

文章编号:1005-6947(2007)04-0321-03

· 结直肠癌专题研究 ·

预防性回肠造口在直肠癌超低位前切除术中的应用价值

阎玉矿¹, Helmut Friess², Jörg Kleeff²

(1. 广东省深圳市龙岗中心医院 普通外科, 广东深圳 518116; 2. 德国海德堡大学外科医院 腹部及器官移植科, 德国海德堡 D-69120)

摘要:目的 探讨预防性回肠造口降低直肠癌超低位前切除术后吻合口瘘发生率的临床价值。方法 回顾性分析8年间行直肠癌超低位前切除术98例患者的临床资料。比较实施预防性回肠造口组(A)45例和未实施组(B)53例两组间吻合口瘘发生率的差异。结果 A组仅1例发生吻合口瘘(2.2%); B组11例发生吻合口瘘(20.8%)($P < 0.05$)。结论 有选择的预防性回肠造口, 可有效降低直肠癌超低位前切除术后吻合口瘘的发生率。 [中国普通外科杂志, 2007, 16(4): 321-323]

关键词: 直肠肿瘤; 超低位前切除; 回肠造口术; 手术后并发症/预防与控制

中图分类号: R735.37

文献标识码: A

The value of protective ileostomy for anastomotic leakage following ultralow anterior resection

YAN Yu-kuang¹, Helmut Friess², Jörg Kleeff²

(1. Department of General Surgery, the Central Hospital of Longgang, Shenzhen, Guangdong 518116, China; 2. University of Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 110, D-69120 Heidelberg, Germany)

Abstract: Objective To study the value of protective ileostomy in preventing anastomotic leakage following ultralow anterior resection for rectal cancer. **Methods** The clinical records of 98 patients with rectal cancer electively undergoing ultralow anterior resection were retrospectively analyzed. A randomized comparative study between ileostomy group (45 patients) and without ileostomy group (53 patients) was conducted. **Results** An anastomotic leakage was diagnosed in 11 patients (20.8%) without protective ileostomy and in only 1 patients (2.2%) with ileostomy. **Conclusions** The elective use of a protective ileostomy for ultralow anterior resection can effectively reduce the rate of anastomotic leakage.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(4): 321-323]

Key words: Rectal Neoplasms; Ultralow Anterior Resection; Anastomotic Leakage; Ileostomy; Postoperative Complications/prer

CLC number: R735.37

Document code: A

吻合口瘘是直肠癌患者低位前切除术后常见的致死原因, 病死率高达30%^[1]。直肠癌低位前切除的吻合口瘘发生率为10%~20%^[1-2], 超低位前切除术甚至高达48%^[3]。因此, 如何有效地

降低吻合口瘘的发生率以提高患者的生存率仍是临床上关切的问题。对术中是否应常规行预防性肠造口, 目前仍有不同观点^[3-4]。本文旨在探讨预防性回肠造口在直肠癌超低位前切除术中的临床应用价值。

基金项目: 深圳市科技局资助项目(200405280)。

收稿日期: 2006-03-30; **修订日期:** 2007-04-02。

作者简介: 阎玉矿, 男, 河南漯河人, 广东省深圳市龙岗中心医院主任医师, 主要从事肝胆胰外科和直肠肿瘤方面的研究。

通讯作者: 阎玉矿 E-mail: yyk-0012003@hotmail.com

1 临床资料

1.1 一般资料

1997年11月—2005年11月本组共实施超

低位前切除术(肿块距肛缘5~8cm,肿块下方肠管切除的长度为1.5~5cm,吻合口距肛门 \leq 3cm)98例(其中51例在德国海德堡大学外科医院完成,47例在深圳龙岗中心医院完成)。男56例,女42例;年龄19~86岁,其中45~70岁者占73.5%(72/98)。实施预防性回肠造口45例为A组,未实施预防性回肠造口53例为B组。术前所有患者的血红蛋白(Hb) $>$ 10g/L,清蛋白 $>$ 32g/L。合并糖尿病的患者围手术期空腹血糖控制在7.20~8.40mmol/L之间。A、B两组的临床一般资料具有可比性(附表)。

附表 实施预防性回肠造口(A)组与未实施(B)组一般资料

项目	A(45例)	B(53例)
中位年龄(岁)	62	54
男/女	24:21	32:21
肿瘤平均直径(cm)	5.6	4.3
组织学分类		
管状腺癌	27	37
乳头状腺癌	13	10
黏液腺癌	3	6
类癌	2	0
细胞分化程度		
Bordor I级	10	15
Bordor II级	30	32
Bordor III级	3	6
Bordor IV级	2	0
Dukes分期		
A	10	12
B	23	28
C	12	13

