

左半结直肠癌 Hartmann 术后 消化道重建的手术时机及术式探讨

刘晶晶¹, 段乐乐¹, 王定森²

(湖北省咸宁市中心医院 湖北科技学院附属第一医院,

1. 肛肠外科; 2. 重症监护室, 湖北 咸宁, 437100)

关键词: 左半结直肠癌; Hartmann; 消化道重建

中图分类号: R 735.3 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)15-123-02 DOI: 10.7619/jcmp.201715037

由于现代循证医学的快速发展,临床医师们逐渐接受采用 Hartmann 术对全身一般情况较差且对 Miles 手术不耐受以及急性梗阻不宜进行 Dixon 手术的直肠癌患者进行治疗^[1]。但是对于消化道重建方法的选择仍存在争议,主要为造瘘方法与非造瘘方法的选择^[2]。本研究比较两种消化道重建方法,分析其临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 6 月—2016 年 6 月咸宁中心医院收治且行 Hartmann 手术的左半结直肠癌患者 62 例,并根据消化道重建的术式不同分为 2 组。对照组 30 例采用端-端吻合常规重建,其中男 17 例,女 13 例,年龄 41~83 岁,平均(62.1±2.5)岁,梗阻时间为 1~7 d,平均(4.3±0.6) d;梗阻部位在降结肠者 12 例,乙状结肠 11 例,直肠 7 例;经 TNM 分期后,Ⅰ期 9 例,Ⅱ期 18 例,Ⅲ期 3 例。观察组 32 例采用端侧吻合,近端结肠断口牵出腹壁进行减压造瘘口重建,其中男 18 例,女 14 例,年龄 43~82 岁,平均(62.5±2.1)岁,梗阻时间为 1~8 d,平均(4.5±0.4) d;梗阻部位在降结肠者 13 例,乙状结肠 10 例,直肠 9 例;经 TNM 分期后,Ⅰ期 10 例,Ⅱ期 20 例,Ⅲ期 2 例。2 组患者在性别、年龄、梗阻时间、梗阻部位和 TNM 分期方面无显著差异($P>0.05$),具有可比性。纳入标准^[3]:①患者病情无危重,无其他并发症;②没有穿孔破裂和腹腔污染者;③肠壁血运没有障碍者;④符合执行 Hartmann 术的治疗要求。排除标准:患有急性胰腺炎、急性阑尾炎以及肠穿孔等急腹症。本研究通过本院

医学伦理委员会同意批准,所有研究对象均知情同意并签名确认。

1.2 方法

2 组患者均进行 Hartmann 术治疗,具体内容如下:①Ⅰ期肿瘤切除;②将远端结肠(直肠)关闭;③于左下腹对近端结肠采用单腔造口术。对照组术中灌洗时从上段小肠处向结肠断口处依次推挤,将患者肠腔积粪排除干净后于盲肠末端插管,再使用大量盐水进行冲洗,等到肠腔排除液清亮后保留灌注 5~8 min 的甲硝唑液(湖北中佳药业有限公司,规格 100 mL: 0.5 g,国药准字 H42020829)。肠道重建于手术切除病变肠段达根治要求后进行,肠管端-端吻合采用传统双层间断缝合法或吻合器钉合法,并将结肠脂肪垂把细膜对侧壁覆盖起来;根据患者的临床情况可在吻合口近端后经直肠引出肛门外安置胶管,起到排气减压的作用。

观察组的术中灌洗由上段小肠推挤向结肠断口,将肠腔积粪洗净后,并采用生理盐水将吻合口近段肠腔冲洗,冲洗效果只需达到无粪渣对吻合产生影响即可。肠道重建采用双层间断缝合法或吻合器钉合法将远侧断端与近端结肠吻合,肠造瘘口由开近侧结肠断端于左侧腹壁开出。根据腹壁的胖瘦决定吻合口以及造瘘口的间距,一般情况下,其间距应在 8 cm 以上,15 cm 以下。选择术后 3 周左右为肠造瘘口的闭瘘时间,其方法为:对患者局部麻醉后,将造瘘口分离至腹膜外水平,切除造口闭合可采用闭合器或是手工缝合法依次将各层组织缝合,术后定期到门诊消毒换药治疗。观察并比较 2 组患者的术中耗时、术后吻合口漏、进食时间、住院治疗费用。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 19.0 统计学软件进行统计分析,以均数 \pm 标准差表示计量资料,并进行 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

经消化道重建后,观察组的术中耗时、术后吻合口漏、进食时间、住院费用等指标均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者术中耗时、术后吻合口漏、进食时间、住院费用比较

组别	例数	术中耗时/min	吻合口漏	进食时间/d	住院费用/万元
对照组	30	81.2 \pm 10.5	5	13.7 \pm 7.9	1.4 \pm 0.4
观察组	32	54.3 \pm 5.1*	0*	4.2 \pm 1.8*	0.7 \pm 0.2*

