DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.12.005
第26卷第12期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 12
1042 2004年6月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jun. 2004

论著

文章编号:1000-5404(2004)12-1042-03

圆形吻合器直肠黏膜环切术治疗直肠黏膜脱垂的疗效

张连阳,刘宝华,文亚渊,罗东林,王亚旭,沈康强 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所普通外科,重庆 400042)

提 要:目的 评价采用圆形吻合器治疗直肠黏膜脱垂的安全性和可行性。方法 回顾性分析2002年10月至2004年1月手术治疗的18例直肠黏膜脱垂病人,均经排粪造影诊断。结果 18例中直肠黏膜内脱垂8例;直肠黏膜外脱垂合并痔脱出10例。手术时间0.3~1.0 h(平均0.53 h),吻合口距齿状线的距离1.0~2.5 cm(平均1.9 cm)。黏膜切除上下平均宽度为2.5~3.5 cm。环切黏膜圈完整15例;不完整3例。术后随访1月~12月,均对手术效果满意,直肠黏膜脱垂无复发,1例6月后仍便血。结论 圆形痔吻合器经肛门直肠黏膜环切术是治疗直肠黏膜脱垂的有效方法,手术简便。

关键词:圆形痔吻合器;直肠黏膜环切术;直肠黏膜脱垂
中图法分类号:R615;R657.19 文献标识码:A

Treatment of 18 patients with rectal mucosal prolapse using rectal mucosal sleeve resection by the circular stapler

ZHANG Lian-yang, LIU Bao-hua, WEN Ya-yuan, LUO Dong-lin, WANG Ya-xu, SHEN Kang-qiang (Department of General Surgery, Institute of Surgery Research, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the safety and efficacy for rectal mucosal prolapse using a hemorrhoidal circular stapler device. **Methods** A total of 18 patients with rectal mucosal prolapse treated surgically from October 2002 to January 2004 were analyzed retrospectively. All the patients were diagnosed by defecography. **Results** Internal rectal mucosal prolapse was found in 8 patients and external rectal mucosal prolapse with prolapsed hemorrhoids in 10 patients out of the 18 patients. The operation time ranged from 0.3 to 1.0 h (averaging 0.53 h). The distance of the anastomosis from the dentate line ranged from 1.0 to 2.5 cm (averaging 1.9 cm). The average width of the resected mucous membrane ranged from 2.5 to 3.5 cm. Complete rectal mucosal sleeve resection was performed in 15 cases, but incomplete in 3 cases. The follow-up (1—12 months) showed satisfactory surgical outcomes and no recurrence of prolapse in all cases. Rectal bleeding occurred in 1 case 6 months after operation. **Conclusion** The transanal rectal mucosal sleeve resection by a stapler device is a safe, easy, and effective surgical method for rectal mucosal prolapse.

Key words: circular stapler; rectal mucosal sleeve resection; rectal mucosal prolapse

直肠黏膜脱垂常合并痔脱出,诊断和治疗均存在争议,手术方法较多,效果尚不满意。1998年意大利学者Longo报道了采用一种特殊吻合器进行直肠黏膜环切术治疗脱垂性痔的方法,该手术因符合肛门部解剖生理、操作简单、术后疼痛少、病人恢复快等优点而在国际上得到了广泛应用[1,2];国内自2000年引入该手术后,但尚少见有用于直肠黏膜脱垂的报道,本研究回顾性分析我院近1年来采用圆形痔吻合器行经肛门直肠黏膜环切术治疗直肠黏膜脱垂18例的结果。

1 材料和方法

1.1 临床资料

回顾性分析2002年10月至2004年1月手术治疗的18例直肠黏膜脱垂患者,均经排粪造影诊断。男10例,女8例,平均42.3岁(28~60岁);病程平均3.85年(0.8~5年),有痔手术史6例。8例因肛门坠胀、排便困难和便血就诊,排粪造影诊断为直肠黏膜内脱垂。10例肛门部肿物脱出,便血及肛门疼痛就诊,模拟排便动作时可见痔及直肠黏膜外翻,排粪造影诊断直肠黏膜外脱垂。合并直肠前突3例。

