

# 腹腔镜辅助下“回”字型根治性右半结肠切除术

张习杰 赵玉洲

郑州大学附属肿瘤医院普通外科 450003

通信作者:赵玉洲,Email:yuzhouzhao@126.com



扫码阅读电子版



扫码“胃肠新视野”  
栏目观看视频

病例男,68岁,体质指数 $25.3\text{ kg/m}^2$ ,主诉“间断腹泻2个月”入院。全腹CT示升结肠壁略厚,考虑恶性病变。肠镜示升结肠不规则肿物,表面溃烂。术前诊断示升结肠腺癌( $cT_2N_0M_0$ )。腹腔镜手术戳卡孔的置入我们选用五孔法。

1. 打开末端回肠系膜与后腹膜的交汇部:患者取头低脚高 $15^\circ\sim 30^\circ$ 并向左倾斜 $15^\circ$ 体位,以利于小肠落在腹腔的左侧。主刀和助手分别位于患者的左、右两侧,扶镜手位于患者两腿之间。助手肠钳提起回盲部,将回肠系膜自右侧髂血管外上方向右、向上展开。游离末段回肠及盲肠与后腹膜的交汇部,向外游离至侧腹膜,向内游离至肠系膜上静脉的主干。此为“回”字型操作步骤中下面的一横<sup>[1]</sup>。

2. 自回肠后方向上游离右半结肠系膜后方Toldt间隙:助手将回肠系膜缘向上提起,从第一步的切口进入Toldt间隙,从回肠后方自下而上充分游离Toldt间隙。然后打开右肠系膜和后腹膜的粘连,注意避免损伤输尿管及十二指肠。以钝性为主、锐性为辅的方式游离右半结肠系膜与十二指肠及胰头表面的粘连,向上游离至十二指肠球部并尽可能贴近肝下缘,在游离的Toldt间隙末端放置纱布块,这将在下一步保护十二指肠和胰腺。此为“回”字型操作步骤中的“口”<sup>[1]</sup>。

3. 自中线附近打开胃结肠韧带并向右游离至侧腹膜:再将患者取头高脚低位 $15^\circ\sim 30^\circ$ ,以便在术野中更好地暴露胃结肠韧带。助手提起胃大弯,于横结肠预切除处打开胃结肠韧带并向右侧游离。此时胃网膜右血管的离断要依据肿瘤所在位置:如果肿瘤位于回盲部及升结肠,不用切除胃网膜右血管;如果肿瘤位于结肠肝曲或横结肠近肝曲,则紧贴胃

壁切除胃网膜右血管。向外游离结肠肝曲至侧腹膜边界,可见上一步中放置纱布块,防止损伤Gerota筋膜<sup>[1]</sup>。于横结肠预切处横结肠系膜前叶根部放置一小纱布块,可以有效地保护胃壁并作为下一步处理结肠中血管的标志。此为“回”字型操作步骤中上面的一横。

4. 沿肠系膜上静脉右侧裸化并离断右半结肠各属支血管:助手向上、向外挑起右半结肠系膜与后腹膜形成 $45^\circ$ ,打开回结肠下方回结肠系膜无血管区,自肠系膜上静脉的右侧显露出回结肠血管的根部。沿肠系膜上动静脉主干继续向上游离,依次结扎并离断回结肠动静脉、右结肠动静脉(部分患者可能缺少其中一支或两支均缺如)、胃结肠静脉干(或副右结肠静脉)及结肠中动静脉或其右支,此时可见纱布块,避免损伤胃后壁<sup>[1]</sup>。此为“回”字型操作步骤中右侧的一竖。

5. 游离升结肠及侧腹膜,完全游离标本:助手向内牵拉结肠,自侧腹膜及后腹膜,沿升结肠旁沟锐性游离侧腹膜,彻底游离标本。取脐上正中辅助切口,将标本取出,行右半结肠组织切除、回横结肠吻合。此为“回”字型操作步骤中左侧的一竖。

## 参 考 文 献

- [1] 张俊立,韩广森,马鹏飞,等.腹腔镜辅助下“回”字型根治性右半结肠切除术的应用[J].华中科技大学学报(医学版),2019,48(2):246-248. DOI:10.3870/j.issn.1672-0741.2019.02.023.

(收稿日期:2021-04-28)

(本文编辑:朱雯洁)