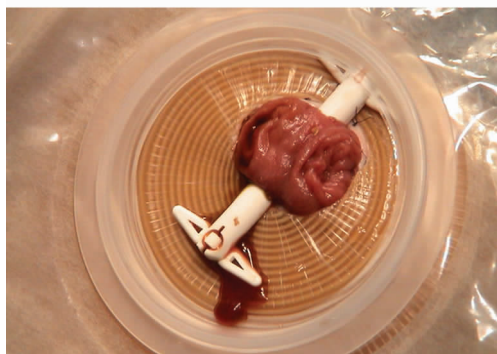
1.2 手术要点

腹部手术操作严格遵守全直肠系膜切除(TME)原则。吻合过程始终保持无菌、无瘤,尤其远侧断端更应符合这一要求。牵下的近端结肠血运良好,且能观察到黏膜下不断渗血;吻合后的肠管保持绝对无张力,松弛地“躺卧”于盆底。无论是手工还是吻合器吻合,均于盆腔内灌满生理盐水后经肛门充气明确吻合口无渗瘘,盆底放置引流管。

A组于距回盲部15~20cm处将回肠袢从右下腹拖出3~5cm,固定后切开回肠肠壁2/3周,行双腔回肠造口(附图)。3个月前行造口还纳。

1.3 统计学方法

采用卡方检验^[1]。



附图 固定后立即用肛袋封闭

2 结果

吻合口瘘的诊断依据临床症状体征,结合CT和/或B超检查明确。本组共有12例发生吻合口瘘(12.2%),其中11例(91.7%)出现在B组(20.8%,11/53),9例为重度瘘,2例为轻度瘘;仅1例(8.3%)出现在A组(2.2%,1/45),且为轻度瘘;两组间统计学分析有显著性差异($P < 0.05$)。吻合口瘘与患者的性别、年龄、手术时间及是否有合并症等无明显关系。3例轻度瘘和1例重度瘘经营养支持、充分引流、抗感染治疗痊愈。其余未行预防性回肠造口的8例重度瘘中,2例吻合口瘘发生在术后3d内,后加行失功性末端回肠造口;6例吻合口瘘发生在术后5~7d,后加行失功性结肠造口。无1例发展为严重的弥漫性腹膜炎,亦无1例因吻合口瘘死亡。

A组的平均住院时间为9d(6~12d),出现2例造口旁疝,1例旁疝合并感染,未见造口坏死、回缩、梗阻和脱垂等并发症。B组中,未发生吻合口瘘的患者平均住院时间为15d(10~25d),发生吻合口瘘的患者平均住院时间为52d(38~70d)。再次入院行回肠造口还纳的病例平均住院时间为5d(2~8d)。

3 讨论

随着全直肠系膜切除术的普遍开展及吻合器技术的广泛应用,低位和超低位结直肠吻合的比率明显增加。目前已有85%~90%的直肠癌患者可以通过低位和超低位的前切除术达到根治目的^[5],从而避免了永久性的人工造口。但随之而来的是术后吻合口瘘的发生率也明显升高,达10%~20%^[2],有报道^[3]超低位前切除术吻合口瘘的发生率甚至高达48%。

虽然有一定的吻合口瘘发生率,但处理得当还不足以致命,本组发生吻合口瘘12例,无1例

死亡。因此从兼顾根治和生活质量的角度考虑,低位和超低位前切除术已成为患者手术的首选方式。本组实施预防性回肠造口者吻合口瘘发生率为2.2%,而未实施者吻合口瘘发生率为20.8%,两者差异有显著性,此结果与国内外文献报道一致^[2,6]。这说明预防性回肠造口可明显降低吻合口瘘的发生率。此外,重度瘘均出现在B组中,说明预防性回肠造口对超低位吻合口的保护有相当大的实用价值。而且行此种造口后即使发生了吻合口瘘,也由于肠内容物的转流,可以通过引流和局部冲洗短期治愈,大大降低了吻合口瘘的危害性。

吻合口瘘原因复杂。本组资料显示,吻合口瘘与性别、年龄、肿瘤大小、细胞分化、组织学分类和肿瘤分期无明显关系。说明在超低位前切除术后吻合口瘘的发生是难以预料的。其发生可能与以下因素有关:(1)直肠系膜全切除后残余无系膜直肠过长,直接影响直肠远端的血液供应。(2)结肠脾曲游离不充分,吻合口有张力。(3)盆腔间隙残留血凝块和渗液,引起感染,造成吻合口瘘。(4)吻合后的新肠管无直肠黏膜,导致术后急性排便反射消失,粪便积滞于肛管直肠不易排出,致使吻合口张力增高。(5)吻合口过低。几乎所有的大宗病例都显示,吻合口瘘发生率与吻合口的位置有直接关系,吻合口愈低,瘘发生率愈高^[7-8]。因此德国学者^[1,9]认为,在直肠癌超低位前切除术中应考虑行预防性回肠造口,尤其是术中曾出现严重失血、低血压、或充气检查发现吻合口瘘而又手工缝合者;对术前合并低蛋白血症、糖尿病,或曾进行放疗化疗、曾使用过免疫抑制剂,及术前肠道准备不充分的患者,应常规行预防性回肠造口^[9]。