1.2 手术方法

病人取采用折刀位或截石位,扩肛后放入肛管扩张器

作者简介:张连阳(1966—),男,广东省潮阳市人,博士,主任医师,教授,主要从事胃肠动力、胃肠肿瘤及腹腔镜外科方面的研究,发表论文50余篇。电话:(023)68757248;E-mail:hpzhangly@163.com

收稿日期:2004-03-15;修回日期:2004-05-28

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

(CAD33), 并缝合固定在肛门周围皮肤上; 再放入荷包缝合用肛镜(PSA33), 在齿状线上 4~6 cm 行直肠黏膜下荷包缝合一圈; 退出 PSA33 后放入吻合器(HCS33), 其头端放至荷包缝合线上方, 结扎荷包缝合线; 用持线器(STl00)通过 HCS33 侧孔引出荷包缝合线末端, 在适当持续用力牵拉荷包缝合线末端的同时, 旋紧吻合器; 击发吻合器, 保持吻合器在击发状态 30 s 以上, 松开后退出吻合器; 检查直肠黏膜吻合口, 确实止血后, 拆除 CAD33, 手术结束。

2　结果

手术时间 0.3~1.0 h(平均 0.53 h), 8 例需缝扎止血; 吻合口距齿状线的距离 1.0~2.5 cm, 平均 1.9 cm。黏膜切除上下平均宽度为 2.5~3.5 cm, 环切黏膜圈完整 15 例, 不完整 3 例。术后 12 例需导尿, 1 例术后 2 周内肛门肿胀。术后随访 1~12 个月, 1 例术后半年少量便血, 无直肠黏膜脱垂复发, 均对手术效果满意。

3　讨论

直肠黏膜脱垂与直肠全层套叠不同, 一般不伴随直肠系膜化、直肠骶骨间距加大、盆底疝等直肠外解剖异常。我们根据排粪造影结合盆腔造影可明确区分直肠全层套叠和直肠黏膜脱垂, 并观察到直肠黏膜脱垂也可累及全环[3], 从而指导其治疗, 直肠全层套叠可经腹手术, 直肠黏膜脱垂则经肛门手术。Berman 倡导经肛门治疗直肠黏膜脱垂甚至全层套叠, 通过切除、固定松弛的直肠黏膜或缩小直肠腔来去除黏膜脱垂, 主要手术方式包括 Delorme 手术、胶圈套扎术、直肠黏膜侧切术等, 但上述手术后, 部分病人肛门坠胀、便次增加等症状不能缓解, 复查排粪造影等黏膜脱垂仍然存在, 效果并不满意。

采用圆形痔吻合器行经肛门直肠黏膜环切术被称为脱垂和痔的手术(procedure for prolapse and haemorrhoids, PPH), 或称吻合器痔切除术(stapled haemorrhoidectomy), 是利用圆形吻合器切除齿线上部分松弛的直肠黏膜袖, 同时使肛垫上移, 达到恢复肛管解剖、维持正常排便功能的目的。我们体会, PPH 用于直肠黏膜脱垂时, 与用于痔手术有以下不同, 一定要确保切除黏膜环宽度大于 2 cm, 要点: ①荷包缝合线距齿状线的距离应在 3.5~4.5 cm 以上, 稍高于用于痔时的 3~4 cm[4]; 另外, 吻合口水平过低, 可出现术后肛门坠胀、便急感, 可与直肠黏膜内脱垂的症状相混淆[5]。②可作相距 1 cm 左右的双荷包缝合, 即在齿线上 3.5 cm 和 4.5 cm 处做 2 个荷包缝合, 分别从 3 点和 9 点处引出。③应加大牵拉荷包缝合线末端的力量。④对于以直肠前壁黏膜脱垂为主的病例, 完成荷包缝合后, 在荷包缝线水平正前方(12 点)处加一牵拉缝线, 以增加前壁黏膜切除量。⑤收紧荷包线结扎时不宜过紧, 避免使荷包紧紧绑于吻合器中心杆, 影响荷包牵拉。本组 3 例切割环不完整, 可能影响术后远期效果, 出现这种情况的原因包括: ①针距过大, 荷包缝合时应遵循内荷包的原则, 肠腔内针距应小于 0.5 cm, 黏膜外针距可适当增加, 如果肠腔内针距过大, 牵拉时该处黏膜受力较小, 拉入切割舱内的黏膜较少, 就可能出现环切黏膜圈部分不完整的现象; ②牵拉力量不均, 单一荷包缝线牵拉部位与对侧受力不均, 导致切割不均匀, 应加缝 2~3 条牵引线, 各方向受力相近。

