

肛肠外科疾病处置 与并发症防治 (下)

李曙光等◎主编

肛肠外科 疾病处置与并发症防治

(下)

李曙光等◎主编

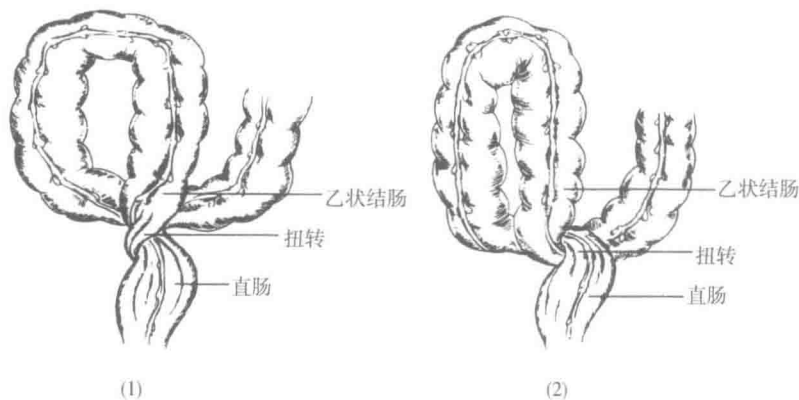
第十六章 结肠扭转手术

第十六章

结肠扭转手术

第一节 乙状结肠扭转手术

乙状结肠扭转有急性和慢性两种，急性扭转可往下腹部或腹部左侧突然发生阵发性绞痛，临床表现明显，迅速加重，可早期出现休克；慢性的发病比较缓慢，多见于成年男性，有不完全性肠梗阻临床表现，治疗后排大量气体。症状迅速消失，可反复发作，时轻时重。肠减压后可见三种类型（图 16-1）：①扭转 180° ，是直肠上方和乙状结肠下部的轻度扭转，形成单纯性肠梗阻，肠系膜血液循环无严重影响；②超过 360° 扭转，肠袢的入口和出口都有闭塞，造成两处闭袢性梗阻，一在乙状结肠，另一在扭转与回盲瓣之间，严重影响肠壁血液循环；③回肠乙状结肠扭转或扭转综合征，是回肠围绕乙状结肠，并通过其下方成结，形成两处闭袢性梗阻。



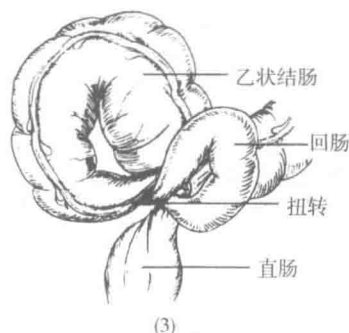


图 16-1 乙状结肠扭转类型

(1) 乙状结肠扭转 180°; (2) 乙状结肠扭转 360°; (3) 回肠乙状结肠扭转

一、单纯乙状结肠扭转复位术

(一) 概述

单纯乙状结肠复位术是一种简单而安全的手术方式,虽然手术死亡率低,但其复发率可高达 25%。术中要注意探查乙状结肠系膜根部,确认肠袢扭转的方向,复位时应将整个乙状结肠向扭转的相反方向进行复位。复位后,要准确判定肠袢生机良好,排除系膜血液供应无碍。

(二) 适应证

术中探查扭转的乙状结肠肠袢生机良好。

(三) 禁忌证

术中见扭转肠袢部分或全部出现坏死;肠袢有明显缺血征象;系膜存在血液供应障碍。

(四) 术前准备

对患者心肺肾等重要脏器的功能进行检查,充分进行术前评估,必要的术前纠正;术前进行输液,扩充血容量,必要时输血及白蛋白;术前留置胃管。

(五) 麻醉

持续硬膜外麻醉或全身麻醉。

(六) 体位

平卧体位。

(七) 手术步骤

1. 切口 左下腹正中或经左侧腹直肌切口。

2. 手术探查 患者臀部抬高,较头部高 25°~30°,将小肠用湿纱布覆盖,以宽拉钩牵向上方,显露乙状结肠。探查乙状结肠及其系膜扭转方向及范围,观察肠管血运供应情况,估算腹腔渗液的多少和污染的程度。

