

文章编号:1005-6947(2008)12-1184-04

· 腹腔镜外科专题研究 ·

腹腔镜手术治疗溃疡性结直肠炎

陈写¹, 王德臣²

(1. 甘肃省兰州市兰州石化总医院 普通外科, 甘肃 兰州 730060; 2. 北京大学第三医院 普通外科, 北京 100083)

摘要:目的 探讨腹腔镜手术治疗溃疡性结直肠炎的可行性和安全性。方法 对腹腔镜手术治疗溃疡性结直肠炎5例患者的临床资料进行回顾性分析。结果 5例均在腹腔镜下完成手术, 其中4例行全结-直肠切除, 回肠储袋-肛管吻合术(total proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis, IPAA), 1例行结肠次全-全直肠切除, 盲肠-肛管吻合术。中位手术时间7.5(6.5~9)h, 中位出血量250(150~400)mL, 中位术后进半流食时间62(60~86)h, 中位术后住院时间12(10~14)d。术后发生盆腔感染1例, 粘连性肠梗阻1例。随访中位时间22(10~34)个月, 大便平均每天6.5(4~10)次。日常生活自理, 工作正常, 无复发。结论 腹腔镜下溃疡性结直肠炎手术, 创伤小, 恢复快, 安全可靠, 但尚需进一步积累临床资料。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(12):1184-1187]

关键词: 直肠结肠炎, 溃疡性/外科学; 腹腔镜外科手术

中图分类号: R 574.6

文献标识码: A

Laparoscopic surgery for ulcerative colitis

CHEN Xie¹, WANG Dechen²

(1. Department of General Surgery, Lanzhou Petrochemical General Hospital, Lanzhou 730060, China;
2. Department of General Surgery, the Third Hospital, Peking University, Beijing 100083, China)

Abstract: **Objective** To investigate the feasibility and safety of laparoscopic surgical treatment of ulcerative colitis (UC). **Methods** The clinical data of 5 cases who underwent laparoscopic surgery for the treatment of ulcerative colitis were reviewed. **Results** All 5 cases successfully underwent laparoscopic surgery. Among them, 4 had total proctocolectomy and ileal pouch-anastomosis (IPAA), and 1 had subtotal colectomy plus total proctectomy, and cecum-anal anastomosis. The median operating time was 7.5 (6.5 - 9) h, the median blood loss was 250 (150 - 400) mL, the median time to begin semi-fluid intake after operation was 62 (60 - 86) h, the median time of hospital stay was 12 (10 - 14) d, Postoperative pelvic infection occurred in 1 case, adhesive intestinal obstruction occurred in another case. The median follow-up time was 22 (10 - 34) months, and the average number of daily bowel movement was 6.5 (4 - 10) d; they were relapse-free, and had normal daily living and work at follow-up. **Conclusions** Laparoscopic surgical treatment of ulcerative colitis is associated with minor trauma and rapid recovery, and is safe and reliable, but further accumulation of cases is required.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(12):1184-1187]

Key words: Proctocolitis, Ulcerative/surg; Laparoscopic Surgical Procedure

CLC number: R 574.6

Document code: A

收稿日期:2008-05-06; 修订日期:2008-11-29。

作者简介:陈写,男,甘肃省兰州市兰州石化总医院主治医师,主要从事胃肠外科方面的研究。

通讯作者:王德臣 E-mail:wdechen@163.com

自1991年美国 Tacobs 首次报道腹腔镜右半结肠切除术以来,腹腔镜结直肠手术得以迅猛发展,但是溃疡性结直肠炎(UC)的腹腔镜手术操作范围广、难度大,目前文献报道甚少。北京大学第三医院在2004—2006年开展了腹腔镜下UC手术5例,效果满意,报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组男2例,女3例,年龄35~50岁,中位年龄36岁。病程9个月至27年,中位数60个月。

1.2 临床表现及诊断

腹泻及黏液脓血便5例(100%),腹痛及里急后重5例(100%),发热4例(80.0%),贫血5例(100.0%)。血红蛋白67.5~101 g/L,(中位数81 g/L)。术前均行结肠镜检查及黏膜活检,确定诊断并排除恶变。依照中华医学会UC诊断标准(2001年2月):直肠-全结肠型,重度,活动期,Ⅲ级4例(80.0%);直肠-乙-降结肠型,重度,活动期,Ⅲ级1例(20.0%)。

1.3 手术术式及方法

1.3.1 术式 4例直肠-全结肠型行腹腔镜下全结直肠切除回肠储袋肛管吻合术(IPAA),储袋类型J型;1例直-乙-降结肠型行腹腔镜下结肠次全-全直肠切除,盲肠肛管吻合术;5例均行预防性回肠袢式造瘘术。

