

· 腹部疾病 ·

预防性回肠造口在低位直肠癌新辅助治疗后保肛术中的应用

中山大学附属梅州医院(梅州市人民医院)胃肠外一科(广东 梅州 514031)

李 恩 吴祖光 李志旺

【摘要】目的 探讨预防性回肠造口在低位直肠癌新辅助治疗后保肛术中的应用。方法 选取我院2012年6月-2014年7月低位直肠癌新辅助治疗后行腹腔镜辅助下直肠癌前切除术的患者103例。实施预防性回肠造口(试验组)49例,未实施预防性回肠造口(对照组)54例,试验组行直肠癌低位前切除术后行预防性回肠造口,术后3-6月后行造口回纳,对照组常规行直肠癌低位前切除保肛术。比较两组患者吻合口瘘发生率和平均住院时间。结果 本组103例患者均顺利完成治疗,试验组无一例发生吻合口瘘,平均住院时间 16.49 ± 7.62 d,对照组吻合口瘘发生率为18.5%,平均住院时间 23.52 ± 12.61 d,两组患者比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 低位直肠癌新辅助治疗后保肛术行预防性回肠造口可降低吻合口瘘的发生率,减少住院天数,可作为一种安全的常规辅助手术。

【关键词】直肠肿瘤;回肠造口术;保肛术;新辅助治疗

【中图分类号】直肠肿瘤

【文献标识码】A

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2015.04.011

Application of Preventive Ileostomy in Sphincter-preserving after Neoadjuvant Therapy for Low Rectal Cancer

LI En, WU ZU-guang, LI Zhi-wang. Department of Gastrointestinal Surgery, MeiZhou People's Hospital, Meizhou, 514031

【Abstract】Objective To explore the application of preventive ileostomy in sphincter-preserving after neoadjuvant therapy for low rectal cancer. Methods From June 2012 to July 2014, 103 patients with laparoscopic anterior resection for colorectal cancer after neoadjuvant therapy were divided into two groups. Experimental group was performed in 49 patients and were treated with preventive ileostomy after laparoscopic anterior resection. Stoma closure after 3 to 6 months. Control Group in the other 54 patients were treated with sphincter-preserving in laparoscopic anterior resection. Postoperative data were compared between two groups in the rate of anastomotic fistula and the average hospital stay. Results 103 patients were successfully treated. Experimental group had no one of anastomotic fistula, and the average hospital stay was 16.49 ± 7.62 d. Anastomotic fistula incidence occurred in the control group was 18.5%, and the average hospital stay was 23.52 ± 12.61 d. There was significant difference in these two aspects between the two groups ($P < 0.05$). Conclusions Preventive ileostomy can reduce the risk of anastomotic fistula and hospital stay in laparoscopic anterior resection sphincter-preserving after neoadjuvant therapy for low rectal cancer. It can be used as a safe routine assisted surgery.

【Key words】Rectal Neoplasms; Ileostomy; Sphincter-preserving; Neoadjuvant Therapy

直肠癌是胃肠道中常见的恶性肿瘤,其中低位直肠癌在直肠癌中所占比例高。近年来,术前的辅助放、化疗被越来越多地应用于局部进展期的低位直肠癌,并取得了显著疗效。新辅助治疗能使低位直肠癌肿瘤缩小、降期甚至肿瘤完全消退,故能明显增加切除率、提高保肛率、降低局部复发率,但术后吻合口瘘的发生率也越来越得到临床医生的重视。本文通过对低位直肠癌施行或不施行预防性回肠造口的两组患者进行回顾性分析,评价预防性回肠造口在低位直肠

癌新辅助治疗后行保肛术中降低吻合口瘘发生率的临床价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院2012年6月~2014年7月低位直肠癌新辅助放化疗后行腹腔镜辅助下直肠癌前切除术的患者103例。实施预防性回肠造口(试验组)49例,其中男性28例,女性21例,年龄31~86

作者简介:李 恩,男,胃肠外科专业,副主任医师,科主任,主要研究方向:胃肠道肿瘤的微创治疗

通讯作者:李 恩

表1 两组患者一般资料的比较

组别	性别 (例)		年龄 (岁)	肿瘤分期		组织学分类 ^a				伴发疾病	
	男	女		II	III	A	B	C	D	糖尿病	低蛋白血症
试验组	28	21	58.3±11.6	18	31	27	14	7	1	7	6
对照组	31	23	56.7±13.2	22	32	30	17	7	0	9	4
t (x ²) 值	x ² =0.001		t=1.131	x ² =0.174		x ² =1.208				x ² =0.734	
P值	0.978		0.268	0.677		0.751				0.693	

