维普资讯 http://www.cqvip.com

减少低位直肠癌全直肠系膜切除吻合口瘘的手术策略

廖 忠,马小平,廖国庆,张光全 (成都市第六人民医院肝胆外科,四川 成都 610051)

[摘 要] **目的** 探讨术中有效减少低位直肠癌全直肠系膜切除吻合口瘘的手段。**方法** 回顾分析本院2002年至2005年58例低位直肠癌行全直肠系膜切除术的临床资料。**结果** 吻合口瘘4例,发生率6.9%,无再次手术病例。**结论** 缩短手术时间、良好的血供、双吻合器、加强缝合、有效盆腔引流是减少吻合口瘘的有效措施。

[关键词] 低位直肠癌;全直肠系膜切除术;吻合口瘘
[中图分类号] R657.1; R730.56 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2006)01-0023-02

Surgical tactics in abating anastomotic stoma fistula after total mesorectal excision for low rectum cancer

LIAO Zhong, MA Xiao-ping, LIAO Guo-qing, ZHANG Guang-quan (Department of Hepatobiliary Surgery, The Sixth People's Hospital of Chengdu, Chengdu 610051, China)

Abstract: Objective To explore some effectual treatment that can abate anastomotic stotma fistula after total mesorectal excision (TME) for low rectum cancer. **Methods** Totally 58 patients of low rectum cancer underwent TME from 2002 to 2005 in our hospital, 37 male and 21 female, with an average age of 63 years old. The cancer of all cases located within 5-7 cm to anus and classified as Dukes A in 18 cases, Dukes B in 33 cases and Dukes C in 7 cases. **Results** Anastomotic stoma fistula occurred in 4 cases (6.9%) and nobody needed reoperation. **Conclusion** There are some effectual measures in abating the anastomotic stoma fistula, such as short operation time, good blood supply to the anastomotic stoma, application of double stapling device, reinforced suture of anastomotic stoma and effetive drainage.

Keywords: low rectum cancer; total mesorectum excision; anastomotic stotma fistula

全直肠系膜切除术(total mesorectal excision, TME)也称直肠周围系膜全切除术(complete circumferential mesorectal excision, CCME)。英国医生Heald于1982年首先提出"全直肠系膜切除"[1]。TME使局部复发率显著降低(6%)、5年生存率明显提高(68%)、保肛率的增加,使患者生活质量显著改善[2]。故TME已被作为直肠癌手术的"金标准"。TME需要更低位的吻合,使TME后容易发生吻合口瘘[3-4]。Heald报道吻合口距肛缘7.5 cm以下者19.4%发生吻合口瘘[1]。本文选取自2002年开展TME手术以来收治的58例低位直肠癌行TME手术的病例,进行回顾性分析,以探讨减少低位直肠癌全直肠系膜切除术吻合口瘘的有效手段,供临床参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组58例,男性37例,女性21例,平均年龄63岁。病灶与肛缘距离均在5~7 cm间,术前经结肠镜活检证实直肠癌。其中Dukes A 18例,Dukes B 33例,Dukes C 7例。

1.2 手术方法

手术均按照TME原则进行直肠癌低位前切除。切除范围远端距肿瘤2~3 cm,近端距离为10~15 cm。方法:直视下锐性游离完毕后,选用国产6 cm直线闭合器距肿瘤2~3 cm关闭直肠远端,钳夹需切除肠段两端,切断后移出体外并立即送病理检查。病理检查两断端阴性后,近端荷包缝合(荷包钳)放入底钉座并收紧,经肛门放入国产KYGW管型消化道吻合器经远端闭合处穿出,完成端-端吻合结肠与直肠。术中出血量100~300 ml。

1.3 引流及术后处理

盆腔经腹膜隧道放置普通单腔橡胶引流管1根。引流均放置12~14 d,未发生瘘则拔管,如发生瘘则保留。术后均行辅助化疗。所有病例随访一年以上。

2 结果

本组共发生吻合口瘘4例,发生率6.9%。发生时间:10~12 d者3例,13~14 d者1例,平均引流量50~100 ml,漏出物多为黄色浑浊液体伴粪渣。患者仍可照常进食。为保持引流管通畅仅1例更换了引流管,余未做特殊处理。4例均仅延长住院时间1周,其后带管出院,门诊换药随访,引流减少后逐日退管至痊愈。引流留置最短时间为瘘发生后7 d,最长时间为1