3. 复位 术者可用手将扭转的乙状结肠向扭转的相反方向复位;也可由助手经肛门插入肛管或软质硅胶管,术者协助将肛管或硅胶管通过扭转处,为防止其脱落,可将其在肛门处固定(图 16-2)。

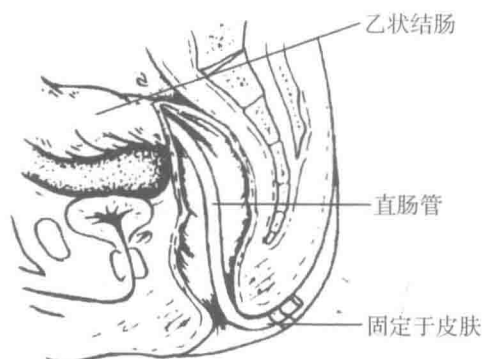


图 16-2 直肠管留于乙状结肠内

4. 肠减压 复位后用手可将肠内容物依次由近向远侧段挤压, 尽可能将乙状结肠及近侧段结肠内聚集的粪便及气体经肛门排出。

(八) 术中注意事项

1. 术中正确判断扭转乙状结肠的生机, 如发现坏死或即将坏死, 应立即取消单纯乙状结肠扭转复位术, 改为坏死肠管切除一期吻合术或肠管切除近侧端结肠造口术。

2. 坚持手术无菌操作原则, 肠减压时, 注意保护腹腔, 防止因挤压肠管(破裂或穿孔)而导致的腹腔再次污染, 肠减压手法要轻柔, 避免暴力。

3. 无菌生理盐水冲洗腹腔, 避免因渗液过多或吸收不全而导致的术后腹腔感染。

(九) 术后处理

1. 经肛门留置的肛管或硅胶管保留 3~7 天, 保持扭转处肠腔通畅, 避免乙状结肠术后再次发生扭转。

2. 持续胃肠减压至肠蠕动恢复, 早期下床活动, 加速肠蠕动恢复。

3. 禁食期间, 静脉输入营养(脂肪乳和氨基酸)及水和电解质, 充分保证热量的供给和水电解质平衡。

4. 静脉输入广谱抗生素 3~5 天或根据患者的具体情况选择用药的时间。

(十) 手术并发症

1. 迟发型乙状结肠破裂 乙状结肠因扭转后出现血液供应障碍, 肠黏膜缺血坏死脱落, 肠壁变薄, 可出现延迟性肠壁全层坏死穿孔。

2. 术后肠梗阻 腹腔渗液较多导致术后腹腔严重粘连或乙状结肠扭转复发导致肠梗阻。

(十一) 述评

由于乙状结肠为腹膜内位器官, 系膜较长, 根部较狭窄, 肠袢活动度较大, 部分患者乙状结肠冗长, 因此单纯乙状结肠扭转复位后复发率较高。单纯乙状结肠扭转复位术虽然其术后复发率较高, 但因其手术方法简单, 手术时间短, 对患者打击小, 对一般状态较差, 生命体征不稳的急危重患者是一种比较好的选择, 降低了急诊手术的术中和术后死亡率, 为二期手术赢得了机会。

二、乙状结肠系膜折叠缝合术

(一) 概述

乙状结肠固定术是在乙状结肠单纯复位术的基础上,考虑单纯乙状结肠扭转复位术后易出现复发而设计。Tiwary 发现乙状结肠扭转的患者,乙状结肠伴有一个较长的系膜和一个狭窄的基底,手术应纵形切除乙状结肠系膜上的纤维带,然后横形缝合,使系膜基底变宽以减少乙状结肠的活动度。

(二) 适应证

同单纯乙状结肠扭转复位术。

(三) 禁忌证

同单纯乙状结肠扭转复位术。

(四) 术前准备

同单纯乙状结肠扭转复位术。

(五) 麻醉

连续硬膜外麻醉或全身麻醉。

(六) 体位

平卧体位。

(七) 手术步骤

1. 切口 同单纯乙状结肠扭转复位术。

2. 手术探查 同单纯乙状结肠扭转复位术。

3. 复位 同单纯乙状结肠扭转复位术。

4. 固定 用不可吸收缝线将过长的乙状结肠系膜与肠轴做“百叶窗”式折叠缝合(图16-3),肠系膜每折叠缝合一次的距离是2cm,可根据系膜的长短折叠缝合3~5次,缩短过长的系膜,限制肠袢活动,防止术后复发。