1.3.2 手术方法

1.3.2.1 麻醉与体位 气管插管全身麻醉,膀胱截石位,术中根据操作左、右半结肠及直肠步骤,随时倾斜床位,调整患者体位。

1.3.2.2 手术步骤 (1)建立气腹,常规探查,结合术前结肠镜检查决定术式;(2)先从横结肠开始,断开横结肠系膜,将结肠肝区和升结肠游离,再将结肠脾区完全游离;(3)进行左半结肠游离,将乙状、降结肠完全游离;(4)游离直肠,后侧沿骶前间隙向下游离,打开骶骨直肠韧带,前壁沿 Denonliller 筋膜前层向下游离,越过精囊腺,两侧紧贴肠壁断直肠侧韧带;(5)在肛管直肠环上方断开直肠;(7)下腹正中做5 cm左右切口,将标本拖出,游离盲肠及回肠末端,根据病变部位决定离断肠管的部位,4例体外制作储袋,1例保留回盲瓣,放置吻合器钉座;(7)将离断肠管的近端送入腹腔,闭合切口,重建气腹,经肛门行吻合器吻合;(8)左下腹行回肠末端预防性袢式造瘘,3~6个月后进行造瘘还纳术。

2 结果及随访

2.1 术中及术后情况

本组5例均在腹腔镜下完成,无死亡病例。本组1例于术后2周出现盆腔感染,无盆腔脓肿,保守抗炎治疗好转;1例于术后12个月发生粘连性肠梗阻,经胃肠减压等保守治疗好转。术中及术后情况见表1。

表1 5例患者术中及术后情况

病例	手术时间(h)	术中出血量(mL)	术后拔胃管时间(h)	进半流食时间(h)	拔尿管时间(d)	手术切口(cm)	术后住院时间(d)
1	9.0	300	60	63	5	5.0	11
2	7.5	250	36	60	3	4.5	14
3	8.0	400	38	86	3	5.5	10
4	7.5	200	62	62	4	5.0	13
5	6.5	150	16	60	3	5.0	12
范围	6.5~9.0	150~400	16~63	60~86	3~5	4.5~5.5	10~14
中位数	7.5	250	38	62	4	5.0	12

2.2 随访结果

本组5例通过电话或门诊复查全部随访,时间10~34个月。大便每天4~10次,平均每天6.5次,未服用易蒙停,能识别排气和排便。

1例夜间偶有大便溢出。无排尿及性功能障碍。随访肠镜检查,均无恶变和复发,其中1例吻合口散在糜烂及炎症,保守治疗好转。日常生活均自理,正常工作。

3 讨论

虽然 UC 的治疗主要属于内科范畴,但仍有 20%~30% 的患者内科治疗无效或出现并发症,需手术治疗^[1],手术多在最初诊断后 10 年内施行^[2]。经过 30 年的临床实践,证明了 IPAA 术式在手术的彻底性、预防复发和恶变、术后排便次数、生活质量等方面的优势,目前成为 UC 治疗的标准术式^[3]。

近年来随着腹腔镜技术在结直肠手术中的成熟运用和更先进的吻合器及超声刀、LigaSure 的广泛应用,使腹腔镜下完成 IPAA 术式成为可能。本组病例选择标准:经内科治疗无效,反复发作,且发作间隔时间日趋缩短,伴贫血低蛋白等,且术前行黏膜病检,均排除恶变者。本组 4 例腹腔镜下行 IPAA 术式,1 例行腹腔镜下结肠次全-全直肠切除,盲肠-肛管吻合术,术后均无严重并发症。病例数虽少,不能行系统的统计学分析,但腹腔镜下 IPAA 手术仍显现出损伤小、恢复快的优势,表现在术中出血量少,术后拔除胃管及进食时间早,术后住院时间短,切口小、疼痛轻等方面。与文献报道腹腔镜术后应激反应小、免疫抑制轻、有利于患者从手术打击中恢复特点相似^[4]。但也存在手术时间及麻醉时间长,手术费用高等不足。本组中位手术时间 7.5 h,这是由于腹腔镜下行 IPAA 尚在学习曲线期间,第 1, 2 例手术时间分别为 8.5, 9.0 h,随着技术的熟练,配合的默契,手术时间呈下降趋势,最短 6.5 h 完成。虽手术费用高,但患者术后恢复快、切口疼痛轻、下地活动早,有效的预防了肺部感染和下肢深静脉血栓的发生,避免了切口感染、裂开的可能性,住院时间短,故总体费用并不高。文献报道开腹 IPAA 手术的手术并发症率为 0~30%^[5]。本组出现吻合口隐性瘘致盆腔感染 1 例(20.0%),小肠梗阻 1 例(20.0%)。文献报道腹腔镜手术治疗结直肠肿瘤近期疗效优于开腹手术,而远期疗效亦不亚于开腹手术^[6]。

