



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.10.016
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract4073.shtml

· 临床研究 ·

经肛门瘻口引流治疗中低位直肠癌保肛术后吻合口瘘

蔡逊, 金炜东, 张建新, 叶家欣, 马丹丹

(广州军区武汉总医院 普通外科, 湖北 武汉 430070)

摘要

目的: 探讨经肛门瘻口引流治疗中低位直肠癌保肛术后发生吻合口瘘临床价值。

方法: 回顾性分析2010年1月—2013年10月间21例中低位直肠癌保肛术后发生吻合口瘘患者的临床资料, 其中采用经肛门吻合口瘻口引流9例(观察组), 单纯腹腔引流管冲洗引流12例(对照组), 比较两组患者的相关临床指标。

结果: 两组患者均痊愈出院; 观察组无1例须行肠造瘘, 对照组有2例保守治疗效果不佳, 行肠造瘘, 但两组间差异无统计学意义($P=0.122$); 总的住院时间两组间差异无统计学意义($P=0.061$), 但瘻后的住院时间及医疗费用上观察组低于对照组, 差异有统计学意义($P=0.012$, $P=0.031$)。随访2个月至3年, 患者术后便秘、腹泻、肛门不适感等症状发生率两组间差异无统计学意义($P=0.066$)。

结论: 经肛门吻合口瘻口置管引流术可作为中低位直肠癌患者保肛术后吻合口瘘重要的治疗措施, 具有缩短瘻后住院时间、降低住院费用、易于接受等优点。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(10):1390-1393]

关键词

直肠肿瘤 / 外科学; 外科吻合口; 瘻

中图分类号: R657.1

Transanal drainage in treatment of anastomotic leakage after anus-preserving resection for mid/lower rectal cancer

CAI Xun, JIN Weidong, ZHANG Jianxin, YE Jiaxin, MA Dandan

(Department of General Surgery, Wuhan General Hospital of Guangzhou Command, Wuhan 430070, China)

Corresponding author: JIN Weidong, Email: ptwkhero@163.com

ABSTRACT

Objective: To assess the clinical value of transanal drainage in treatment of anastomotic leakage after anus-preserving resection for mid/lower rectal cancer.

Methods: The clinical data of 21 patients developing anastomotic leakage after anus-preserving resection for mid/lower rectal cancer from January 2010 to October 2013 were retrospectively analyzed. Of the patients, 9 cases received transanal drainage (observational group), and 12 cases underwent abdominal drainage tube irrigation only (control group), and the associated clinical parameters were compared between the two groups.

Results: All patients in the two groups recovered and were discharged from the hospital. None of the patients in observational group required a colostomy, but 2 cases in control group underwent colostomy attributed to conservative treatment failure, however, the difference did not reach a statistical significance ($P=0.122$). The difference in total length of hospital stay between the two groups had no statistical significance ($P=0.061$), but the

收稿日期: 2013-12-31; 修订日期: 2014-07-02。

作者简介: 蔡逊, 广州军区武汉总医院主任医师, 主要从事胃肠、肝胆外科方面的研究。

通信作者: 金炜东, Email: ptwkhero@163.com

length of post-fistula hospital stay and hospitalization cost in observational group were lower than those in control group, and the differences had statistical significance ($P=0.012$, $P=0.031$). Follow-up was conducted for 2 months to 3 years, and no statistical difference was noted between the two groups in incidence of postoperative symptoms such as constipation, diarrhea, anal discomfort ($P=0.066$).

Conclusion: Transanal drainage can be used as an important method for treatment of anastomotic leakage after anus-preserving resection for mid/lower rectal cancer, which has the advantages of shortening the length of post-fistula hospital stay, reducing hospitalization cost, and high patients' acceptance.