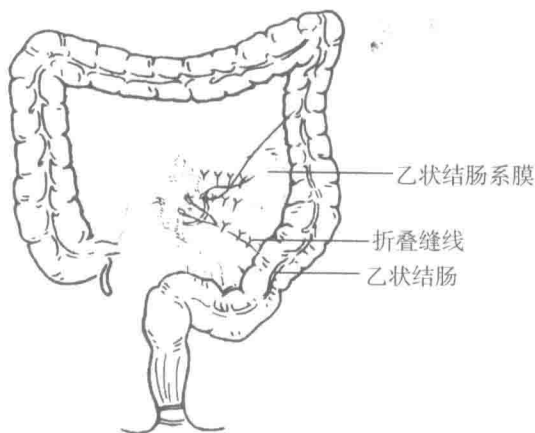


图 16-3 乙状结肠系膜折叠缝合术

(八) 术中注意事项

1. 同单纯乙状结肠扭转复位术。
2. 在系膜折叠缝合时要注意系膜的血液供应, 防止因系膜多次缝合而出现的肠袢血液供应障碍, 若发生血液供应障碍应立即更改其他术式。

(九) 术后处理

同单纯乙状结肠扭转复位术。

(十) 手术并发症

1. 主要同单纯乙状结肠扭转复位术。
2. 术后肠管坏死穿孔 肠系膜折叠缝合后, 由于乙状结肠扭转的肠管已经出现水肿, 折叠缝合使系膜血管迂曲明显, 加重了肠管血液供应障碍, 肠管可出现缺血坏死及穿孔。

(十一) 述评

乙状结肠系膜折叠缝合术由于增宽了乙状结肠的系膜根部, 降低了乙状结肠肠袢的活动度, 理论上应较单纯乙状结肠扭转复位术的术后复发率低, 另外此手术方法操作时间短, 难度低, 对患者打击小。

三、乙状结肠复位固定术

(一) 概述

乙状结肠固定术是在乙状结肠单纯复位术的基础上设计的另一种术式: 若患者一般状态较差, 扭转乙状结肠无血液供应障碍, 可考虑采用此种术式。术中将乙状结肠浆肌层与横结肠或与左侧腹壁腹膜用不可吸收缝线固定, 术后可不考虑进行二次手术切除冗长的乙状结肠。

(二) 适应证

非绞窄性扭转、乙状结肠无血液循环障碍者。

(三) 禁忌证

同单纯乙状结肠扭转复位术。

(四) 术前准备

同单纯乙状结肠扭转复位术。

(五) 麻醉

连续硬膜外麻醉或全身麻醉。

(六) 体位

平卧体位。

(七) 手术步骤

1. 切口 同单纯乙状结肠扭转复位术。
2. 手术探查 同单纯乙状结肠扭转复位术。
3. 复位 同单纯乙状结肠扭转复位术。
4. 固定 乙状结肠复位后, 用不可吸收丝线与横结肠肠壁浆肌层缝合 (图 16-4), 或

