迅速与其黏连,6 h 即能产生毛细血管芽,侵入网膜和缺血组织间的纤维黏连,24 h 内产生密集的血管网,以后的 48 ~ 72 h 中则形成肉芽组织。带血管蒂大网膜移植(Greater omentum transplantation GOT)用作填充材料修复组织缺损或充填腔隙为成熟技术。近年国内报告用带血管蒂大网膜填塞于直肠吻合口后方预防普通前切除术后吻合口瘘效果很好[12]。

3.1 手术方式和操作简单可行

大网膜的裁剪需在干净大纱垫上展开,裁剪后经左结肠旁沟或者右结肠旁沟下拉入盆腔均可以。由于左侧脾曲位置高,下拉距离相对较远,建议经右结肠旁沟途径入盆好。有经腹膜后间隙将大网膜下拉入盆的方式,笔者曾尝试,在大网膜肥厚的患者操作困难,而且腹膜的入口出口容易形成环状压迫,导致大网膜血运障碍。大网膜在下拉途径中需与结肠旁沟腹膜间断缝合。进入盆腔后大网膜主要置于直肠吻合口后方,用一部分围绕包裹吻合口,并缝合 6~8 针将其固定在直肠残端上。整个操作方便简单,耗时在 15 min 左右。本组资料显示研究组手术失血相比对照组有所增加[13],但尚在可以接受程度,也可能与研究组个别病例肥胖操作困难有关。

3.2 术后观察指标显示恢复好

术后肠蠕动恢复时间和大多胃肠手术后一致。其中两例不全性肠梗阻保守治疗痊愈,尚不能确定与本术式有关。从术后 B 超对盆腔的检查来看本术式消除了吻合口后方骶前间隙积液的问题。骶前引流液细菌培养均在手术后 2 d 内进行,虽 2 例出现细菌生长,但未发生临床感染,或许可提示大网膜的抗感染作用。术后体温、血象、骶前引流量的观察均显示患者顺利恢复。而术后指肛检查更感觉吻合口柔软性增加,似与吻合口外包大网膜有关。

3.3 同位素示踪显示大网膜对直肠吻合口血液循环的改善

本组有 4 例在术后 3 d 进行了同位素吻合口旁直肠粘膜下注射,用以显示大网膜对直肠残端血供改散情况。开始 2 例由于注射同位素的量和图像采集时间以及采集方式掌握不好,失败。后 2 例显示同位素在注射后比较迅速的通过直肠壁进入大网膜顺结肠旁沟方向回流到肝脏。说明大网膜包裹吻合口的确有改善缺血的作用。

本组病例经上述方式治疗均顺利康复, 无围手术期死亡,无吻合口瘘发生,生活质量得到改善。我们认为带血管蒂 GOT 于直肠吻合口后方并包绕吻合口, 对降低 TME 手术吻合口瘘发生率有价值, 为降低 TME 术后吻合口瘘的有效方法,可使 TME 手术更趋完善。

参 考 文 献

[1] Heald R J, Husbend EM Ryall R D H.The Meorectum inrectal cancer surgery: theclue to pelvic recurrence[J]Br.J.surg, 1982, 69(10): 613-616.

[2] Havenga K, Enker W E, Norstein J, et al. Improved survival and local control after total mesorectal excision or D3 lymphadenectomy in the treatment of primary rectal cancer: an international analysis of 1411 patients[J]. Eur J Surg Oncol, 1999, 25(4): 368-374.

[3] Bulow S, Christensen I J, Harling H, et al. Recurrence and survival after mesorectal excision for rectal cancer[J].Br J Surg, 2003, 90(12): 1610.

[4] Wibe A, Eriksen M T, Syse A, et al.Total mesorectal excision for rectal cancer-what can be achieved by a national audit[J]Colorectal Dis, 2003, 5(5): 471-477.

[5] Hainsworth P.J. Evaluation of a policy of total mesorectal excision for rectal and rectosigmoid TME45, AE 38, APR 18[J].Br.J. Surg, 1997, 84(5): 652-656.

[6] Law W L, Anterior resection for rectal cancer with mesorectal excision: a prospective evaluation of 622 patients[J].Ann Surg, 2004, 240(2): 260-268.

[7] Wibe A, Moller B, Norstein J, et al. A national strategic change in treatment policy for rectal cancer--implementation of total mesorectal excision as routine treatment in Norway. A national audit[J].Dis Colon Rectum, 2002, 45(7): 857-866.

[8] Carlsen E, Schlichting E, Guldvog I, et al. Effect of the introduction of total mesorectal excision for the treatment of rectal cancer[J]. Br J Surg, 1998, 85(4): 526-529.

[9] MacFarlane JK, Ryall RDH, Heald RJ. Mesorectal excision for rectal cancer[J]. The lancet, 1993, 341(8843): 457.

[10] 邱辉忠, 林国乐, 吴 斌, 等. 肠癌全系膜切除的若干问题[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(6): 348-349.

[11] 郭恩覃, 主编. 代整形外科学[M].第 1 版.人民军医出版社. 2000.276-282.

[12] 薛 刚, 蔡发堂. 骶前间隙填塞并包裹吻合口预防结直肠吻合口瘘的临床观察[J]. 河北医药, 2001, 23(10): 752-752.

[13] 夏来阳, 方传发, 谢元财, 等. 腹腔镜和开腹结直肠癌根治术疗效的对比研究[J]. 四川大学学报(医学版), 2009, 40(4): 764、封三.

(责任编辑: 关蕴良)

读者·编者·作者

作者书写中图分类号须知

为便于论文分类索引,本刊设中国图书分类法分类号。按《中国图书馆分类法》(第 4 版)标注,一般只标注 1 个即可,若一篇论文涉及多个学科,主分类号之后还可以标注 1~3 个相关学科的分类号。论文分类号放在中文关键词的下方,单独起行,不需标注英文分类号。

本刊编辑部

2010 年 6 月