[Chinese Journal of General Surgery, 2014, 23(10):1390-1393]

KEYWORDS Rectal Neoplasms/surg; Surgical Stomas; Fistula

CLC number: R657.1

直肠癌是消化道常见的恶性肿瘤之一, 中低位直肠癌的比例可达 70%~80%^[1]。近年来, 随着直肠癌淋巴转移模式的研究和手术器械的发展, 以及患者对生活质量的越来越高, 低位保肛手术甚至超低位保肛手术比例也越来越高。吻合口瘻作为保肛手术后最重要的并发症之一, 其处理原则主要根据引流是否通畅及是否有腹膜炎等表现来决定。引流是否通畅是决定患者采用何种治疗方式以及治疗效果的最关键因素。笔者自 2010 年开始尝试采用经肛门吻合口瘻口置管引流方式治疗部分中低位直肠癌保肛术后发生吻合口瘻的患者, 取得了良好的效果。本文回顾性地分析这一期间采用不同方式治疗吻合口瘻患者的资料, 探讨这种新的引流方法的在治疗低位吻合口瘻的有效性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自 2010 年 1 月—2013 年 10 月, 共治疗中低位直肠癌患者 232 例, 所有患者手术遵循全直肠系膜切除 (TME) 原则进行, 患者术中均经肛门常规置肛管减压预防吻合口瘻发生, 经腹置盆腔引流管引流, 且均未行预防性肠造瘻。发生吻合口瘻 21 例 (9.05%), 其中采用经肛门吻合口瘻口引流 9 例 (观察组), 单纯腹腔引流管冲洗引流 12 例 (对照组), 均痊愈出院, 随访 2 个月至 3 年。患者一般资料见表 1。

1.2 吻合口瘻的诊断

吻合口瘻定义为术后 60 d 内出现相应的临床表现并通过影像学检查或引流情况证实。主要诊断依据: (1) 术后 3 d, 仍有明显的腹痛、腹肌紧张等腹膜炎体征; (2) 术后体温升高和白细胞计数持

续升高超过 1 周或体温恢复正常后再度升高或持续低到中度发热、白细胞升高、无其他感染灶; (3) 引流管内突然有较多气体、消化液或粪便引流; (4) 影像学检查: B 超及 CT 检查发现吻合口周围出现气体、积液增多、吻合口不完整、肠管轮廓不正常等, 钡剂灌肠发现吻合口有造影剂漏出。

1.3 处理方法

对照组患者 (原腹腔引流管引流通畅者 12 例) 单纯采用原腹腔引流管进行冲洗引流的患者; 观察组患者 (原腹腔引流管引流不通畅或引流管已拔除后才发现吻合口瘻者 9 例) 合并或单纯采用经肛门吻合口瘻口置管引流, 具体操作如下: 诊断明确后, 取得患者及家属同意, 即在椎管内麻醉下, 充分扩肛, 直视下检查吻合口, 发现瘻口后将吻合口瘻口略扩开至直径约 1 cm 左右, 插入乳胶管引流, 并于乳胶管内分别置入细冲洗管和吸引管, 进行持续负压冲洗引流, 持续时间一般在 1 周左右, 根据患者症状、体征缓解情况及相关影像学检查考虑窦道形成后改为被动引流并分次退管直至拔除引流管。冲洗液用 0.9% 氯化钠溶液约 1 000 mL/d, 负压维持在 0.1~0.2 kPa。

1.4 统计学处理

数据采用 SPSS 17.0 统计软件分析。数据表达为均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 分类资料分析采用对数似然比 χ^2 检验。计量数据两两比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料对比

观察组和对照组在性别组成、年龄、体质量指数、有无糖尿病、白蛋白、血红蛋白、术中出血量、

术前是否行新辅助化疗、术中是否根部结扎肠系膜下动脉 (IMA)、手术时间、术后病理分期及术后发生吻合口瘘时间方面, 均无统计学差异 ($P>0.05$) (表 1)。