与左侧腹壁腹膜缝合固定（图 16-5），或将乙状结肠折叠使其与降结肠并行排列，降结肠内侧与乙状结肠浆肌层间断缝合固定（图 16-6）。

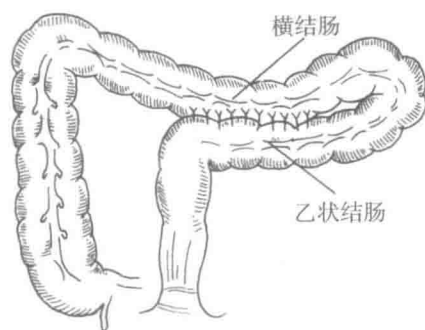


图 16-4 乙状结肠与横结肠固定术

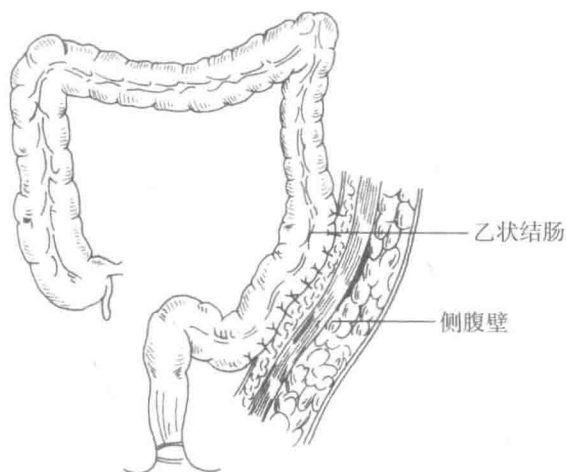


图 16-5 乙状结肠与侧腹壁缝合固定

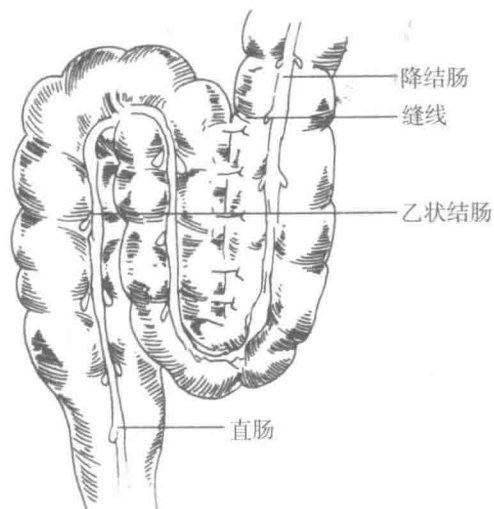


图 16-6 结肠并排折叠固定

（八）术中注意事项

1. 同单纯乙状结肠扭转复位术。

2. 乙状结肠与横结肠或与侧腹壁腹膜缝合时，注意缝线不能穿透乙状结肠或横结肠肠壁全层，以免术后发生肠漏。

（九）术后处理

同单纯乙状结肠扭转复位术。

（十）手术并发症

1. 同单纯乙状结肠扭转复位术。

2. 迟发型肠破裂穿孔 由于扭转的乙状结肠肠壁水肿或缝合处张力较大，缝线致肠壁浆肌层破损，肠壁变薄，迟发性发生肠破裂：

（十一）述评

乙状结肠扭转固定缝合术，手术操作简便省时，如果术中观察扭转的乙状结肠血液供应无障碍，肠壁无坏死，可选择此手术方式。

四、乙状结肠切除腹壁结肠造口术

（一）概述

扭转的乙状结肠已发生部分或全部坏死时，需要切除坏死的肠管，同时行近侧端结肠造口术。乙状结肠发生扭转后，扭转的肠袢很快出现血液循环障碍，继而发生较窄性低位肠梗阻，最后出现肠坏死和肠穿孔。这类患者通常年龄较大，伴随疾病较多如心肺及糖尿病等慢性疾病。此病特点：发病急，病情危重，腹腔感染严重，一部分患者常合并感染性休克。该手术方式简单易操作，手术时间短，创伤小，有利于患者术后恢复，而且术后并发症较少。缺点是需要进行二期手术，若直肠坏死切除较多，腹腔粘连严重，二次手术难度较大。

（二）适应证

乙状结肠部分坏死或全部坏死，肠壁水肿明显，一般状态不佳，生命体征不稳的患者。

（三）禁忌证

同单纯乙状结肠扭转复位术。

（四）术前准备

同单纯乙状结肠扭转复位术。

（五）麻醉

全身麻醉。

（六）体位

仰卧体位。

（七）手术步骤

1. 切口 同单纯乙状结肠扭转复位术。

2. 手术探查 同单纯乙状结肠扭转复位术。

3. 切除坏死肠管及肠减压术 游离乙状结肠系膜，切断并结扎及其供应血管，自坏死肠管远侧约3cm处切断直肠（尽可能保留较多的直肠），将乙状结肠提出腹壁切口外，自坏死肠管近侧3~5cm处切断肠管（约降结肠部位），切除乙状结肠。肠减压术：用吸引器吸出或消毒容器收集近侧段肠腔内容物进行减压；也可在拟行切除肠管（降结肠）的近侧端的切线处近侧2cm处先做荷包缝合，切除坏死的乙状结肠，然后自近侧结肠断端置入吸引器头或直径较粗的胶管，收紧荷包线，最后通过吸引器或胶管对近侧扩张的肠管进行持续性减压。

