。取脐下 5 cm 处切口长约 1

cm,置入 10 mm trocar,建立气腹后置入腹腔镜,镜下于右中腹、右下腹、左中腹、左下腹置入 5、5、12、5 mm trocar,显露肠系膜根部及肠系膜上血管主干投影。将后腹膜沿肠系膜上血管方向剪开,显露该静脉,在十二指肠水平部下方显露回结肠血管主干,Hem-o-lok 夹闭后离断,由此进入 Toldt 间隙,超声刀锐、钝性分离,向头侧暴露十二指肠及胰腺头部,暴露结肠右血管主干,Hem-o-lok 夹闭后离断,向右侧游离至右结肠旁沟侧腹膜。超声刀离断回肠系膜直至距回盲瓣 15 cm 处,用切割缝合器离断回肠,横结肠预切除处直线切割缝合器离断结肠。肛门置入结肠镜,进入横结肠断端,并注入 2% 碘伏,结肠断端周围碘伏纱条保护,超声刀开放结肠,结肠镜置入镜下圈套器并套牢回肠(图 1、2),将标本拖入结肠,因回盲部较粗,肠钳将标本拉直并辅助进入结肠,将标本经直肠、肛门取出。行快速病理检查:回盲部溃疡。腹腔镜下直线切割缝合器封闭结肠开口,回肠-结肠侧侧吻合,3-0 薇乔线缝合共同开口。吻合完毕后再次置入结肠镜观察吻合口无出血、狭窄,吻合口通畅。术区充分冲洗,吸净冲洗液,于吻合口及盆腔各留置螺旋引流管 1 枚。

术后第 1 天发热,最高体温 38.6°C ,复查血白细胞 $15.05 \times 10^9/L$,中性粒细胞 75.9%,经调整抗生素,第 3 天体温恢复正常。术后第 2 天排气,并进全流食,腹部疼痛感轻微,少量新鲜血便,未经特殊处理,术后第 5 天恢复正常,术后第 7 天拔出 2 枚腹腔引流管,术后 10 天进普食,排气、排便正常,切口愈合好(图 3)。术后病理回报回盲部慢性溃疡,表面见炎症渗出及坏死(图 4)。随访 1 个月,无腹痛、发热、血便、吻合口瘘等并发症发生。

* 通讯作者, E-mail: jlchendexing@163.com

① (长春医学高等专科学校, 长春 130031)

