腹腔镜全结肠切除术后回直肠套叠吻合治疗慢传输型便秘

扫码阅读电子版　扫码“胃肠新视野”栏目观看视频

耿宏智[1,2]　许晨[2]　宇永军[2]　从继颖[2]　张昭[2]　李玉玮[2]
[1]广西壮族自治区桂林市中西医结合医院肛肠外科　541004
[2]天津市人民医院肛肠疾病诊疗中心　300121
通信作者：李玉玮，Email：liyuwei66@163.com
耿宏智和许晨对本文有同等贡献

在传统的保守治疗无法改善症状的情况下，慢传输型便秘（slow transit constipation，STC）患者可考虑进行外科干预。全结肠切除术后直肠回肠吻合术（end-to-end ileorectal anastomosis，EEIRA）是手术治疗STC最有效的方法，有效率可达80%~100%。但由于手术切除了回盲瓣，术后3~6个月内的腹泻几乎不可避免。受到回盲瓣控制排粪作用的启发，我们对传统的EEIRA术式进行了改良，首次开展了一种回肠直肠套叠式吻合术（ileorectal intussusception anastomosis，IRIA），通过再造人工的回盲瓣，用以治疗STC患者术后早期排粪频次和急迫排粪的问题。本视频分享一例56岁女性患者行腹腔镜结肠全切除术后回直肠套叠吻合治疗STC的经验。

一、外科手术

第1步：腹腔镜全结肠切除术按照紧贴结肠壁超声刀离断血管，少切结肠系膜的原则。

第2步开腹取出标本：腹腔镜全结肠切除完成后，取下腹正中切口6 cm，使用切口保护套保护切口，在距回盲部10 cm使用弯型切割闭合器离断回肠，在回肠内放置直径29 mm吻合器钉座。在距盆底腹膜反折线上6 cm上，使用弯型切割闭合器离断直肠，取出标本送病理检查。

第3步IRIA吻合：消毒清洗直肠后，经肛门插入直径29 mm吻合器完成EEIRA。0.9%氯化钠注射液1 000 ml冲洗腹腔。完成EEIRA后经肛门插入直径1 cm的肛门引流管，在距吻合口下0.3 cm用非吸收4号线从直肠壁穿出，绕过吻合口，在吻合口上0.3 cm和6~8 cm的回肠穿出，连续缝合包埋吻合口。同样的方法，在直肠和回肠环周重复缝合6~8次，拉紧这6~8根4号丝线，将长度3~4 cm的回肠套入直肠，再次用非吸收4号线包埋一周吻合口，IRIA吻合口直径约1.2 cm，未作预防性回肠造口，盆腔放置引流管一根。

二、术后治疗与随访

术后3 d采用益生菌酸牛奶和要素饮食。当腹腔排液量连续2 d<50 ml时，腹腔B超检查无盆腔积液，将Jackson-Pratt引流管取出。留置导尿管术后48 h拔出，肛门排气管在术后第9天取出。

术后随访1年，患者Wexner肛门失禁和便秘评分为0分；粪便失禁生活质量（fecal incontinence quality life scale，FIQL）评分112分；胃肠手术生活质量（gastrointestinal qality of life index，GIQLI）评分165分。患者术后7~30 d排粪4~6次/d，呈稀糊样便；2~3个月排粪2~4次/d，呈粘稠糊状便；4~6个月排粪2~3次/d，呈粘稠软便；7~12个月排粪2~3次/d，呈香蕉样软便。

三、手术注意事项

我们在距腹膜反折线上7~8 cm切断直肠，保留了完整的直肠容积为术后储存粪便。在距离吻合口上6~8 cm末端回肠的位置进行套叠缝合时，肛门引流管可引导长3~4 cm的回肠套入直肠。手术的关键点是从吻合口到末端回肠的缝合距离≥6 cm，套入直肠的回肠太短，以致于无法保证吻合口的直径在（1.2±0.2）cm，术后有可能发生吻合口狭窄和不全性肠梗阻。末端回肠的系膜两侧的缝合必须确保有0.6 cm的间隙，否则吻合口可能缺血坏死。

为了预防末端回肠进入直肠发生继续套叠的这种情况，我们对末端回肠与乙状结肠系膜进行了加固缝合。此外IRIA将吻合口完全包埋在回肠和直肠之间，套入的回肠隔断了粪便经过吻合口的接触面，减少了吻合口漏和吻合口出血。术后肛门引流管对吻合口起到支撑的作用，预防吻合口水肿造成的狭窄，同时也加速吻合口套叠内部的融合，如果有积液可以通过直肠排粪的收缩和舒张运动从吻合口排出，这可能避免吻合口套叠内部的感染。

利益冲突　所有作者均声明不存在利益冲突

（收稿日期：2020-08-25）
（本文编辑：朱雯洁）