4. 造口 若肠袢坏死的位置较高，可行结肠双腔造口术（Mikulicz手术）（图16-7）；若肠袢坏死的位置较低，无法将远侧肠段提出腹壁外，可选择Hartmann手术，即闭合远侧段肠管断端，将近侧的降结肠提出腹壁切口外做单腔结肠造口术（图16-8）。

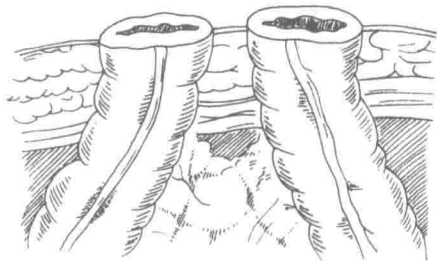


图 16-7 Mikulicz 手术

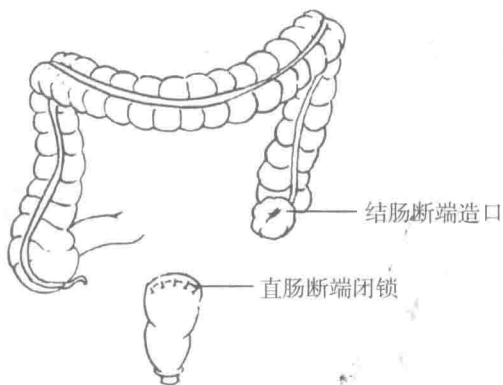


图 16-8 Hartmann 手术

（八）术中注意事项

1. 坚持术中无菌操作原则，最大限度防止在肠减压时，肠内容物对腹腔的污染。
2. 对降结肠进行单腔造口时，要注意造口部位的选择，一般为反麦氏点处，要切除直径3cm大小的圆形皮肤，以防造口狭窄；注意造口部位各层筋膜（腹直肌前后鞘）开口的大小正确选择，开口过小可造成造口狭窄，过大可出现造口旁疝或造口内陷。

（九）术后处理

1. 早期同单纯乙状结肠扭转复位术。
2. 术后安置造口粪便收集袋，加强造口的护理，发现问题及时处理。

3. 若患者一般状态较佳,无手术禁忌证,可于术后3个月对造口进行手术还纳。

(十) 手术并发症

1. 主要同单纯乙状结肠扭转复位术。
2. 术后可出现造口狭窄、造口旁疝、造口内陷和造口坏死等。

(十一) 述评

扭转的乙状结肠出现部分或全部坏死时可应采用坏死肠管切除,远侧直肠断端闭合,近侧端结肠单腔或远近侧端结肠双腔造口术,一般不进行一期肠切除肠吻合术,其原因如下:乙状结肠扭转发病急,很快发展为绞窄性肠梗阻,患者病情较重,一般状态较差;结肠内细菌较多,肠腔内常有大量粪便;肠壁水肿明显,腹腔渗液较多,腹腔污染较重;结肠肠壁较薄,血液供应较差。上述原因决定了坏死乙状结肠切除后,不能一期吻合术,否则会出现高百分比的吻合口瘘,危及患者生命。

五、乙状结肠切除一期吻合术

(一) 概述

乙状结肠扭转后不发生或发生部分坏死或全部肠袢坏死,可行正常扭转肠袢或坏死肠段切除,一期吻合术。术后由于一期肠切除肠吻合术有较高的吻合口瘘发生率及术后死亡率,其适应证必须具备如下条件:①腹腔渗液较少,污染较轻;②预行吻合的肠管水肿不明显,扭转肠袢的近侧结肠肠腔内容物较少或经肠减压(内疏通)能将肠内容物排出体外;③患者一般状态较好,生命体征平稳;④严格遵守结肠吻合的“三原则”和术中操作无菌术;⑤术中进行顺行性结肠灌洗(切除阑尾,经阑尾残端置管,用生理盐水进行灌洗,最后一次灌洗液中放入抗生素)术,减少肠道内细菌总量。术中提倡不进行扭转肠袢复位而行肠袢切除术,这样可减少扭转肠袢复位后的毒素吸收,减轻患者的中毒症状,有利于全身感染的控制,减少术后并发症。