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

左半结直肠癌的发病原因主要有^[4]: ① 饮食因素。该因素也是最主要的左半结直肠癌发病原因,这是因为患者常常食用高脂肪的食物,而高脂肪食物食用的越多,其发生左半结直肠癌的概率越高^[5]。② 遗传因素。临床上发现多发性家庭性腺瘤病大肠腺瘤是一种显性遗传的疾病,家族中发生该疾病的可能性高达 50%^[6]。③ 慢性大肠炎症。血吸虫病的发生与左半结直肠癌的发生成正比^[7]。

随着现代循证医学的快速发展,对左半结直肠癌患者采用 Hartmann 手术进行治疗已成为目前主流的治疗方式。但在对患者的消化道重建方式上的选择还尚无统一意见。非造瘘 I 期切除端端吻合的重建方式经过多数文献报道,已发现了不少缺陷: ① 有较高的吻合口漏发生率,有相关文献^[8]报道,左半结直肠癌梗阻 I 期切除有 5%~30% 发生吻合口漏的概率。国内有学者^[9]通过对 75 例结直肠癌合并急性梗阻患者进行观察,发现行 I 期切除吻合治疗的所有患者中,有 2 例发生吻合口漏,占总人数的 2.41%。本研究中,对照组有 5 例患者发生吻合口漏,占总例数的 16.6%,这可能是由于端端吻合易损伤肠系膜血管造成供血不足;次要原因是患者的吻合口松弛度不够,导致张力的形成过高,从而影响其愈合状况。② 非造瘘 I 期切除端端吻合的重建方式手术过程过长,操作复杂,导致麻醉时间也过长③住院费用高。本研究中对照组的平均住院费用为 (1.4 \pm 0.4) 万元左右,其原因同样是由于手术操作过于复杂,导致手术时间长,且术后容易造成污染,肠道功能恢复较慢,术后恢复进食的时间慢,肠外营养治疗过多,导致住院时间明显过长,住院的费用也相应增加。

本研究结果显示,观察组在术中耗时、术后吻合口漏、进食时间和住院费用指标较对照组优,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。王章志^[10]通过回顾性分析 78 例患者的消化道重建方式,其结果与本次研究相似。主要是由于观察组采用的是端侧吻合并进行肠造瘘的重建方式,该方式主要有以下几个优点: ① 端侧吻合方式能避免损伤肠系血管,保障肠道吻合口处血供;合理利用结肠自然下垂特点增加吻合口处松弛度,避免或减少吻合口漏发生;肠道造瘘瘘口处于外侧失控状态的吻合口,能使患者在早期排气顺畅,降低肠腔内压,消除其肠蠕动时会发生的肠内压突然升高的状况^[11]。② 无过高的术中灌洗要求,只需将近端的肠腔积粪排除干净即可,且手术的操作过程相对较简单,手术用时少,从而使麻醉的时间也减少,快速恢复肠道功能,减少进食时间。进食时间的恢复能有效减少术后并发症和肠道菌群易位发生,较好改善患者临床预后^[12]。③ 损伤小和造瘘口关闭操作简单是 II 期的造瘘口的优点,患者无需住院,减少治疗费用。消化道重建时机的选择主要考虑以下 4 个方面: 患者的自身意愿、是否完成术后辅助化疗、进行肿瘤评估并将无法根治性处理的复发转移灶排除、患者自身身体情况。

综上所述,采用端侧吻合对患者进行肠造瘘消化道重建,可保证吻合口区的充分血供以及松弛,且该方法操作简便,对患者的创伤小,手术时间较短,减少了住院费用,具有良好的安全性及临床应用价值。

参考文献

- [1] 王立春,冯许刚,张毅勋,等. 左半结直肠癌 Hartmann 术后消化道重建的手术时机及术式探讨[J]. 肿瘤研究与临床, 2015, 27(5): 339-341.
- [2] 李通,樊青曼,边英新,等. 经肛型肠梗阻减压治疗急性左半结直肠癌性肠梗阻的疗效观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 20(5): 528-530. (下转第 127 面)

出血,从而较少术后切口愈合不良、吻合口出血等并发症。本研究中,A 组术后切口愈合不良、吻合口出血、吻合口漏、肺炎的发生率显著低于 B 组,提示腹腔镜辅助手术可有效减少并发症,安全性高。于建平等^[12]指出,幽门梗阻患者体质较普通胃癌患者差,受长期梗阻的影响,胃壁条件差,此类患者术后更易发生吻合口瘘、出血等并发症,而腹腔镜辅助下操作可在达到减瘤效果的同时,降低并发症发生风险,改善预后。本研究 A 组术后 2 年生存率、3 年生存率依次为 75.56%、42.22%,显著高于 B 组 54.29%、20.00%,术后 3 年内幽门梗阻复发率 2.22%,显著低于 B 组 14.29%,表明与开腹手术相比,腹腔镜辅助手术治疗胃癌合并幽门梗阻在保证手术疗效及安全性的前提下可有利于提高患者生存率,减少幽门梗阻复发^[13]。