表 1 两组患者一般资料比较

Table 1 Comparison of the general data between the two groups of patients

指标	观察组	对照组	t/χ^2	P
性别 [n (%)]				
男	8 (88.9)	10 (83.3)	0.32	0.716
女	1 (11.1)	2 (16.7)		
年龄 (岁)	52.11 ± 18.31	61.00 ± 10.61	-1.405	0.176
体质量指数 (kg/m ²)	25.37 ± 2.58	24.43 ± 1.91	0.955	0.352
糖尿病 [n (%)]				
有	1 (11.1)	1 (8.3)	0.046	0.831
无	8 (88.9)	11 (91.7)		
白蛋白 (g/L)	39.53 ± 2.71	38.55 ± 2.63	0.838	0.412
血红蛋白 (g/L)	120.00 ± 16.67	116.58 ± 22.07	0.388	0.702
出血量 (mL)	244.44 ± 84.57	275.00 ± 142.22	-0.614	0.547
新辅助				
有	0 (0.0)	1 (8.33)	1.157	0.282
无	9 (100.0)	11 (91.7)		
IMA 根部结扎 [n (%)]				
有	9 (100.0)	11 (91.7)	1.157	0.282
无	0 (0.0)	1 (8.33)		
手术时间 (min)	173.00 ± 49.06	189.42 ± 50.35	-0.747	0.464
术后分期 [n (%)]				
I	2 (22.2)	0 (0.0)		
II	3 (33.3)	6 (50.0)	7.319	0.062
III	3 (33.3)	1 (8.3)		
IV	1 (11.1)	5 (41.7)		
吻合口瘘时间 (d)	5.11 ± 3.82	5.75 ± 3.49	-0.399	0.695

2.2 两组吻合口瘘后治疗情况对比

两组患者经治疗后均痊愈出院, 无死亡。在总住院时间上, 两组间无统计学差异 ($P=0.061$); 但是在诊断吻合口瘘后患者住院时间上, 观察组明显低于对照组 ($P=0.012$); 在整体住院治疗费用方面, 观察组也明显低于对照组 ($P=0.031$); 观察组无需再手术造瘘者, 对照组有 2 例保守治疗效果不佳, 须再手术造瘘, 但组间差异无统计学意义 ($P=0.122$)。观察组有 1 例患者是在拔除腹腔引流管出院后, 因吻合口瘘而再次入院, 通过经肛吻合口瘘口置管引流, 也获得很好的效果, 避免了再次开腹手术。随访 2 个月至 3 年, 术后患者便秘、腹泻、肛门不适感等症状, 两组间无统计学差异 ($P=0.066$) (表 2)。

表 2 两组患者吻合口瘘后治疗情况比较

Table 2 Comparison of conditions between the two groups after anastomotic fistula

指标	观察组	对照组	t/χ^2	P
住院时间 (d)	28.56 ± 7.45	38.00 ± 13.86	-2.006	0.061
瘘后住院时间 (d)	15.78 ± 6.12	27.42 ± 12.51	-2.807	0.012
治疗费用 (万元)	6.61 ± 1.42	8.51 ± 2.11	-2.331	0.031
手术造瘘 [n (%)]				
有	0 (0.0)	2 (16.7)	2.395	0.122
无	9 (100.0)	10 (83.3)		
长期症状 [n (%)]				
便秘	3 (33.3)	2 (16.7)		
腹泻	4 (44.4)	2 (16.7)	3.380	0.066
不适	2 (22.2)	6 (50.0)		
无	1 (11.1)	2 (16.7)		