(二) 适应证

乙状结肠未出现坏死或出现部分或全部坏死,腹腔渗液少,污染轻,肠壁水肿不明显,患者一般状态较好,生命体征平稳者。

(三) 禁忌证

腹腔渗液较多,腹腔污染严重,患者一般状态较差,生命体征不稳,远近侧段结肠肠壁水肿明显者。

(四) 术前准备

同乙状结肠扭转单纯复位术。

(五) 麻醉

连续硬膜外或全身麻醉。

(六) 体位

截石体位。

(七) 手术步骤

1. 切口 同单纯乙状结肠扭转复位术。

2. 手术探查 同单纯乙状结肠扭转复位术。

3. 分离切除坏死肠袢 于乙状结肠系膜内，切开壁腹膜，游离乙状结肠系膜及血管，切开乙状结肠外侧脏腹膜，切断并结扎乙状结肠血管，充分松动乙状结肠，自坏死肠袢远端3~5cm处，用切割闭合器或荷包钳夹闭切断直肠，将乙状结肠提出腹壁切口外，近侧断端直接放置消毒盆内进行肠腔减压或在拟行切除肠袢的近侧5cm处做荷包缝合，自荷包线远侧2cm处切断肠管，移除切除的肠袢，将吸引器插头或直径较粗的塑料管插入近侧肠腔内10~15cm，收紧荷包线，进行肠腔初步减压术。

4. 术中结肠顺行性灌洗 切除阑尾，自残端置入直径1.0cm塑料或硅胶管，缝线固定。用生理盐水进行结肠顺行灌洗，直至流出的灌洗液变为清亮，最后一次灌洗中加用庆大霉素16U，甲硝唑250ml（图16-9）。

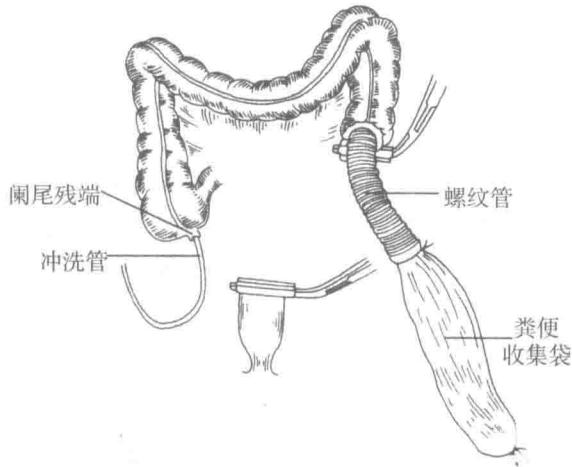


图 16-9 结肠腔内顺行冲洗

5. 肠吻合 选择合适口径的吻合器进行降结肠与直肠端-端或端-侧吻合（图16-10）。

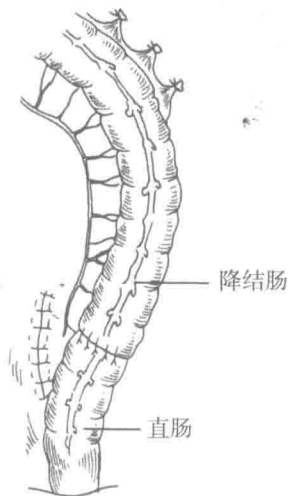


图 16-10 降结肠与直肠端-端吻合术

(八) 术中注意事项

1. 严格遵守术中无菌操作原则, 尽可能避免因手术操作而造成的再次腹腔内污染。
2. 术中结肠顺行灌洗时, 要注意近侧肠管的血液供应情况, 降结肠断端在直肠吻合前, 要多次用碘伏进行消毒。
3. 由于乙状结肠扭转后, 近侧结肠明显扩张, 吻合时, 降结肠断端口径与直肠断端口径相差较大, 可选择端-侧吻合或侧-侧吻合术。

(九) 术后处理

1. 持续性胃肠减压3~4天, 为预防吻合口发生瘘, 可于术后留置肛管进行直肠肠腔减压或定时(每日2次)用手进行扩肛直至肠道功能恢复。
2. 禁食3~4天, 静脉输液以保证患者的营养和水电解质平衡, 肠蠕动功能恢复后要尽早经口进食。
3. 全身应用广谱抗生素3~5天。