PPH 术后可在 4~5 d 出院, PPH 手术并发症总的发生率较低[6], 已经报道的有术中击发吻合器时病人出现下腹部疼痛或心动过缓或低血压、术后直肠出血、直肠狭窄、术后持续性疼痛、便急、短暂性肛门部分性失禁、直肠吻合口黏膜下感染、直肠阴道瘘, 甚至出现危及生命的盆腔感染。30%~40%的患者吻合器激发后可见吻合口有搏动性出血, 多数位于右前方, 其次为右后方和左中的部位, 应妥善缝扎止血。本组 1 例术后半年出血, 经肠镜检查为吻合口肉芽增生, 可能与术中缝扎止血时缝针距离吻合口较远有关。另外, 本组 1 例出现术后肛门水肿, 2 周后逐渐缓解, 文献报道部分患者出现肛门部残留皮赘, 一般在术后 3 个月逐渐萎缩。本组随访 1~12 个月, 无复发。Altomare[7] 报道 18 例直肠黏膜外脱垂经 PPH 治疗后, 平均随访 20 月(7~23 个月), 术后肛门坠胀消失, 无脱垂复发。Araki[8] 对 11 例伴出口梗阻的直肠黏膜脱垂行 PPH 手术, 结果术前便秘症状有改善, 6 个月后多感满意。对于伴随直肠前突的黏膜脱垂患者, 考虑到直肠前突不是导致肛门坠胀等症状的主要因素, 我们未处理直肠前突。Altomare 报道[9] 在行 PPH 治疗直肠黏膜脱垂的同时, 切开直肠阴道隔修补直肠壁薄弱处, 治疗 8 例, 平均随访 12 个月, 排粪造影显示直肠前突和直肠后壁黏膜脱垂已纠正, 排便困难症状明显改善。

我们认为, PPH 治疗直肠黏膜内或外脱垂, 较 Delorme 手术操作简便、容易, 近期疗效满意, 但由于开展时间短, 其远期疗效及并发症等尚有待于进一步做随机对照研究。

参考文献:

[1] Orrom W, Hayashi A, Rusnak C, *et al*. Initial experience with stapled anoplasty in the operative management of prolapsing hemorrhoids and mucosal rectal prolapse[J]. Am J Surg, 2002, 183(2): 519-524.

[2] Boccasanta P, Capretti P G, Venturi M, *et al*. Randomised controlled trial between stapled circumferential mucosectomy and conventional circular hem-

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

orrhoidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse[J]. Am J Surg, 2001, 182(1): 64－68.
[3] 张连阳, 张胜本, 黄显凯, 等. 排粪造影结合盆腔造影诊断直肠内脱垂[J]. 中国医学影像学杂志, 1998, 6(2): 134－136.
[4] 傅传刚, 张 卫, 王汉涛, 等. 吻合器环形痔切除术[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(11): 653－655.
[5] Orrom W, Hayashi A, Rusnak C, *et al*. Initial experience with stapled anoplasty in the operative management of prolapsing hemorrhoids and mucosal rectal prolapse[J]. Am J Surg, 2002, 183(5): 519－524.
[6] Carriero A, Dal Borgo P, Pucciani F. Stapled mucosal prolapsectomy for haemorrhoidal prolapse with Lone Star Retractor System[J]. Tech Coloproctol, 2001, 5(1): 41－46.
[7] Altomare D F, Rinaldi M, Chiumarulo C, *et al*. Treatment of external anorectal mucosal prolapse with circular stapler: an easy and effective new surgical technique[J]. Dis Colon Rectum, 1999, 42(8): 1102－1105.
[8] Araki Y, Ishibashi N, Kishimoto Y, *et al*. Circular stapling procedure for mucosal prolapse of the rectum associated with outlet obstruction[J]. Kurume Med J, 2001, 48(3): 201－204.
[9] Altomare D F, Rinaldi M, Veglia A, *et al*. Combined perineal and endorectal repair of rectocele by circular stapler: a novel surgical technique[J]. Dis Colon Rectum, 2002, 45(11): 1549－1552.

