

然后左手进入 Kocher 切口即可完成对肠系膜上血管根部的控制,可有效控制术中大出血,为第 3 站淋巴结清扫提供了安全屏障,在左手控制下,术者可以对肠系膜上静脉血管鞘进行解剖,提高了肠系膜上静脉根部淋巴结的清扫率。另外,对肠系膜上静脉自下而上解剖至十二指肠水平部的边缘时,以左手保护十二指肠,可避免操作时损伤十二指肠。同时利用左手进行组织间隙的钝性分离、分辨重要组织器官以及双手的配合等操作,可使手术的操作变得更加流畅、安全。

总之,CME 的提出是结肠癌手术技术上的一次创新,对以后结肠癌手术向标准化发展提供了方向^[7]。本研究证实了在右半结肠癌 CME 手术中,应用左手控制技术可有效缩短手术时间,提高手术的安全性。

参 考 文 献

[1] Hohenberger W, Weber K, Matzel K, et al. Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and

central ligation—technical notes and outcome. *Colorectal Dis*, 2009, 11: 354-365.

[2] 万相斌,韩广森,任莹坤,等.血管控制技术在近端结肠癌手术中的应用. *医药论坛杂志*, 2009, 30: 25-26.

[3] West NP, Hohenberger W, Weber K, et al. Complete mesocolic excision with central vascular ligation produces an oncologically superior specimen compared with standard surgery for carcinoma of the colon. *J Clin Oncol*, 2010, 28: 272-278.

[4] 林锋,李勇.结肠癌 D3 手术规范化实施和关键点. *中国实用外科杂志*, 2011, 31: 481-484.

[5] 高志冬,叶颖江,王彬,等.完整结肠系膜切除术与传统根治术治疗结肠癌的对比研究. *中华胃肠外科杂志*, 2012, 15: 19-23.

[6] 赵玉洲,韩广森,李智,等.联合脏器切除应用于局部进展期右半结肠癌的疗效. *中华胃肠外科杂志*, 2011, 14: 372-374.

[7] 李国新,赵丽瑛.结肠癌切除标准化手术——全结肠系膜切除术. *中华胃肠外科杂志*, 2012, 15: 14-16.

(收稿日期:2012-02-18)

免腹部辅助切口联合内镜的腹腔镜乙状结肠直肠癌根治术

邹科见 蔡国豪 周卫平 黄平 李仁峰 方壮伟

【关键词】 乙状结肠肿瘤; 直肠肿瘤; 腹腔镜手术; 内镜

腹腔镜结直肠手术在我国已广泛开展,其安全性和疗效已经得到临床研究证实。但是腹腔镜结直肠手术标本取出仍需一约 4 cm 长的辅助切口,这个伤口会增加术后患者痛苦,伤口感染及其他并发症^[1]。海南省人民医院自 2010 年 1 月至 2012 年 4 月对 10 例结直肠癌患者采用免腹部辅助切口腹腔镜乙状结肠及高位直肠癌根治性切除术,取得满意疗效,现报道如下。

一般资料 本组患者男 4 例,女 6 例,年龄 48~76(平均 61)岁。其中直肠上段癌 4 例,乙状结肠癌 5 例,乙状结肠双发腺瘤 1 例。

手术方法 术前常规肠道准备,手术采用全身麻醉,取截石位,于脐上做 1.2 cm 纵切口,建立气腹。通过此 Trocar 孔置入 30°腹腔镜。在右侧腹直肌外缘与髂前上棘连线交点略下方置入一 12 mm Trocar,作为主操作孔。手术操作:(1)术中常规探查腹壁、腹腔及盆腔各器官未见转移灶及种植转移,必要时用肠镜引导下定位。(2)用超声刀

分离出肠系膜下动、静脉,并裸化肠系膜下动、静脉,清扫系膜淋巴结组织,用生物钛夹夹闭肠系膜下动、静脉,将降结肠、乙状结肠及直肠上段充分游离。在拟切除肠段的裸化肠管,再裁剪肠系膜。(3)纱布保护盆腔周围,在肿瘤两端用纱布带结扎肠管,消毒液经肛门冲洗下段直肠肠腔后,超声刀切断络化好肠管,用络合碘消毒断端。碘伏消毒肛门及远端直肠肠腔,置入标本袋,送入吻合器的抵钉座,再将标本放入标本袋,用卵圆钳自肛门取出。络合碘稀释液及大量蒸馏水充分冲洗盆腔,吸尽。直线闭合器闭合远端直肠。腹腔镜下在近端降结肠断端手工缝合荷包,置入吻合器抵钉座收紧荷包线。经肛门置入吻合器,行直肠肠或结肠肠管吻合,自左下腹 Trocar 口送入引流管置于骶前间隙距吻合口约 2 cm 处。(4)采用盆腔充气注气法检查吻合口是否存在渗漏,如发现吻合口出血或漏等情况,可在腹腔镜下加强缝合吻合口。

结果 所有患者顺利完成手术,无中转开腹,手术时间 150~210 min,术中出血量 50~100 ml。无腹腔感染、吻合口瘘等并发症,术后 1~2 d 肛门排气,术后 7~9 d 出院。

讨论 腹腔镜结直肠手术具有创伤小、全身炎症反应轻、术后恢复快及平均住院日缩短等优点,在技术上已臻成熟,并已获得切实可信的临床依据^[2-3]。免腹部辅助切口腹腔镜乙状结肠及直肠癌体内根治切除术是经自然腔道内镜手术(NOTES)的杂交术式,与传统的辅助切口腹腔镜乙状结