3 讨论

直肠癌发病率逐年升高, 中国低位直肠癌高发, 行低位直肠癌术后吻合口瘘出现的风险也增大, 国内报道^[1-2]吻合口瘘的发生率为 2.3%~11.4%, 平均 6.05%。而吻合口瘘作为保肛手术后最严重的并发症之一, 不仅增加了患者的病死率^[3-7], 使平均住院时间^[4, 8]和医疗费用增加^[9], 还增加肿瘤患者局部复发率 (local recurrence, LR)、总体复发率 (overall recurrence, OR), 影响总生存率 (overall survival, OS)^[10-16]。吻合口瘘的临床处理也一直也是临床关注的热点和难点。欧美以及香港地区的多数专家学者主张行预防性结肠造瘘术^[17]。但常规加做预防性近端结肠或回肠末端造口, 意味着大多数的患者会因为增加造瘘口需再次手术关闭造口, 给患者带来痛苦、增加经济负担, 这与微创治疗理念有所冲突。以往对于这方面的经验: 通常术中放置盆腔引流管或者肛管减压预防吻合口瘘发生, 术后若出现吻合口瘘通常会将盆腔引流管人工更改为自制双套管, 持续冲洗, 持续负压引流, 局限的吻合口瘘多可痊愈, 但耗时长; 部分患者可能保守治疗效果不佳, 出现腹膜炎症状, 严重者出现感染性休克表现, 需行开腹手术彻底冲洗引流, 同时改行 Hartmann 术。患者不仅需度过全身感染合并再次手术造成的创伤, 此外还需考虑二期手术还瘘等情况, 因此部分患者难以理解, 从而带来医疗纠纷。

近年来我科尝试在连续硬膜外麻或鞍麻下行经肛门吻合口瘘口置引流管治疗吻合口瘘, 通过持续或间断的有效冲洗, 局部炎症均得到控制, 瘘口可自行愈合。本研究中 21 例术后出现吻合口瘘经治疗后均痊愈出院, 其中 9 例采用经肛门吻合口瘘

口置管引流, 12 例采用经原腹腔引流管冲洗引流, 前者无需再手术造瘻者, 后者有 2 例保守治疗效果不佳, 须再手术行肠造瘻, 两者在是否须行结肠造瘻术和总的住院时间上无统计学差异 ($P=0.122$), 究其原因可能与病例数太少有关。但在瘻后的住院天数及医疗费用上前者明显低于后者, 这表明经肛门吻合口瘻口置管引流术较传统处理方式有一定的优越性。以上病例治愈后随访发现, 术后患者便秘、腹泻、肛门不适感等症状, 两组间无统计学差异 ($P=0.066$)。笔者认为经肛门吻合口瘻口置管引流术可以作为中低位直肠癌保肛术后吻合口瘻的重要治疗方法, 相对单纯腹腔冲洗引流患者来说它具有以下优点: (1) 麻醉及手术风险小, 适合危重患者; (2) 引流直接通畅, 引流效果好; (3) 费用便宜 (椎管内麻醉费用 + 经直肠脓肿引流术费用、瘻后住院时间短); (4) 部分患者可以避免和减少手术造瘻所带来的缺点; (5) 可以和腹腔引流相结合, 有利于较早的拔除腹腔引流管, 经肛门瘻口的引流管的放置时间也比较短; (6) 相对传统开腹手术而言, 患者及家属容易接受, 可减少医患纠纷。还有一点需要强调的是在该观察组中有 1 例患者是在拔除腹腔引流管后发生的吻合口瘻, 按传统的方法需开腹手术引流 + 造瘻术, 但尝试了经肛门吻合口瘻口置管引流, 均有效的控制病情, 痊愈出院, 这表明该方法亦适合拔除腹腔引流管后再发生吻合口瘻的患者。当然治愈拔管之前患者不适感较重, 护理略麻烦也是该术式存在的问题。

总之, 笔者经验认为经肛门吻合口瘻口置管引流是解决吻合口瘻这一难题的有效措施之一, 但是该术式目前开展例数甚少, 缺乏相关循证医学数据, 其是否会增加前切除术综合征的比例及远期 (3 年以上) 是否会增加吻合口狭窄发生的比例等一些问题的研究还需要大样本、多中心的进一步研究。

