

合治疗。早期手术探查应非常慎重,因为化学物质引起腐蚀性胃炎,往往与胃肠道穿孔难于鉴别。腐蚀性消化道穿孔可手术治疗,但效果差。在短时间内病情趋于恶化者,表明服毒剂量已超过致死剂量,不宜马上手术治疗<sup>[1]</sup>。应注意的是,化学烧伤的严重程度不单是化学物质引起的局部损伤,而且某些化学物质可以从消化道粘膜吸收,引起全身中毒(如酸性化学物质可引起代谢性酸中毒,导致血管内溶血或血红蛋白尿)。治疗措施主要是在静脉补液及给予利尿剂,以加速排尿、排毒的同时,保护重要脏器,如心、肺、脑和肾的功能,防止多脏器功能衰竭。另外,全身应用广谱抗生素、皮质激素以防止感染和减轻上消化道痉挛引起的狭窄。在病程晚期,主要针对食管狭窄进行治疗,方法包括水囊或支架扩张<sup>[5]</sup>。

**3.2** 目前,在上消化道化学烧伤早期是否插胃管,争议较多。一方面,大部分学者担心插胃管可能导致严重的穿孔或上消化道出血事件发生,但另一方面,也有学者认为插胃管可以行胃管注入中和剂,更重要的是建立了今后的肠内营养通道。苗玉连<sup>[1]</sup>认为如患者拒不配合或因咽痛难以反复吞咽者,则应插胃管。于晟<sup>[2]</sup>也主张只要患者能积极配合,插胃管也非绝对禁忌。因此,上消化道化学烧伤早期留置胃管具有一定理论和实践基础。

**3.3** 临床上,由于胃管较粗、硬,加之患者口腔及咽喉区剧痛、吞咽困难,大部分患者不能配合,并且粗

硬的胃管可能进一步加重上消化道粘膜的损伤或出血。为此,我们在上消化道化学烧伤早期应用细软的液囊空肠导管,取代胃管,较好地解决上述问题。

**3.4** 食管烧伤后瘢痕狭窄发生率较高<sup>[6]</sup>。王如文等<sup>[3]</sup>采用医用长硅胶管行全食管腔内置管治疗早期食管烧伤患者,较好地避免形成瘢痕狭窄,但长硅胶管操作困难并且可能导致严重的穿孔或上消化道出血等并发症。本组采用是细软的空肠导管,外径较小,实现了安全建立上消化道化学烧伤早期肠内营养通道的目标,不仅提高了上消化道烧伤抢救成功率,而且缩短肠外营养的时间。

#### 参考文献

- 1 苗玉连. 上消化道化学烧伤的治疗体会[J]. 河北医学, 1999, 5(6): 44-45.
- 2 于晟, 张绪生, 薛晓东. 上消化道酸烧伤治疗体会[J]. 中华整形烧伤外科杂志, 1997, 13(2): 138-139.
- 3 王如文, 蒋耀光, 周景海. 食管严重烧伤171例的外科治疗[J]. 中华消化外科杂志, 2007, 6(6): 404-406.
- 4 Hofmeyr S, Sidler D, Moore SW. Multiple Streptococcus milleri cerebral abscesses after repeated esophageal caustic stricture dilation[J]. J Pediatr Surg, 2008, 43(5): 964-966.
- 5 彭贵勇, 王振华, 杨建民, 等. 不同原因食管狭窄的内镜治疗[J]. 临床消化病杂志, 2003, 15(5): 198-201.
- 6 Tiryaki T, Livanelioglu Z, Atayurt H. Early bougienage for relief of stricture formation following caustic esophageal burns[J]. Pediatr Surg Int, 2005, 21(2): 78-80.