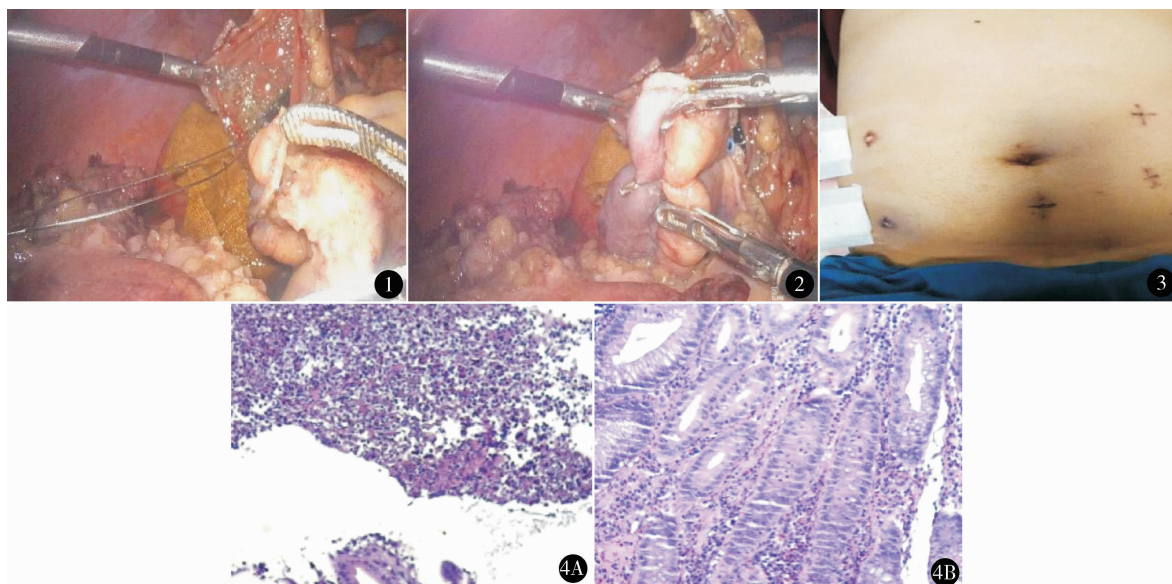


图 1 开放结肠断端,结肠镜置入并释放圈套器 图 2 圈套器套牢回肠并将标本拖入结肠腔内 图 3 腹壁切口愈合好 图 4 术后病理(HE 染色 A: $\times 40$; B: $\times 100$):回盲部慢性溃疡,表面见炎性渗出及坏死,周围黏膜腺体增生

2 讨论

传统腹腔镜结直肠癌手术需在腹壁行 5 个穿刺孔(包括 1 个 10 mm 观察孔,1 个 12 mm 主操作孔,3 个 5 mm 辅助操作孔)及 1 个 4~5 cm 辅助切口(取标本切口)^[1]。目前右半结肠腹部无辅助切口手术通常经阴道拖出标本^[2],右侧结肠病变经结肠、直肠及肛门取出的报道较少,考虑与回盲部标本较大、路径较长导致取出困难有关。本例无辅助切口行腹腔镜右半结肠切除(良性病变),并在结肠镜辅助下经结肠、直肠、肛门取出标本,手术顺利。

将标本切除拖出式的适应范围广泛,包括高位直肠、乙状结肠、左半结肠、右半结肠及全结肠切除。标本取出时的体会:因回盲部及升结肠体积较大,我们通过结肠镜置入圈套器,套牢回肠,并用肠钳张开结肠断端,将回肠及结肠牵拉入结肠内,此时应不停地拉直肠管及系膜,如系膜肥厚,需进行适当修剪,辅助标本在结肠内移动,使其顺利从肛门拖出。因本例为良性病变(溃疡),不涉及肿瘤种植等问题。

腹腔感染的预防:目前 NOSES 备受关注的问题是无菌及腹腔感染的问题,有效预防腹腔感染是手术关键。通过本例手术,我们认为术前充分肠道准

备,术中通过结肠镜注入大量碘伏冲洗肠道、术中吸引器配合、腹腔内放置碘伏纱条保护开放肠管,可有效预防腹腔感染发生。本例术后未发生腹腔感染、脓肿形成。

本例为良性病变,如为恶性疾病还有待进一步行术前评估,如结肠三维重建 CT 可明确肿瘤具体位置,肠管有无狭窄,病变局部侵犯范围以及转移情况,为制定手术方案提供可靠依据^[3]。本例术中在内镜科医生辅助下通过结肠镜置入圈套器取出标本,取出过程略费力。当然,对于切除标本较大、肥胖、恶性肿瘤患者还有待进一步积累经验。

参考文献

- 1 廖健南,区小卫,欧阳少勇,等.常规器械经脐减孔腹腔镜结直肠癌根治术的临床应用.中国微创外科杂志,2017,17(8):701-703.
- 2 王锡山.结直肠肿瘤类-NOTES 术之现状及展望.中华结直肠疾病电子杂志,2015,4(4):12-16.
- 3 李静秋,艾松涛.多层螺旋 CT 仿真肠镜与结肠镜检查技术在发现结肠肿瘤的应用价值对比.中国 CT 和 MRI 杂志,2014,12(4):86-88.

(收稿日期:2018-05-15)

(修回日期:2018-07-11)

(责任编辑:王惠群)