注: a: A—管状腺癌; B—乳头状腺癌; C—粘液腺癌; D—印戒细胞癌

表2 两组患者术后指标比较

观察指标	试验组 (n=49)	对照组 (n=54)	t值	P值
住院时间 (d)	16.49±7.62	23.52±12.61	t=-5.457	0.000
吻合口瘘发生率 (%)	0 (0/49)	18.5 (10/54)		

注: P<0.05差异有统计学意义

岁。肿瘤分期: II期18例, III期31例。组织学分类: 管状腺癌27例, 乳头状腺癌14例, 粘液腺癌7例, 印戒细胞癌1例。其中7例合并糖尿病, 6例合并低蛋白血症。未实施预防性回肠造口(对照组)54例, 其中男性31例, 女性23例, 年龄34~79岁。肿瘤分期: II期22例, III期32例。组织学分类: 管状腺癌30例, 乳头状腺癌17例, 粘液腺癌7例。其中9例合并糖尿病, 4例合并低蛋白血症。两组患者在性别构成比、年龄、肿瘤分期、组织学分类、伴发疾病构成比方面具有可比性(P>0.05), 见表1。

1.2 治疗方法 所有患者术前均行肠镜及病理检查, 明确诊断为直肠癌, 结合影像学检查, 术前临床分期II/III期, 肿瘤距离肛缘≤8cm。术前给予中等剂量放疗40~46Gy, 分次剂量2Gy/d, 每周5d, 共4~5周完成放疗, 放疗开始的同时给予卡培他滨 $1250\text{mg} \cdot \text{m}^{-2} \cdot \text{d}^{-1}$, 分2次口服, 持续服用至放疗完成。放化疗结束后休息6周复查血象基本正常后进行手术, 手术均行常规直肠癌低位前切除术, 手术操作遵循全直肠系膜切除(TME)原则, 充分游离直肠至肛提肌平面, 在直肠拟切除处试用肠钳钳夹, 自肛门检查直肠未有残留肿物, 经肛门用1%碘伏溶液冲洗下段直肠, 选用强生爱惜龙6cm直线切割闭合器一次或分次切断肠管, 强生29~33号合适的吻合器吻合, 必要时吻合口用4~0可吸收线腔镜下加强缝合, 术毕留置8号康丽盆腔引流管引流。未行预防性回肠造口者经肛门放置肛管减压, 行预防性回肠造口者选择距回盲部15~20cm处末段回肠在右下腹壁行双腔造口, 术后3~6月后行造口回纳。

1.3 吻合口瘘判断标准 符合下列标准任何一条

的患者均为吻合口瘘^[1]。①盆腔吻合口下方引流管引流出肠内容物; ②经消化道造影, 造影剂流出; ③经CT检查吻合口的周围出现积气和肠壁不连续的情况; ④经肛门指检证实吻合口裂开。同时还需结合患者的临床症状, 如发热、寒战, 血培养阳性或血常规提示白细胞升高。

1.4 统计学方法 资料应用SPSS 17.0统计软件进行分析, 计量资料用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示。计量资料两组间比较采用t检验, 计数资料采用 χ^2 检验, P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

全组患者均按计划完成预定的新辅助放化疗及手术。试验组无一例发生吻合口瘘, 平均住院时间 $11.75 \pm 4.09\text{d}$ (7~15d), (不含放化疗时间), 未见造瘘口旁疝、造口坏死、造口回缩、脱出、造口狭窄和造口周围皮肤炎症等并发症。再次入院行回肠造口回纳的平均住院时间为 5.23d (3~9d)。总住院时间平均为 $16.49 \pm 7.62\text{d}$ 。

对照组有10例(18.5%)发生吻合口瘘, 其中6例发生在术后3~4d, 行横结肠造口, 4例经营养支持、充分引流及抗感染治疗后痊愈, 无一例因吻合口瘘死亡。平均住院时间 $23.52 \pm 12.61\text{d}$ (10~56d)。

两组患者在吻合口瘘发生率和平均住院时间方面比较, 差异有统计学意义(P<0.05)。

3 讨论

我国直肠癌约70%~75%位于腹膜返折以下,属于低位直肠癌^[1]。局部复发和能否保肛是低位直肠癌手术治疗的难点,随着吻合器技术的广泛应用和全直肠系膜切除术(TME)的成熟,越来越多的低位直肠癌保肛成为可能,但吻合口瘘的发生率仍是外科医生关注的主要问题,据相关文献报道,其发生率在1%至21%^[2, 3]。近年来国内外在开展低位直肠癌保肛术的同时,提出采用预防性回肠造口以减少吻合口瘘的发生^[4]。但其对吻合口瘘的保护作用仍备受争议。我们在临床实践中发现,对于未行新辅助治疗的低位直肠癌患者,预防性回肠造口无需常规进行,良好的术前评估、娴熟的腔镜操作和吻合技术以及术后肛管减压均能很好地防止吻合口瘘的发生,这与国内外一些学者的见解相一致^[5, 6]。