UC 患者长期消耗,肾上腺皮质功能不全及免疫功能低下,手术耐受力差。故术中操作细节很重要,笔者体会如下:

(1)基本原则是尽可能缩短手术时间,减少出血,减轻创伤。要求术者必须有娴熟的腹腔镜结、直肠手术经验,有极大的耐心;必须有 2 台电视监视器置于患者两侧并随时调整位置。操作过程中,需要多次调整术者站位和患者体位,如

游离横结肠时,术者站患者两腿之间,患者头高足低位,游离乙状结肠和直肠时,术者站患者右侧,患者头低足高右倾斜位;操作过程中还需多次交换镜头和超声刀的 Trocar 位置,以便于显露和操作;游离肠管时,游离一段,检查一段,确保止血可靠,避免重复操作。(2)对于较大的知名血管可先置 Hemo-lock 或钛夹后,再用超声刀分 2 次凝断,确保止血可靠,少量渗血可放置纱布条压迫止血。(3)游离肠管顺序时笔者认为可先分离横结肠系膜,因其系膜长,便于牵引操作,有利于游离结肠肝区和脾区,然后依次升结肠、降结肠、乙状结肠、直肠。(4)游离直肠时,由于腔镜的放大作用,具有传统手术无法比拟的优势。王国斌等^[7]认为对盆筋膜脏壁、两层之间疏松结缔组织间隙的判断和入路的选择更为准确,30°腔镜可消除小骨盆内盲区,放大局部视野,对盆底神经丛的识别更确切。(5)在骨盆入口处断直肠,将直肠残端通过肛门拖出,直视下齿状线上 1.5 cm 处横断直肠,保留 1~2 cm 的直肠黏膜,操作简单准确,术后排便功能良好。Heuschen 等^[8]随访 210 例 IPAA 术后 5 年,肛管移行区病检。仅 7/210(3.3%)有肛管移行区的不典型增生。(6)制作 J 型储袋,虽然其容积小,储粪量少,但手术操作简单,缩短手术时间,与吻合器吻合方便,目前应用最广泛^[9],Meagher 等^[10]随访了 1 310 例 UC 行 J 型储袋-肛管吻合术后,失败率仅 10.0%,储袋炎发生率低,较少引起肠梗阻。保证储袋血运良好,保留边缘血管,吻合口无张力,系膜不扭转^[11],吻合后注水、注气无渗漏。(7)最后行回肠末端预防性造瘘,这是非常关键的。Tjandra 等^[12]报道造口虽不能完全防止吻合口瘘的发生,但极大地减低了盆腔污染的机会,与对照组 100 例未做回肠造口者比较,后者 IPAA 术后吻合口瘘或储袋周围瘘的发生率增至 3 倍。另外,本组 1 例直肠-乙-降结肠型患者,术中见回盲部、升结肠肠壁柔软,无增厚,故保留回盲瓣,行盲肠-肛管吻合术,现已术后 20 个月,情况良好,术后排便每天 4~5 次。

本组的初步结果显示,腹腔镜下 IPAA 是安全可行的,早期疗效明显,具有出血量少、术后排便功能恢复快,住院时间短,手术切口小等优点,但也存在手术时间、麻醉时间长等不足,有待进一步改进提高。本组病例较少,有待大宗前瞻性研究作出临床结论。

参考文献:

- [1] 陈强谱. 溃疡性结肠炎的外科治疗[J]. 世界华人消化杂志, 2000, 8(3):339-340.
- [2] Steven DW, Lester R, Ann L, *et al.* Practice parameters for the treatment of mucosal ulcerative colitis-supporting documentation[J]. *Dis Colon Rectum*, 1997, 40(12):1277-1285.
- [3] 孟荣贵, 张卫. 溃疡性结肠炎外科治疗的术式选择与评价[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(12):750-751.
- [4] 曹其彬, 胡三元. 腹腔镜与开腹结直肠癌手术对机体免疫功能的比较[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(8):615-618.
- [5] Fazio VW, Ziv Y, Church JM, *et al.* Ileal pouch-anal anastomosis complications and function in 1005 patients[J]. *Ann Surg*, 1995, 222(2):120-127.
- [6] 王德臣, 袁炯, 傅卫, 等. 腹腔镜结直肠癌切除术在老年病人中的应用[J]. 中国微创外科杂志, 2007, 7(11):1066-1068.
- [7] 王国斌, 牛彦锋, 卢晓明, 等. 腹腔镜辅助下结直肠癌手术的疗效分析[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(8):561-564.
- [8] Heuschen UA, Autschbach F, Alle meyer EH, *et al.* Long-term follow-up after ileoanal pouch procedure: algorithm for diagnosis, classification, and management of pouchitis[J]. *Dis Colon Rectum*, 2001, 44(4):487-499.
- [9] 田超, 李立. 溃疡性结肠炎的外科治疗[J]. 中国普外基础与临床, 2007, 14(1):110-113.
- [10] Meagher AP, Farouk R, Dozois RR, *et al.* J ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis: complication and long-term outcome in 1310 patients[J]. *Br J Surg*, 1998, 85(6):800-803.
- [11] 童卫东, 黄显凯. 溃疡性结肠炎的外科治疗[J]. 大肠肛门疾病外科杂志, 2002, 8(4):213-215.
- [12] Tjander JJ, Fazio VW, Milsom JW, *et al.* Omission of temporary diversion in restorative proctocolectomy: Is it safe?[J]. *Dis Colon Rectum*, 1993, 36(11):1007-1014.

本刊启用远程稿件处理系统

为了提高办公效率,《中国普通外科杂志》编辑部将于2008年1月1日起正式启用“网络编辑管理系统”。请作者登陆网站 <http://www.zpwz.net> 按照以下步骤进行在线投稿。

投稿步骤

1. 选择“作者投稿”一栏,进入“作者投稿”界面。

如果是第一次投稿,需要先注册本系统:点“注册”进入注册流程,按照系统提示进行注册,请注意,“*”选项为用户必填项!

2. 点“作者投稿”,选择左边的“我要投稿”一栏,按照投稿向导的提示进行。

(1) 输入稿件中文文题和英文文题。

(2) 输入作者。若所投稿件为多人撰写,在作者信息下添加该文的合作作者,合作作者可以只添加姓名即可。此处需注意,如该文为n位作者撰写,需在填写完n位作者后,再点一下“继续添加作者”后方可点“下一步”,否则最后一个作者本系统将不会显示。

(3) 第三步“学科类型”、“专业类型”、“创作类型”、“投稿栏目”、“文章分类号/PACS码”可以不选。

如果该文有基金支持,请在“基金类型”下的长条框中输入(包括基金号);如果有多个,请用分号分开。输完以后点“下一步”。

(4) 输入关键词。请注意各词之间一定要用分号隔开。然后点击“添加”。再点“下一步”。

(5) 输入中英文摘要后再单击“下一步”

(6) 根据系统提示在相应的栏目中输入你要回避或推荐的专家,也可以不写。单击“下一步”,检查稿件的基本信息,如有需要修改的地方,点击“修改”;再确认无误后,单击“下一步”进入稿件上传步骤。

(7) 在“稿件上传操作区”点“浏览”,选中要上传的稿件后,点击右边的“上传稿件”。待弹出“稿件上传完毕,请继续下一步”的对话框时,点“确定”,再点“下一步”继续投稿。请注意,这一步可能因您的网速和稿件的大小,所需时间略有不同,请耐心等待,如果长时间仍没有弹出“稿件上传完毕,请继续下一步”的对话框,可重新尝试,确保稿件上传方可进行下一步。

(8) 核对完所投稿件的信息后请点“下一步”。如果您对编辑部有什么特别的要求或说明,请在“给编辑部留言”框中留下您的意见,点“立即提交”,系统会提示“***同志:非常感谢您对本刊物的支持!您的来稿《**》我们已经收到,请等待编辑部通知。查询请登录编辑部网站 <http://www.zpwz.net> 或咨询编辑部邮箱:pw4327400@126.com”。

友情提示

网上投稿后,请邮寄1份纸质稿(题名页与正文页均需用A4纸4号字隔行打印)、单位介绍信(注明材料真实可靠,无一稿多投和无科研机密资料泄密)及60元稿件处理费至本编辑部。

为防作者上传稿件不成功,请作者E-mail致本编辑部,信中请注明投稿时间、文题、作者姓名,并将稿件以附件形式发过来。

编辑部地址:湖南省长沙市湘雅路87号中国普通外科杂志编辑部

E-mail: pw4327400@126.com; jcgxxych@126.com. 联系电话 0731-4327400。