(十) 手术并发症

1. 吻合口瘘 乙状结肠扭转合并肠坏死后, 行坏死肠袢一期切除吻合术, 术后有较高吻合口瘘发生率, 其原因如下: 结肠肠壁较薄, 血液供应较差; 肠内有大量粪便和细菌; 腹腔内渗液较多, 细菌污染严重; 肠管壁明显扩张, 水肿严重; 发病急, 患者一般状态较差。
2. 术后腹腔感染或脓肿形成。

(十一) 述评

乙状结肠扭转后无论发生或不发生结肠坏死都可进行乙状结肠切除一期吻合术, 虽然其手术方式最大的缺点是术后吻合口瘘发生率较高, 但若严格掌握手术适应证和禁忌证, 术中进行规范化的结肠顺行性灌洗术, 减少术中腹腔污染因素, 运用好结肠吻合技术如夏穗生教倡导的“上要空, 下要通, 口要正”的原则及术后正确支持治疗和护理, 吻合口瘘发生率会大大降低, 避免了患者因临时性造口术还需要经历二次造口手术还纳的痛苦和经济负担。

(刘洁)

第二节 盲肠扭转手术

一、右半结肠切除术

(一) 概述

盲肠扭转后出现肠坏疽和穿孔的发生率较高, 立即进行急诊手术切除扭转的肠管是降低术后患者死亡率和并发症的有效措施。选择切除扭转的肠袢后, 可根据患者的一般状态和扭转肠管的病理生理条件, 选择一期右半结肠, 回肠与横结肠吻合术或回肠单纯造口术。由于盲肠扭转后行单纯的复位术, 其复发率较高, 目前临床上已经被弃用。因此, 右半结肠切除术及回肠与横结肠一期吻合术已成为盲肠扭转的首选手术方式。

（二）适应证

术中发现盲肠出现部分或全部坏死，腹腔内渗出较少，污染不严重，而且患者一般状态较好，生命体征平稳者。

（三）禁忌证

同乙状结肠扭转手术。

（四）术前准备

同乙状结肠扭转手术。

（五）麻醉

全身麻醉。

（六）体位

仰卧体位。

（七）手术步骤

1. 切口 右侧腹部旁正中或经右侧腹直肌切口。

2. 手术探查 患者取仰卧体位，将小肠用湿纱布覆盖，以宽拉钩牵向左上方或侧方，显露盲肠及升结肠。探查盲肠及其系膜扭转方向及范围、肠管扩张、肠壁水肿及其系膜血液循环等情况，正确判断扭转肠袢是否存出现或即将出现坏死。

3. 复位和肠减压术 可将盲肠向扭转的反方向复位，复位后用手可将肠内容物依次自近侧段向远侧段挤压，直至远侧段回肠及结肠内聚集的粪便及气体经肛门排出体外；若扭转的肠袢近段扩张不明显，为了节省手术时间，扭转肠袢也可不需要进行复位，可直接切除右半结肠。

4. 肠切除肠吻合 若扭转肠袢肠壁水肿不明显，腹腔渗液较少，污染不严重，患者一般状态良好，生命体征平稳者，可行右半结肠切除，末段回肠与横结肠吻合术。

（八）术中注意事项

1. 严格遵守术中无菌操作原则，尽可能通过各种手段防止腹腔再次发生污染。
2. 用大量温盐水冲洗腹腔，直至冲洗液为清亮。
3. 根据预吻合肠管的具体情况选择合适口径吻合器进行吻合。
4. 注意和坚持结肠吻合术的“三原则”。

（九）术后处理

1. 持续性胃肠减压3~5天，早期下床活动，改善肺功能，促进肠道功能的恢复。
2. 禁食期间，给患者静脉输注营养液及水、电解质溶液，提供必要的营养支持，保持水电解质平衡。
3. 全身应用广谱抗生素3~5天。

（十）手术并发症

1. 吻合口或肠穿孔 若手术前肠扭转时间较长，腹腔渗液较多，污染较重，吻合口水肿明显或手术创伤应激，可出现肠黏膜坏死，严重者可出现吻合口瘘或肠穿孔。
2. 腹腔内感染和脓肿形成 由于腹腔污染严重，盐水冲洗不彻底；术中操作再次