近年来,新辅助放化疗的效果逐步得到直肠癌专科医师的认同^[7]。但由于放化疗不可避免地带来系列不良反应和盆腔相关脏器组织学的改变,使得外科医师对于新辅助放化疗可能带来对手术操作的影响产生忧虑。本组研究中,经新辅助放化疗而未行预防性回肠造口的病人中,吻合口瘘的发生率高达18.5%,虽然此发生率在相关文献报道范围,但仍远高于我院未行新辅助治疗低位直肠癌保肛术吻合口瘘的发生率。因此,我们建议,对于新辅助治疗后的低位直肠癌患者,预防性回肠造口应列为常规。

笔者总结新辅助治疗后的低位直肠癌患者,吻合口瘘的发生率增高的原因在于以下几方面:①放化疗后容易发生血管内皮变性、小血栓形成,放疗可致治疗区肠管组织细胞缺血缺氧、水肿、坏死,影响吻合口处的血液循环,从而影响吻合口愈合^[8]。②放疗后慢性炎症反应可造成肠壁纤维化和结构破坏,表现为肠管壁增厚、僵硬,黏膜皱褶消失甚至形成小溃疡,使肠道蠕动减慢,容易导致术后吻合口张力增高。③放疗和化疗的细胞毒性作用,可导致术后感染的发生率增加,胶原蛋白合成下降而影响吻合口愈合^[9]。④新辅助放化疗后肠系膜组织脆性增加和盆腔内组织明显水肿,筋膜间隙欠清晰,超声刀分离过程中容易出血,难以找准操作层面,导致术中更容易损伤重建的肠管和吻合口近端重要的血管弓,影响吻合口的愈合。

本组资料中行预防性回肠造口无一例发生吻合口瘘,明显低于文献报道。我们主张行预防性末端回肠双腔造口。因为回肠双腔造口远端肠管未完全闭合,尚有少量肠液通过,降低了废用性肠炎的发生率。行

造口还纳时无需再寻找远端肠管,手术时间缩短,创伤小,术后患者1-2d肠功能恢复后即可进流质。还纳后未改变肠管走行,不易出现术后粘连梗阻。同时,回肠造口不易发生造口脱垂、回缩、坏死和造口旁疝,且手术操作简单,并发症少。本研究显示,预防性回肠造口并不增加住院时间,行回肠造口后,患者术后1d可早期进食,而未行回肠造口患者一般需在术后5~7d吻合口瘘危险期过后方可进食,大大延长了住院时间。

因此我们认为,低位直肠癌新辅助治疗后保肛术行预防性回肠造口可降低吻合口瘘的发生率,减少住院天数,可作为一种安全的常规辅助手术。

参考文献

- [1] 翟二寿,郑先杰,李帅,等. 低位直肠癌保肛术后吻合口位置对肛门功能影响的临床分析[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2012, 4(4): 250-254.
- [2] Akagi T, Inomata M, Etoh T, et al. Multivariate evaluation of the technical difficulties in performing laparoscopic anterior resection for rectal cancer [J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2012, 22(1): 52-57.
- [3] Maggiori L, Bretagnol F, Lefèvre JH, et al. Conservative management is associated with a decreased risk of definitive stoma after anastomotic leakage complicating sphincter-saving resection for rectal cancer [J]. Colorectal Dis. 2011, 13(6): 632-637.
- [4] Giuliani D, Willemsen P, Van Elst F, et al. A defunctioning stoma in the treatment of lower third rectal carcinoma [J]. Acta Chir Belg. 2006, 106(1): 40-43.
- [5] 崔龙,成世盈,陈卫,等. 低位直肠癌保肛术无预防性造口的意义[J]. 中国现代手术学杂志, 2007, 11(4): 266-268.
- [6] Wong NY, Eu KW. A defunctioning ileostomy does not prevent clinical anastomotic leak after a low anterior resection: a prospective, comparative study [J]. Dis Colon Rectum. 2005, 48(11): 2076-2079.
- [7] Sanghera P, Ho K, Muscroft T, et al. Neoadjuvant chemotherapy enables R0 resection of locally advanced rectal cancer in a patient with a previously irradiated pelvis [J]. Br J Radiol. 2007, 80(956): 170-172.
- [8] 杨平,彭翔,邓建中,等. 直肠癌新辅助治疗后联合腹腔镜下全直肠系膜切除术44例[J]. 广东医学, 2012, 33(17): 2586-2590.
- [9] Johnson LB, Jorgensen LN, Adawi D, et al. The effect of preoperative radiotherapy on systemic collagen deposition and postoperative infective complications in rectal cancer patients [J]. Dis Colon Rectum. 2005, 48(8): 1573-1580.