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2013.01.026

作者单位:570311 海口,海南省人民医院胃肠外科

通信作者:邹科见, Email: zoukejian188@163.com

肠及直肠癌根治切除术相比较,不需另作 4 cm 长的手术切口,手术创伤更小,腹部仅留下 4 个操作孔和 1 个引流管的手术瘢痕,美容效果良好,减少术后患者伤口疼痛、切口感染、疝及肠粘连发生等并发症。与国内外报道的无辅助切口腹腔镜乙状结肠癌及高位直肠癌体外根治切除术不同^[4]。我们联合肠镜直接在腹腔内完成肿瘤及系膜切除与断端肠管吻合,标本经肛门脱出,这样既保证肠管吻合的无张力,又减少肠管脱出对肠管的创伤。我们认为,免腹部辅助切口的腹腔镜乙状结肠直肠癌根治术适用于肿瘤直径小于肛管直径者;肿瘤直径大于肛管直径、系膜肥厚者、肛门口狭窄、肿瘤侵犯直肠周径大于 1/2 或已发生梗阻及盆壁及周围组织有侵犯或远处转移者,不宜采用该术式;手术操作应遵循腹腔镜结直肠癌根治术操作指南(2008 版)^[5]。

对手术操作,我们有如下体会:(1)患者肠道及饮食准备充分,才能减少术中肠管切开后肠内容物污染腹腔;(2)吻合的肠管两端应彻底清除吻合口附近肠系膜、周围脂肪和淋巴组织,有利于切割闭合器离断闭合及吻合器吻合;(3)肠管吻合时肠管及系膜应无张力,保证肠管血运良好;(4)标本脱出之前应充分扩肛,置入标本袋或 TEM 镜壳,以免脱出时挤压标本,从而造成肿瘤细胞脱落种植;(5)术中严格遵循无瘤和无菌原则,切开肠管前在肿瘤上下端用纱布带结扎肠管,防止肿瘤细胞脱落,同时用碘伏灌洗清洁肛门及远端直肠肠腔,吻合后用络合碘稀释液及大量蒸馏水充分冲洗盆腔,保证腹腔内干洁。本组患者术后恢复顺利,无腹腔感染,近期随访无肿瘤转移。我们认为,手术实施要多学科团队协作,良好麻醉使手术更加安全,护士及外科医师配合手术更加流畅顺利,内镜医师参与术中定位更加精准。此外,患者的选择同样不能忽

视,这是影响手术成败的关键因素,因此我们应严格掌握适应证。

我们的研究结果初步显示,免腹部切口腹腔镜联合内镜治疗结直肠肿瘤是具有创新性和安全性术式,符合肿瘤根治原则和无菌原则,符合现代微创外科理念的要求,近期疗效良好,美容效果满意,具有临床实用价值,远期疗效尚需进一步研究证实。

参 考 文 献

- [1] Hara M, Takayama S, Sato M, et al. Laparoscopic anterior resection for colorectal cancer without minilaparotomy using transanal bowel reversing retrieval. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2011,21:e235-e238.
- [2] Buunen M, Veldkamp R, Hop WC, et al. Survival after laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: long-term outcome of a randomised clinical trial. *Lancet Oncol*, 2009,10:44-52.
- [3] Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, et al. Randomized trial of laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma: 3-year results of the UK MRC CLASICC Trial Group. *J Clin Oncol*, 2007,25:3061-3068.
- [4] 孙东辉,佟伟华.腹腔镜联合 TEM 器械行腹部无辅助切口结直肠癌体外根治切除术 27 例报告. *中华腔镜外科杂志*, 2011,4:105-107.
- [5] 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组,中国抗癌协会大肠癌专业委员会腹腔镜外科学组.腹腔镜结直肠癌根治术操作指南(2008 版). *中华胃肠外科杂志*, 2009,3:310-312.

(收稿日期:2012-04-24)

多排螺旋 CT 对回盲部良恶性病变的鉴别诊断

朱江涛 朱建兵 陈光强 张博 蔡武 龚建平

【关键词】 回盲部; 体层摄影术; X 线计算机

回盲部病变常以右下腹痛起病,该部位解剖结构特殊,多种类型病变可累及此区域,因而定性诊断一直是难点^[1]。2008 年 8 月至 2011 年 8 月,苏州大学附属第二医院对 36 例回盲部病变进行多排螺旋 CT 检查,最终结果均经结肠镜或手术病理证实,本研究分析这组病例资料,以期对腺癌和炎

性病变患者 CT 特征进行比较。

一般资料 36 例患者中男 24 例,女 12 例,年龄 23~85 (平均 54)岁。腺癌 17 例,炎性病变 13 例,息肉 3 例,淋巴瘤 1 例,低度恶性胃肠间质瘤 1 例,黏液囊肿 1 例。

检查方法 采用美国 GE 公司的双排 Highspeed CT 及 64 排 Lightspeed-VCT 螺旋 CT 扫描检查。层厚/层间距为 5 mm。患者取仰卧位先行腹盆腔平扫,增强检查使用智能触发技术,行动脉期、静脉期和延迟期三期扫描。使用非离子型碘造影剂碘海醇(300 mgI/ml),剂量 1.5 ml/kg,注射速率 3~4 ml/s。获得的图像传至 ADW4.3 工作站和医院 PACS 系统进行三维重建后处理和分析。增厚肠壁的测量选取局

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2013.01.027

作者单位:215004 苏州大学附属第二医院影像科

通信作者:朱建兵, Email:zeno1839@126.com