[收稿日期 2009-05-19][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

## 短篇论著

# 腹腔镜下乙状结肠单腔造口术可行性分析 (附 21 例临床报告)

陶绪雄, 叶德强, 余德元, 袁堂战, 陈嘉希

作者单位: 330003 江西, 南昌大学第四附属医院腹腔镜外科(陶绪雄, 余德元, 袁堂战, 陈嘉希); 南昌大学附属感染病医院(南昌市第九医院)外科(叶德强)

作者简介: 陶绪雄(1965-), 男, 硕士学位, 副主任医师, 研究方向: 腹腔镜微创外科。E-mail: Taoux. 818@163.com

**[摘要]** 目的 探讨晚期直肠癌患者腹腔镜下行乙状结肠单腔造口术对以解决排便问题的可行性。方法 对2006-06~2008-05的21例晚期直肠癌患者腹腔镜下行乙状结肠单腔造口术临床资料进行分析。结果 21例晚期直肠癌患者腹腔镜下行乙状结肠单腔造口术无一例中转开腹, 全部成功。结论 晚期直肠癌患者腹腔镜下行乙状结肠单腔造口术对解决排便问题是安全可行的。

[关键词] 直肠癌; 腹腔镜; 肠造口术

[中图分类号] R 735.35 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2009)10-1041-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.10.13

**An analysis of feasibility of the laparoscopic single lumen extraperitoneal colostomy(a report of 21 cases)**

TAO Xu-xiong, Ye De-qiang, YU De-yuan, et al. Department of Laparoscopic Surgery, the Fourth Hospital of Nanchang University, Jiangxi 330002, China

[Abstract] **Objective** To explore the defecation feasibility of laparoscopic extraperitoneal colostomy in patients with advanced stage rectal cancer. **Methods** The clinical data of 21 cases of advanced stage rectal cancer received laparoscopic extraperitoneal colostomy from June 2006 to May 2008 were analysed retrospectively. **Results** All the 21 cases received laparoscopic extraperitoneal colostomy successfully without conversion. **Conclusion** The laparoscopic extraperitoneal colostomy is safe and feasible in the patients with advanced stage rectal cancer to solve the problem of defecation.

[Key words] Rectal cancer; Laparoscopy; Colostomy

直肠癌占消化道恶性肿瘤的第二位,是常见病、多发病,治疗上以根治性手术切除为主,但有相当多的患者因癌肿晚期转移而失去根治或姑息切除的机会<sup>[1,2]</sup>。为改善患者的生活质量,减轻其痛苦,我科用腹腔镜下行乙状结肠单腔造口术成功实施 21 例,现报告如下。

**1 资料与方法**

**1.1 临床资料** 本组 21 例中男 13 例,女 8 例,平均年龄 58.2 岁。因发现便血入院 12 例,大便变细、排便次数增多入院 8 例,均伴有不同程度的肠梗阻症状。经结肠镜检查均可见肠腔有不同程度的狭窄,活检诊断为直肠低分化腺癌 9 例,中分化腺癌 12 例。本组均为 Duckes D 期。心肺肾检查无异常。

**1.2 手术方法** 手术均采用气管插管全身麻醉,患者取截石位,头低足高 30°,右倾 15°。术者位于患者右侧,第一助手位于患者的左侧,持镜者位于术者同侧上方。患者两腿间安放腹腔镜设备车架。脐上缘作一 10 mm 切口插入气腹针建立气腹,腹内压维持在 12 mmHg,由该处置入 10 mm trocar,导入 30°腹腔镜,右下腹行 12 mm 戳孔为主操作孔,左下腹戳孔置于拟定造口位置标记范围内。探查见肝表面有数个转移灶,与 CT、B 超结果吻合,用抓钳向上、向右牵拉提起乙状结肠和直肠上端,用超声刀打开左髂血管上方左侧侧腹膜,游离结肠左侧(此时应辨别并避开左输尿管)。以同样的方法打开乙状结肠系膜的右侧腹膜并注意右侧输尿管的位置及走向。用超声刀分离乙直肠系膜,解剖显露直肠上动脉及乙状结肠动脉,分别施夹三枚钛夹,用超声刀离断,血管近断端保留两枚钛夹。于肿瘤上方 2.5 cm 处分离直肠系膜,清除直肠肌层外层脂肪结缔组织,