参考文献

- [1] 周总光, 王自强. 欧美与日本中低位直肠癌诊治指南解读 [J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(4):291-292.
- [2] Heald RJ, Moran BJ, Ryall BD, et al. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997[J]. Arch Surg, 1998, 133(8):894-899.
- [3] Karanjia ND, Corder AP, Bearn P, et al. Leakage from stapled low anastomosis after total mesorectal excision for carcinoma of the rectum[J]. Br J Surg, 1994, 81(8):1224-1226.
- [4] Alves A, Panis Y, Trancart D, et al. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: multivariate analysis of 707 patients[J]. World J Surg, 2002,

- 26(4):499-502.
- [5] Buchs NC, Gervaz P, Secic M, et al. Incidence, consequences, and risk factors for anastomotic dehiscence after colorectal surgery: a prospective monocentric study[J]. Int J Colorectal Dis, 2008, 23(3):265-270.
- [6] Volk A, Kersting S, Held HC, et al. Risk factors for morbidity and mortality after single-layer continuous suture for ileocolonic anastomosis[J]. Int J Colorectal Dis, 2011, 26(3):321-327.
- [7] Thornton M, Joshi H, Vimalachandran C, et al. Management and outcome of colorectal anastomotic leaks[J]. Int J Colorectal Dis, 2011, 26(3):313-320.
- [8] Akiyoshi T, Ueno M, Fukunaga Y, et al. Incidence of and risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic anterior resection with intracorporeal rectal transection and double-stapling technique anastomosis for rectal cancer[J]. Am J Surg, 2011, 202(3):259-264.
- [9] Koperna T. Cost-effectiveness of defunctioning stomas in low anterior resections for rectal cancer: a call for benchmarking[J]. Arch Surg, 2003, 138(12):1334-1338.
- [10] Branagan G, Finnis D, Wessex Colorectal Cancer Audit Working Group. Prognosis after anastomotic leakage in colorectal surgery[J]. Dis Colon Rectum, 2005, 48(5):1021-1026.
- [11] Fujita S, Teramoto T, Watanabe M, et al. Anastomotic leakage after colorectal cancer surgery: a risk factor for recurrence and poor prognosis[J]. Jpn J Clin Oncol, 1993, 23(5):299-302.
- [12] Eberhardt JM, Kiran RP, Lavery IC. The impact of anastomotic leak and intra-abdominal abscess on cancer-related outcomes after resection for colorectal cancer: a case control study[J]. Dis Colon Rectum, 2009, 52(3):380-386.
- [13] Petersen S, Freitag M, Hellmich G, et al. Anastomotic leakage: impact on local recurrence and survival in surgery of colorectal cancer[J]. Int J Colorectal Dis, 1998, 13(4):160-163.
- [14] Bell SW, Walker KG, Rickard MJ, et al. Anastomotic leakage after curative anterior resection results in a higher prevalence of local recurrence[J]. Br J Surg, 2003, 90(10):1261-1266.
- [15] Eriksen MT, Wibe A, Norstein J, et al. Anastomotic leakage following routine mesorectal excision for rectal cancer in a national cohort of patients[J]. Colorectal Dis, 2005, 7(1):51-57.
- [16] Docherty JG, McGregor JR, Akyol AM, et al. Comparison of manually constructed and stapled anastomoses in colorectal surgery. West of Scotland and Highland Anastomosis Study Group[J]. Ann Surg, 1995, 221(2):176-184.
- [17] Rullier E, Le Tous NL, Laurent C, et al. Loop ileostomy versus loop colostomy for defunctioning low anastomoses during rectal cancer surgery[J]. World J Surg, 2011, 25(3):274-277.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 蔡逊, 金炜东, 张建新, 等. 经肛门瘻口引流治疗中低位直肠癌保肛术后吻合口瘻 [J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(10):1390-1393. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.10.016

Cite this article as: CAI X, JIN WD, ZHANG JX, et al. Transanal drainage in treatment of anastomotic leakage after anus-preserving resection for mid/lower rectal cancer[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(10):1390-1393. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.10.016