（编辑 张 宁）

个案与短篇

文章编号: 1000-5404(2004)12-1044-02

手助腹腔镜肾癌根治术的配合

Nursing cooperation in radical operation of renal carcinoma with hand-assisted laparoscope

甘晓琴, 刘玉蓉, 聂智容, 周 容, 晓燕 （第三军医大学大坪医院野战外科研究所手术室, 重庆 400042）

手助腹腔镜手术(hand-assisted laparoscopic surgery, HAIS)是术者经手助装置在腹腔镜下协助腔镜器械完成手术[1]。该技术结合了腹腔镜和开放手术的优点, 使术者的手可以直接接触拟切除的脏器组织及血管, 协助进行牵引和显露, 使腹腔镜手术难度和风险大为降低。我院于2002－2003 年成功的实施了2例手助腹腔镜右肾癌根治术, 效果满意, 现将配合体会介绍如下。

1 病例资料

两例患者均为男性, 例 1 为 53 岁, 例 2 为 57 岁, 诊断均为右肾积水、右侧肾盂癌, 术前行 KUB＋IVP、CT、逆行肾盂造影、膀胱镜检, 未提示伴有膀胱肿瘤。手术时间平均 120 min, 术中出血量分别为 120、100 ml, 术后未使用镇痛剂, 恢复进食时间平均为 3 d。术后随访 2～4 个月, 未见肿瘤复发。

2 术前准备

2.1 病人心理准备

了解病情并制定手术室整体护理计划。术前访视患者, 与患者建立良好的护患关系, 全面了解患者情况, 听取其主诉和要求, 耐心解释手术方法, 仔细介绍我院有较好的腹腔镜手术经验, 取得患者的理解和配合, 以提高患者对手术成功的信心, 提高手术成功率。

作者简介: 甘晓琴(1972－), 女, 重庆市江津县人, 主管护师, 主要从事手术室护理方面的研究, 发表论文 5 篇。电话(023)68757347

收稿日期: 2003-11-10; 修回日期: 2004-03-20

2.2 设备准备

除常规物品外, 术前备好监视器、光源主机、摄像主机、录像机、超声刀、电刀等设备。仔细检查仪器设备运转情况, 各种手术器材及配件 1 是否齐全, 并确保性能良好。由于该设备体积较大, 必须注意其整体布局和合理摆放, 既要充分保证术者能清晰观察监视器屏幕, 又要确保充分的活动空间, 为抢救患者提供方便, 同时做好中转手术准备。

2.3 器械准备

常规腹腔镜器械包, 25° 广角腹腔镜及其配套设备、Hand Port System 腹腔镜手助系统(包括: 基座、袖套、手镯、防漏帽、润滑剂等)、5～12 mm Trocar (腹腔穿刺器)、Auto Sonix (超声刀)、Endo Clip(内镜连续钛夹器)、Hemolok (内镜带锁结扎夹)、Endo GIA(内镜直线型切割吻合器)、吸引管、电刀柄。

3 手术配合

3.1 巡回配合

3.1.1 麻醉及体位配合 协助麻醉医生做好麻醉前准备、建立动脉测压装置、颈内静脉置管、连接好输液三通管, 保证术中输液通畅及麻醉药的应用。全麻后取平卧位, 右侧腰部用沙袋垫高 30° 左右, 左上肢套好袖套, 固定在头架上, 避免拉得太紧而损伤神经。

3.1.2 连接机器与导线 接通各仪器设备的电源, 观察屏幕显示正常, 连接气腹机, 将总闸压力调至 5～6 kPa, 分闸调至 0.3～0.5 kPa 备用。洗手护士将无菌塑料套套好的光导纤维、摄像头、二氧化碳气腹管尾部递与巡回护士, 巡回护士将它们与机器正确连接, 并连接好超声刀, 使各机器设备处于功能状

（下转 1048 页）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net