

1 例;肿瘤切除困难 3 例;切割闭合困难 2 例;周围脏器损伤 1 例;腹腔粘连重 1 例;肥胖 1 例。术后并发炎症性肠梗阻 1 例、吻合口漏 3 例、腹腔及伤口感染 3 例、左心功能衰竭 1 例。所有患者均治愈出院。

3 讨论

中转率除了随肿瘤分期的升高而上升外,还与患者肥胖、肿瘤大小、浸润固定程度和既往腹部手术史等因素有关。

3.1 肥胖

肥胖是导致中转开腹的危险因素之一。Pikarsky 等^[1]认为肥胖组中转率显著高于非肥胖组。但也有学者认为中转率和并发症发生率并不因患者身体肥胖而增加^[2]。以上差异可能与患者的选择(直肠或乙状结肠病变构成比、病变性质等)及术者的经验、手术技巧有关。本组 1 例肥胖患者,因脂肪的堆积使腹腔镜下肠管裸化操作困难而中转开腹。

3.2 肿瘤的大小和浸润固定程度

肿瘤的大小和外侵程度对中转率有直接的影响,乙状结肠肿瘤易累及输尿管及髂血管^[3]。因此准确的术前评估是降低中转率的重要前提。对乙状结肠肿瘤,特别是有梗阻者,术前应做 B 超评估输尿管有无受侵。如果手术经验较少,可使用腔内红外线输尿管导向系统,在术中指引操作,可避免损伤。若直肠前壁浸润固定,不能勉强操作,否则易造成阴道或前列腺的损伤。

3.3 既往腹部手术的影响

文献报道,结肠癌患者中,大概 35% 有腹部手术史,这一比例在女性患者中较高。既往开腹手术后,有 75% 的患者会产生腹腔内粘连,其中 96% 累及大网膜,29% 发生在肠袢之间,腹部正中切口的粘连较重^[4]。本组有 1 例由于既往腹部手术史而导致腹腔粘连严重,中转开腹。我们的经验是,除了既往采用正中切口的患者,由于腹腔粘连重,戳孔时容易造成损伤而不宜采用腹腔镜手术外,既往腹部手术史不应是腹腔镜结直肠癌根治术绝对禁忌证,应视具体情况而定。对有手术史的患者,在脐上戳孔直视下切开腹膜放入光纤镜,缝闭切口建立气腹,可避免穿刺带来的副损伤。

3.4 骶前静脉出血

在骶前间隙进行锐性解剖时,存在损伤骶前静脉,导致大出血的风险。我们的经验是:(1)游离直肠系膜必须在盆

膈间隙进行。(2)游离两侧直肠侧韧带,充分暴露视野,如病变肠段与骶前组织粘连紧密,估计分离会导致骶前血管出血时,应待会阴部手术组完全切断肛尾韧带至盆底时再分离病变肠段。(3)在解剖盆膈间隙时,第一助手应在低张力操作下配合,否则易撕破静脉壁导致出血,特别是非常消瘦的患者在此间隙中几乎无脂肪层,更易出血。(4)一旦明确骶前静脉出血,应立即中转开腹。

3.5 切缘不充分

有研究表明,肿瘤远端切缘应至少有 2 cm, ≤ 2 cm 者局部复发率为 16%,而 > 2 cm 者局部复发率则显著降低,约为 5.8%^[5]。腹腔镜结直肠癌手术应严格遵守肿瘤根治原则,决不能为了微创而忽视根治原则^[6]。如切下的标本切缘距肿瘤边缘不够要求,应该认真对待,必要时中转开腹。

3.6 邻近器官损伤

腹腔镜结直肠癌手术中,由于肿瘤的浸润固定,病变组织周围炎性反应,造成小骨盆的术野受限,导致解剖平面不清,易损伤邻近器官。因此术中如果考虑到周围组织损伤可能性较大时,应及时中转开腹。