吻合口瘘有轻度瘘和重度瘘之分^[1]。轻度瘘指瘘口较小,仅有轻微的局部症状,而不伴随全身中毒症状,经局部冲洗和引流短期内即可治愈,一般不需要其他特殊处理。重度瘘是指瘘口超过肠腔周径的一半和/或伴随明显的全身中毒症状,和/或出现严重的腹膜炎,需要再次手术处理者。本组发生3例轻度瘘和9例重度瘘。3例轻度瘘经充分引流和局部冲洗,于术后2周内治愈出院。9例重度瘘均出现在未行预防性回肠造口的患者中,其中3例经再手术行失功性末端回肠造口,6例行失功性结肠造口,均治愈出院。

预防性回肠造口优于横结肠造口。因为在超低位和低位前切除术时横结肠造口发生造口坏死、回缩、梗阻、脱垂和造口旁疝的机会明显增多,手术操作较回肠造口复杂且流出物气味大,目前已趋于弃用^[9]。末端回肠造口操作简单,由于

仅切断回肠肠壁2/3周,且以胶棒固定。本组无1例发生造口坏死、回缩、梗阻、脱垂和等并发症。45例回肠造口还纳术中27例在门诊完成,18例住院手术完成。后者平均住院时间仅5d,未发生1例并发症。

本组资料显示,预防性回肠造口并未延长住院时间。行此种造口的患者2次手术总平均住院时间为14d,接近甚至少于未行预防性回肠造口者,因为回肠造口患者术后2~3d即可早期进食,而未行预防性回肠造口者须在术后1周,即吻合口瘘危险期过后方可进食,明显延长了住院时间^[10]。又因未行预防性回肠造口的患者吻合口瘘发生率明显增加,一旦发生了将大大延长住院时间。因此,预防性回肠造口实际上缩短了住院时间。此结果与李东华等^[10]的报道一致。

总之,预防性回肠造口可有效地降低直肠癌超低位前切除术后吻合口瘘的发生率,且缩短住院时间,有较大的临床应用价值。

参考文献:

- [1] Eckmann C, P. Kujath, M. Kraus, et al. Therapeutische strategie bei anastomosensuffizienz nach tiefer anterior Rektumresektion [J]. *Viszeralchirurgie*, 2005, 40(1): 17-21.
- [2] Nesbakken A, Nygaard K, Lunde OC. Outcome and late functional results after anastomotic leakage following mesorectal excision for rectal cancer [J]. *Br J Surg*, 2001, 88(3): 400-404.
- [3] Kohler A, Athanasiadis S, Ommer A, et al. Long-term results of low anterior resection with intersphincteric anastomotic in carcinoma of the lower one-third of the rectum; analysis of 31 patients [J]. *Dis Colon Rectum*, 2000, 43(5): 843-850.
- [4] Bailey CM, Wheeler JM, Birks M, et al. The incidence and causes of permanent stoma after anterior resection [J]. *Colorectal Dis*, 2003, 5(2): 331-334.
- [5] Jörg-Peter Ritz, Heinz Johannes Bühr. Essentielle chirurgische Standards beim Rektumkarzinom [J]. *Chir Gastroenterol*, 2005, (1) 131-136.
- [6] 董新舒,赵鹏,高登群,等. 双吻合器技术在直肠癌低位前切除术中应用及并发症分析 [J]. *中华普通外科杂志*, 2002, 27(5): 280-284.
- [7] Rullier E, Laurant C, Garrelon JL, et al. Risk factors for anastomotic leakage after resection for rectal cancer [J]. *Br J Surg*, 1998, 85(8): 1266-1267.
- [8] Makela JT, Kiviniemi H, Laitinen S. Risk factors for anastomotic leakage after left-sided colorectal resection with rectal anastomotic [J]. *Dis Colon Rectum*, 2003, 46(4): 653-660.
- [9] Liersch T, Langer C, Ghadimi B. M, et al. Aktuelle Behandlungsstrategien beim Rektumkarzinom [J]. *Der Chirurg*, 2005, 3(3): 309-332.
- [10] 李东华,黄梁,陈伟国,等. 直肠癌超低位前切除术中辅助性回肠造口的临床价值探讨 [J]. *中华普通外科杂志*, 2005, 20(2): 97-99.