在该处用腹腔镜切割缝合器(Endo-GIA),切断直肠。关闭气腹机,解除气腹。髂前上棘与脐孔连线的中外 1/3 交界处(术前已作造口记号处),拔除该处 trocar,做一直径 3 cm 的圆形切口,将皮肤、皮下组织和腹外斜肌腱膜切除,“十”字切开腹内斜肌和腹横肌,从腹膜外钝性分离至结肠旁沟,切开此处腹膜扩大该处腹膜切口,使之能通过乙状结肠不致狭窄为妥。将近端结肠从腹膜外隧道引至造口皮肤外。近端肠壁的脂肪与腹膜、筋膜和皮下组织各用不吸收丝线间断缝合数针。切除过长的结肠,采用开放缝合法造口,盆腔放置一根胶管引流,由右下腹主操作孔引出。

**2 结果**

手术进展顺利,21 例中无一例中转开腹,无一例出现肠管、肠系膜、左侧输尿管和性腺血管的损伤。平均手术时间 100~120 min,平均术中出血约 10~20 ml。术后疼痛轻,未使用任何止痛剂。平均 12 h 后下床活动,24 h 肠功能恢复(可开始正常饮食)。48 h 拔除引流管。术后随访 1~2 年,本组 21 例中除出现 1 例造口周围皮肤炎和 1 例造口狭窄外,其他未见造口并发症,总并发症发生率为 9.8%。

**3 讨论**

**3.1** 1987 年腹腔镜胆囊切除术的成功使腹腔镜手术在全球得到迅猛发展,腹腔镜胆囊切除术具有切口小、恢复快、痛苦轻、出血少、外观美、住院时间短等优点。人们从这种手术中认识到,术后的恢复主要与腹壁的切口而不是通常所认为的腹腔内所做的手术方式有关。由此人们推断腹腔镜技术用于胃肠道手术也同样会给患者带来相似术后恢复方面的好处。1990 年 6 月 Jacobs 开展了首例腹腔镜右半结

肠切除术,同年10月Fowler运用切割吻合器完成了第1例腹腔镜乙状结肠切除术,11月Leahy完成了第1例腹腔镜超低位Dixon术。随着腹腔镜技术的不断提高,手术设备和各类腔内器材的不断改进运用,特别是超声刀的运用,使得术中出血减少、手术时间缩短、并发症降低,从而促进了腹腔镜技术在胃肠疾病中的运用。

**3.2 对晚期直肠癌并远处转移者、年高体弱者、合并梗阻或不完全梗阻者,如病情许可须争取做姑息切除术。**传统的开腹手术探查需要一个足够大的切口,通过本组手术短期的临床观察,我们认为腹腔镜乙状结肠单腔造口术与传统开腹乙状结肠单腔造口术相比具有以下优点:(1)腹壁伤口小,创伤明显减轻。腹腔镜手术仅多三个戳孔的创口,加起来的长度为2.7 cm,没有肌肉牵拉挤压损伤;(2)术后疼痛明显减轻。引起患者术后疼痛剧烈的往往是手术入路的腹壁切口,直肠传统手术切口长度均在10 cm以上,而同类腹腔镜手术创口小,几个戳孔且分散相距较远;传统手术切口长同时要受到显露术野器具的牵拉挤压,而腹腔镜手术患者术后疼痛明显减轻;(3)术后恢复正常活动时间早。腹腔镜手术创伤小,术后疼痛轻,患者下床活动较方便;(4)出血少。腹腔镜使用超声刀等止血、切割设备使术中出血明显减少;(5)术后胃肠道功能恢复快;(6)创口感染的机会减少。传统的开腹造口术切口长且离造口距离相对较近,易受到肠内容物的污染,故切口感染较多,而腹腔镜造口术没有切口,戳孔的位置距离造口相对较远,不易受到肠内容物的污染,故感染机会少。戳孔的创口一般作皮内缝合,无需拆线,传统手