[作者简介] 廖 忠(1968-),男,四川省内江市人,主治医师,本科,主要从事肝胆外科及内镜方面的临床研究。电话:(028)84332033-8028

[收稿日期] 2005-09-25 [修回日期] 2005-11-24

维普资讯 http://www.cqvip.com

个月。未发生弥漫性腹膜炎或进行结肠造口。

经术后化疗,一年以上随访结果:6例出现远处转移,无1例局部复发。

3 讨论

3.1 低位直肠癌TME易发生吻合口瘘的原因

主要原因有:①低位TME难度较大,导致手术时间过长。Heald报道早期开展TME时吻合口瘘发生率曾高达20%以上[1],表明初期经验不足是导致吻合口瘘发生的主要原因。②肿瘤位置低,一般都切除了全部直肠系膜,造成远端直肠吻合口血供较差,从而影响吻合口愈合。③低位吻合张力高,传统手工缝合不确切,易导致吻合口间隙过大。④低位直肠癌TME相对创面较广、渗出多,容易发生盆腔积液而并发感染。

3.2 减少吻合口瘘的手术策略

通过病例分析,本文提出减少低位直肠癌TME吻合口瘘的有效方法:①提高手术技巧,缩短手术时间。随着经验积累,熟练程度增加,新技术使用(如吻合器、超声刀),手术时间将会大大缩短,手术出血少,创面干净,渗出物少,吻合口瘘减少是必然的。笔者所在医院开展TME时间较短,初期平均手术时间4~6 h,随着技术的成熟及吻合器的应用,时间缩短为2~3 h。②保持吻合口良好血供。本文认为距离两断端1 cm以内肠壁应完全清除脂肪结缔组织,1 cm以上不宜过多剥离,应保留少量脂肪和筋膜,可以保证有效的肠壁血供。本组病例经随访局部复发并未明显增加。③应用双吻合器(double stapling device)。双吻合器的优点是整个操作中切除肠段和吻合口两端均保持封闭状态,将肠内容物的污染减到了最低,保持盆腔清洁,明显减少了感染发生。有作者采用双吻合器进行低位或超低位吻合术,吻合口瘘发生率为4.4%[5]。也有作者采用同样手术方法,其发生率为9.5%[6]。本组病例均为低位直肠癌前切除、超低位吻合,吻合口瘘发生率为6.9%,与上述比较并没有明显增加,说明采用双吻合器对减少吻合口瘘的发生很有效。④吻合口加强缝合。在常规充分游离乙状结肠、降结肠,吻合器吻合完毕后,手工0号丝线间断1 cm浆肌层内翻缝合吻合口。这样做的优点是,加强了吻合器钉合的不可靠处,使吻合口紧密对合,同时充分减轻吻合口张力。本法与生物胶封闭相比,方便、可靠且费用低。⑤有效的盆腔引流。有效的引流不仅仅取决于所采用的引流管(双套管或单腔管)或有无低负压吸引,更重要的是引流管放置的方法和时间。通常引流管的放置有两种:一是经盆腔→腹腔→腹壁→腹外途径,其明显的缺点是引流管在腹腔内经过的距离过长,盆腔的感染性液体经管壁污染相对清洁的中上腹腔,导致肠间隙感染,甚至导致弥漫性腹膜炎;二是经会阴部途径,引流路径短,效果好,缺点是限制患者体位,不适感明显,距离肛门较近容易受到粪便污染,不利于长期放置和护理。笔者采用的方法则是按盆腔→腹膜外→腹壁→腹外途径,即引流管经腹膜外走行,盆腔感染性引流物直接引出体外,即便发生肠瘘,也不容易扩散致全腹腔,局限性、可控性好。

3.3 引流管放置时间

直肠处于较低位,愈合时间长,通常需14 d。因此,按常规引流管放置72 h远远不够。钱俊等[7]报道盆腔引流管常规放置7~9 d。本组例吻合口瘘均发生在10~14 d后,值得注意的是瘘发生前引流管通畅,没有或仅有很少渗出液,一般不超过5 ml,10~14 d后开始出现黄色浑浊液体伴粪渣样物,颜色性质均与肛门排泄物相近,量都在每日50 ml以上,约1~2周后开始减少。本文认为引流管至少应放置14 d,本组观察并未发现长期引流逆行感染明显增加的情况。

[参考文献]

[1] Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery - - the clue to pelvic recurrence? [J]. Br J Surg, 1982,69(10):613-616.

[2] Corman ML. 结肠与直肠外科学[M]. 吕厚山,译. 第4版. 北京:人民卫生出版社,2002.705.

[3] 周总光. 低位直肠癌微创化保肛重建术中的若干问题[J]. 中华医学网络杂志,2004,1(4):1-3.

[4] 雷文章,程中,赵高平. 保留肛门的扩大根治术在低位直肠癌中的应用[J]. 局解手术学杂志,2004,13(4):225-227.

[5] 黎介寿,吴孟超,黄志强. 普通外科手术学[M]. 第2版. 北京:人民军医出版社,2005.492.

[6] 朱建华,罗伟伦. 直肠癌全直肠系膜切除术[J]. 中国胃肠外科杂志,2000,3(4):209-212.

[7] 钱 俊,楼荣灿,李德川,等. 直肠系膜全切除在直肠癌低位前切除的应用[J]. 肿瘤学杂志,2001,7(5):288-289.

(编辑:余汇洋)