参考文献

- [1] Pikarsky AJ, Saida Y, Yamaguchi T, et al. Is obesity a high-risk factor for laparoscopic colorectal surgery? Surg Endosc, 2002, 16 (5): 855 - 858.
- [2] Leroy J, Ananian P, Rubino F, et al. The impact of obesity on technical feasibility and postoperative outcomes of laparoscopic left colectomy. Ann Surg, 2005, 241 (1): 69 - 76.
- [3] Marusch F, Gastinger L, Schneider C, et al. Importance of conversion for results obtained with laparoscopic colorectal surgery. Dis Colo Rectum, 2001, 44 (2): 207 - 214.
- [4] Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. N Engl J Med, 2004, 350 (20): 2050 - 2059.
- [5] Nagtegaal ID, Marijnen CA, Kranenburg EK, et al. Circumferential margin involvement is still an important predictor of local recurrence in rectal carcinoma: not one millimeter but two millimeters is the limit. Am J Surg Pathol, 2002, 26 (3): 350 - 357.
- [6] 熊兵红,程勇.腹腔镜结直肠手术的研究现状与进展.中华消化外科杂志, 2007, 6 (5): 398 - 400.

(收稿日期: 2007-07-25)

(本文编辑: 毛蜀)

腹腔镜治疗不明原因小肠出血 24 例

于仁 葛恒发 朱晋国

不明原因小肠疾病致下消化道出血,由于出血部位不能确定,给临床诊治带来一定的困难。回顾性分析我院 2000 年 1 月至 2006 年 12 月对不明原因下消化道出血患者行腹腔镜手术探查的资料,探讨其临床意义及诊治经验。

作者单位: 223300 南京医科大学附属淮安第一医院胃肠外科

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组 24 例,男 15 例,女 9 例;中位年龄 39.5 岁(9 ~ 81 岁);病程 1 d 至 1.2 年。本组均以鲜红或紫红色血便为主要临床表现。14 例为下消化道大出血,24 h 出血量在 2000 ml 以上

8 例, 1000 ~ 2000 ml 6 例, 均出现失血性休克。其余 10 例为长期反复下消化道出血, 持续时间最长为 14 个月。24 例中伴有心肺功能不全者 6 例。

1.2 术前检查

本组在术前行胃镜检查, 十二指肠降部以上未见出血灶及血迹。结肠镜检查: 14 例下消化道大出血患者全结肠内有大量新鲜血迹, 未见活动性出血灶, 10 例回肠末端及结肠未发现异常。8 例行全消化道造影无异常发现。7 例行急诊腹腔镜动脉造影检查, 2 例疑似小肠出血。5 例行红细胞标记核素扫描全消化道未见异常。全部患者术前均行腹部 B 超, 部分患者行 CT 或 MRI 检查, 均无阳性发现。

1.3 腹腔镜检查及手术方法

气管插管全麻后建立 CO₂ 气腹。脐下缘置入 10 mm Trocar, 然后插入 10 mm 腹腔镜。依次探查肝、胆、胰、脾、胃及盆腔, 均未见异常。直视下于左中下腹、右下腹各穿刺置 5 mm Trocar 套管, 置入无损伤操作钳, 自回盲部逐步向屈氏韧带作小肠段逆行探查。(1) 小肠单发病灶的处理: 拔除 Trocar、解除气腹, 沿脐下 Trocar 穿刺孔向左或向右延长 10 mm, 将病变肠管提出腹腔外处理。(2) 小肠多发病灶的处理: 小肠血管畸形者行病变肠管切除。广泛的肠管毛细血管扩张、毛细血管末端增粗者, 由于累及肠管的范围从屈氏韧带下 120 ~ 280 cm 至回肠末端, 故不宜行肠切除术。而采用提起肠管、充分显露高度可疑的病变肠管系膜, 腹腔镜下紧贴肠管系膜缘行间断血管缝扎术, 针距 2 ~ 3 cm。1 例脾恶性淋巴瘤近端空肠浸润, 行腹腔镜下脾切除 + 肠切除吻合术。病变肠段行病理检查。