污染腹腔；患者营养状态差；吻合口瘘或肠穿孔等，可于术后出现腹腔感染和腹腔脓肿。

3. 术后出现麻痹性或粘连性肠梗阻。

（十一）述评

由于手术切除了扭转的肠管，有效去除了扭转的病因，只要患者能够耐受手术，目前右半结肠切除术仍然是治疗盲肠扭转的首选手术方法。

二、盲肠固定术

（一）概述

盲肠发生扭转后若肠祥生机良好，肠系膜血运供应无障碍，患者一般状态较差，不能耐受进一步手术，可将扭转的盲肠复位后，选择盲肠固定术。固定术的方法简单，如仅用不可吸收线将游离的盲肠固定于右侧结肠旁沟处，此术式对患者打击小，术后并发症少。目前由于单纯的盲肠扭转复位术术后有较高的复发率，因此已被临床弃用。

（二）适应证

术中未发现盲肠出现坏死征象，不能耐受进一步手术者。

（三）禁忌证

同乙状结肠扭转手术。

（四）术前准备

同乙状结肠扭转手术。

（五）麻醉

连续硬膜外麻醉或全身麻醉。

（六）体位

平卧体位。

（七）手术步骤

1. 切口 右侧上腹部旁正中切口或右侧经腹直肌切口。

2. 手术探查 患者取仰卧位，将小肠用湿纱布覆盖，以宽拉钩牵向左上方，显露盲肠及升结肠。探查盲肠及其系膜扭转方向及范围，观察扭转肠管是否存已经出现坏死以及其系膜血液供应是否存在障碍。

3. 复位 将扭转的盲肠按扭转的反方向复位。

4. 肠减压 复位后用手可将肠内容物由近侧段向远侧段挤压，直至盲肠及远侧端内聚集的粪便及气体经肛门排出。

5. 固定 用不可吸收缝线将游离盲肠肠壁浆肌层与右侧一侧腹膜缝合固定（图16-11）。

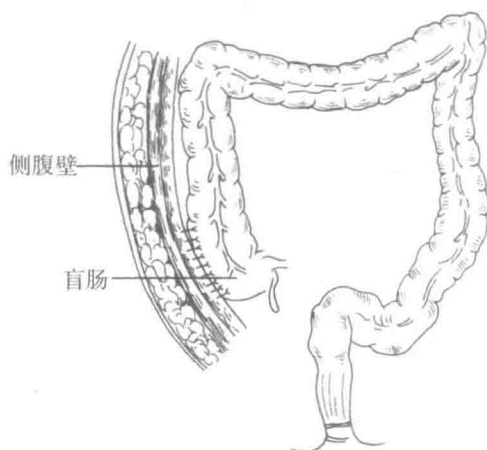


图 16-11 盲肠固定于侧腹壁

(八) 术中注意事项

1. 缝合固定盲肠时，注意进针深度不可穿透肠壁全层，否则会出现肠痿。
2. 盲肠缝合固定后，若发现扭转盲肠肠袢已经出现坏死，应立即切除坏死的肠管，可根据患者的一般状态、腹腔污染程度及肠管的病理生理情况选择肠一期切除吻合术或单纯肠造口术。

(九) 术后处理

同乙状结肠扭转固定术。

(十) 手术并发症

同乙状结肠扭转固定术。

(十一) 述评

盲肠固定术可作为治疗盲肠扭转的另一种手术方式，术中判断扭转的盲肠生机良好，肠壁水肿不严重，患者一般状态较差，不能耐受肠切除肠吻合，可行盲肠固定术。虽然此手术方法简单，对患者打击小，术后并发症少，但术后复发率较高，选择此方法要慎重。

(刘 洁)

第三节 横结肠扭转手术

一、横结肠扭转复位固定术

(一) 概述

横结肠扭转复位后，由于其肠系膜较长，根部较窄，肠管活动度较大，单纯复位后肠扭转的复发率较高，所以目前临床较少采用，除非患者一般状态较极差，生命体征不稳，不能耐受进一步手术者，才采用此种手术方法；复位后的横结肠若生机良好，患者一般情况较好时，可将横结肠浆肌层与升结肠浆肌层或与侧腹壁腹膜缝合固定。