术的切口拆线至少7 d,年龄大、营养差、贫血者、切口长等情况拆线时间还得延长。腹腔镜造口术就不存在此类问题,即使戳孔感染处理也较容易,亦不存在切口裂开的并发症<sup>[3]</sup>;(7)腹腔镜手术创伤小、痛苦轻、下床活动早、排痰较容易可减少肺部感染、肺不张及深静脉血栓等并发症的发生率。

**3.3 腹腔镜直肠癌手术中转率在6%~12%之间<sup>[4,5]</sup>。**本组21例手术时间相对较长,随着手术例数及经验的积累,手术时间将会明显缩短。腹腔镜下乙状结肠单腔造口术可为我们在处理晚期直肠肿瘤或需行乙状结肠造口术提供一种微创的方法。该方法不仅技术上可行,而且充分体现了腹腔镜手术微创的优点,可减轻晚期直肠癌患者的痛苦,提高生活质量。

#### 参考文献

- 1 韩少良. 大肠肛门疾病外科治疗[M]. 北京:人民军医出版社, 2006:327-329.
  - 2 王耿泽,任武. 直肠癌治疗新进展[J]. 河南外科学杂志, 2009, 15(3):71-73.
  - 3 Jakobsen HL, Harvald TB, Rosenberg J. No-trocar laparoscopic stoma creation[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2006, 16(2):104-105.
  - 4 Morino M, Parini U, Giraud G, et al. Laparoscopic total mesorectal excision: a consecutive series of 100 patients[J]. Ann Surg, 2003, 237(3):335-342.
  - 5 Scherdbach H, Schneider C, Konradt J, et al. Laparoscopic abdominoperineal resection and anterior resection with curative intent for carcinoma of the rectum[J]. Surg Endosc, 2002, 16(1):7-13.
- [收稿日期 2009-06-10][本文编辑 谭毅 覃柯滔]

## 《中国临床新医学》杂志征集广告启事

《中国临床新医学》杂志是经中华人民共和国新闻出版总署批准出版、由中华人民共和国卫生部主管、由中国医师协会和广西壮族自治区人民医院共同主办的国家级医学学术性科技期刊(国内统一连续出版物号为CN45-1365/R,国际标准刊号为ISSN1674-3806,邮发代号为48-173,月刊,国内外公开发行)。办刊宗旨为:报道国内外医学科学的最新研究成果,传播医学科学的最新理论和信息,交流医学科学的最新经验,介绍医学科学的最新技术。主要读者对象为广大的医疗卫生业务技术人员和医院管理工作。

本刊征集承接各种、各类宣传广告,包括医疗机构介绍,医药卫生产品、药品、医疗器械、医疗耗材、保健食(药)品及保健酒(茶)类等。热情欢迎广大医疗机构、厂家、商家、销售代表和代理商来人、来电、来函联系商谈广告业务;欢迎有关公司(个人)承包代理广告业务;欢迎广大医务人员协助推介联系广告业务。本刊将按照广告费用情况,实行多种、多方式的优惠、提成、酬劳、佣金、奖励等制度。

本刊地址:广西南宁市桃源路6号广西壮族自治区人民医院内,邮编:530021,联系电话:0771-2186013, E-mail: zgl-cxyxzz@163.com。广告联系人:刘京虹,覃柯滔。

广告刊登需刊登广告方提供以下相关材料:医疗机构需要提供加盖单位公章的营业执照复印件、广告审批文件复印件;医药卫生产品、药品、医疗器械、医疗耗材、保健食(药)品、保健酒(茶)类等,需提供加盖公司公章的“广告委托书、生产许可证、产品合格证、销售许可证、广告审批文件”等相关证明材料的复印件。

· 本刊编辑部 ·