2 结果

本组 24 例中, 美克尔氏憩室 5 例、小肠间质瘤 6 例、小肠血管畸形 5 例(其中 1 例为 Dieulafoy 病)、小肠克罗恩病 4 例、小肠平滑肌瘤 3 例、脾恶性淋巴瘤近端空肠浸润致下消化道出血 1 例, 病变部位均位于小肠。除 2 例小肠血管畸形术后再次出血行剖腹探查外, 其余 22 例手术均获成功。手术时间 45 ~ 150 min, 术中出血 30 ~ 120 ml。术后第 1 天患者下床活动, 1 ~ 2 d 排便, 2 ~ 4 d 大便颜色正常。单纯腹腔镜治疗术后平均住院 3 ~ 6 d, 切口均甲级愈合, 无腹腔、肺部感

染等并发症。

3 讨论

不明原因的下消化道出血是初始内镜检查(包括胃镜和纤维结肠镜的常规检查)阴性且不能明确出血原因与部位的消化道出血。病变部位常位于小肠。大部分小肠出血是在术中才被发现。血管造影对不明原因下消化道出血的定位诊断有一定价值。本组 7 例行急诊腹腔镜动脉造影, 其中 2 例发现可疑出血灶, 经腹腔镜检查后证实术前诊断。但血管造影的阳性率与患者的出血量(≥ 0.5 ml/min)、造影时机、造影前是否使用内脏血管收缩素等因素有关。故对不明原因的下消化道出血患者不应强求这一标准, 以避免造成不必要的拖延^[1]。对在术前使用各种检查手段仍不能明确诊断的下消化道出血患者, Kendrick 等^[2]主张剖腹探查行肠管切开, 置入肠镜检查可完全直视肠黏膜病灶。术中内镜是安全有效的手段, 但该术式创伤大。腹腔镜手术创伤小, 恢复快。我们在行小肠探查时, 常规从回盲部开始, 用两把无损伤抓钳夹持肠管, 明确该段肠管无病变后, 先松开远侧抓钳, 然后两钳交替夹持肠管依次逐段检查。发现病变肠管后, 用缝线做标记, 以免遗漏。应仔细全面探查直至屈氏韧带。行确定性手术前, 拔除腹腔器械, 解除 CO₂ 气腹, 取脐下缘 Trocar 穿刺孔向左、右各延长 10 mm 的横切口将病变肠管提出。切除病灶后将肠管回纳腹腔, 切口行皮内缝合。小肠出血行腹腔镜探查与其他方法比较尽管有优势, 但有一定的局限性, 如位于黏膜层和黏膜下层的微小病灶在术中难以发现, 应作为其他方法的补充和完善。

参考文献

- [1] 冯琦, 王鸿志, 冯凯祥, 等. 选择性动脉造影在不明原因的下消化道出血诊断中的价值探讨. 四川医学, 2001, 22(8): 735 - 736.
- [2] Kendrick ML, Buttar NS, Anderson MA, et al. Contribution of intraoperative enteroscopy in the management of obscure gastrointestinal bleeding. J Gastrointest Surg, 2001, 5(2): 162 - 167.

(收稿日期: 2007-06-27)

(本文编辑: 张玉琳)

肠系膜上静脉血栓形成 11 例的诊治

陈大伟 崔龙 全志伟 沈定丰 陈磊 董谦

肠系膜上静脉内出现血栓称为肠系膜上静脉血栓形成(superior mesenteric venous thrombosis, SMVT)。其病情重, 病死率高。回顾性分析我科 1997 年 3 月至 2007 年 10 月收治的 11 例 SMVT 患者资料, 报道如下。

作者单位: 200092 上海交通大学医学院附属新华医院外科

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组 11 例, 男 7 例, 女 4 例; 中位年龄 66 岁(22 ~ 84 岁)。均有腹部疼痛, 部分伴有恶心和呕吐。起初, 腹部有轻度到中度的深压痛, 无肌紧张。压痛的部位与腹痛的部位相一致。发病 1 ~ 2 d 后, 部分患者疼痛自行缓解或经治疗后缓解。