参考文献

- [1] 郑朝旭,郑荣寿,陈万青. 中国 2009 年胃癌发病与死亡分析[J]. 中国肿瘤, 2013, 22(5): 329-332.
- [2] 曹押宏. 根治术与姑息切除术对胃癌胃急性穿孔、合并幽门梗阻及急性大出血的疗效比较[J]. 实用癌症杂志, 2016, 31(11): 1841-1844.
- [3] 胡炳仁,蒋飞照,朱恒梁,等. 同术者同期内腹腔镜与开腹远端胃癌 D2 根治术的对比研究[J]. 中国内镜杂志, 2012, 18(6): 566-570.
- [4] LEE S W, NOMURA E, BOURAS G, et al. Long-term oncologic outcomes from laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: a single-center experience of 601 consecutive resections [J]. J Am Coll Surg, 2010, 211(1): 33-40.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中华人民共和国卫生行业标准: 胃癌诊断标准(W.S 316-2010) [M]. 北京: 中国标准出版社, 2010: 1.
- [6] 黄学,贾秋红,刘福建,等. 球囊扩张术联合根除幽门螺杆菌治疗 43 例消化性溃疡并发性幽门梗阻的疗效[J]. 中华消化杂志, 2016, 36(1): 43-45.
- [7] 许宏,薛小军,孙桂富. 老年人胃癌合并幽门梗阻的手术治疗分析[J]. 吉林医学, 2010, 31(14): 1968-1969.
- [8] 尹刚,张能维,阿民布和,等. 腹腔镜远端胃癌根治术的基础及临床应用[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(9): 114-115.
- [9] 朱伟. 胃肠、胆肠、肠肠吻合术式治疗胃远端晚期癌合并幽门梗阻及胆总管梗阻 30 例[J]. 中国医药科学, 2012, 2(8): 165-165.
- [10] 李福广,金鑫,高王军,等. 腹腔镜与开腹胃癌根治术的近、远期临床疗效观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2015, 14(5): 398-400.
- [11] 闫峰,刘忠臣,袁思波,等. 腹腔镜胃癌根治术出血的预防及处理[J]. 中华胃肠外科杂志, 2013, 16(4): 390-391.
- [12] 于建平,韩晓鹏,刘宏斌,等. 腹腔镜辅助与开腹手术在治疗胃癌并幽门梗阻中的疗效对比[J]. 中国内镜杂志, 2014, 20(1): 21-25.
- [13] 陈楷,吴祖光,张灼新. 胃癌并幽门梗阻采用腹腔镜辅助与开腹手术治疗的疗效对比[J]. 中国医药指南, 2014, 12(29): 91-92.

(上接第 124 面)

- [3] 罗成华. 结直肠肿瘤[M]. 北京: 科学技术出版社, 2005: 3.
- [4] 沈毅慧,刘江奎,李桓,等. 经肛型肠梗阻导管在梗阻性左半结肠癌术前的应用价值[J]. 中国医师进修杂志, 2014, 37(17): 53-55.
- [5] 何平,陈进,谢智慧,等. 术中结肠灌洗在老年左半结肠癌合并梗阻患者的应用[J]. 江苏医药, 2016, 42(1): 63-65.
- [6] 黄海. 右半结肠癌与左半结肠癌致急性肠梗阻临床差异及术后并发症发生危险因素探讨[J]. 中国现代医生, 2015, 53(17): 14-16.
- [7] 姚宏伟,修典荣,付卫,等. 腹腔镜手术治疗可切除的结肠癌伴肝转移的前瞻性病例系列研究[J]. 中华外科杂志, 2014, 52(12): 919-923.
- [8] 苏英锋,马宝庆,刘新民,等. 手术治疗结肠癌合并急性肠梗阻 156 例临床分析[J]. 山东医药, 2012, 52(10): 59-61.
- [9] 文宗全,张浩,钱振育,等. 经肛型肠梗阻减压导管在急性结肠癌梗阻患者的应用体会[J]. 现代消化及介入诊疗, 2011, 16(1): 57-58.
- [10] 王章志. 肠造瘘及端侧吻合在左侧大肠癌梗阻 I 期重建消化道的应用[J]. 医学综述, 2012, 18(14): 2334-2335.
- [11] 肖义成. 结肠癌肠梗阻行 I 期切除吻合的临床分析[J]. 中国现代普通外科进展, 2012, 15(9): 721-722, 741.
- [12] 陈震,王西墨,尹注增,等. 肠道支架与梗阻导管治疗左半结肠癌急性梗阻的研究[J]. 天津医药, 2014, (5): 481-484.