

TME 术后吻合口漏的综合治疗临床研究

张焱 路越

(辽宁中医药大学附属第三医院 辽宁沈阳 110003)

[摘要] 目的 探讨直肠癌 TME 术后发生吻合口漏的综合治疗方法。方法 对 112 例 TME 术后 19 例发生吻合口漏患者采用综合治疗的临床资料进行回顾性分析。结果 18 例经非手术疗法治愈,1 例行手术治愈,从漏发生至漏治愈拔管时间平均为 35 d,其中最短 25 d,最长 58 d。结论 TME 术后吻合口漏绝大部分可以用非手术治疗方法治愈,吻合口漏手术指征应严格掌握。

[关键词] 直肠癌;TME;吻合口漏;非手术治疗

全直肠系膜切除(Total Mesorectal Excision, TME)作为中低位直肠癌的标准手术已获得令人瞩目的临床效果,但是 TME 需要更低位的吻合,使之更容易发生吻合口漏,其死亡率为 6%~22%^[1]。鉴于直肠癌术后吻合口漏的严重危害性,其治疗方式的应用具有重要的临床意义。我科 2007 年 3 月至 2009 年 3 月对 112 例中低位直肠癌患者实施了 TME 手术,出现术后吻合口漏 19 例,发生率为 16.9%。经采用多种方法联合治疗后,均治愈出院,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组直肠癌 TME 术共 112 例,男 52 例,女 60 例,年龄 48~76 岁,平均 62 岁。术后发生吻合口漏 19 例,吻合口漏发生情况见表 1。吻合口漏发生时间,最早为手术后第 4 d,最晚是术后 14 d,90% 以上的瘘发生在术后 5~9 d。主要临床表现为:患者术后体温降至正常后再度升高或术后持续升高,血白细胞计数及中性粒细胞比例增高;下腹部胀痛、肛门坠胀感、部分患者有便血或腹膜刺激症表现;骶前引流管引流量突然增多,均先有少量淡红色浑浊物排出,而后有气体或粪汁样引流物排出。

1.2 治疗方法 ①吻合口漏出现后立即暂停进食,同时给予深静脉营养,有全胃肠外营养(TPN)禁忌证的患者可用要素饮食,TPN 应至少应用 8 d^[2],一周后普软食,饮食尽量干燥,食物与汤水间隔 0.5 h,每日 3 餐,每次尽量吃饱,餐次不宜太多,使粪便早日成形。配合给予血浆、白蛋白制剂等以提高患者抗病及愈合能力。②口服思密达或易蒙停等止泻药,使每日排便次数控制在 2~3 次。7 例患者效果因控便效果不明显,配合给予奥曲肽 0.1 mg 皮下注

射,每日 2 次。③全身应用抗生素。选用抑制厌氧菌及革兰氏阴性菌的广谱抗生素,应用 5~7 d。④用生理盐水加庆大霉素 24 万 u 经骶前双腔管低压持续灌洗引流,视引流量而决定灌注量,一般为早晚各 500 mL。待引流液逐渐减少,颜色变为淡黄透亮时,可逐渐将引流管退出 1~2 cm,以促进骶前残腔闭合,最后拔出引流管。2 例因引流不畅于距肛门 2 cm 的截石位 3~6 点处作阴部切口,自会阴部用血管钳于直肠周围间隙向上分离至骶前间隙置管,同时给予充分冲洗^[3]。⑤中药治疗。明矾 30 g,黄柏 30 g,苦参 30 g,蒲公英 60 g,五倍子 30 g,蛇床子 30 g,防风 30 g,荆芥 30 g,制乳香 15 g,制没药 15 g,槐花 15 g,地榆 15 g,薄荷 20 g。煎汤取汁 1000 mL,每日 2 次,每次 500 mL,每次 20 min 坐浴。以清热解毒,燥湿收敛。

表 1 术后吻合口漏发生情况

临床相关因素		n	吻合口漏[n (%)]	
年龄	≤60	43	6	5.4
	>60	69	13	11.6
性别	男	52	12	10.7
	女	60	7	6.3
肿瘤下缘距肛缘距离	<6 cm	68	14	12.5
	6~9 cm	44	5	4.4
PTNM 分期	I 期	14	3	2.7
	II 期	59	7	6.3
	III 期	39	9	8.0
组织学分级	高	12	3	2.7
	中	84	7	6.3
	低	15	9	8.0
	未分化	1	0	0
吻合口距肛缘距离	<6 cm	55	13	11.6
	6~8 cm	57	6	5.4

1.3 结果 采用以上方法治疗 19 例中低位直肠癌

TME 术后吻合口漏, 有 18 例经非手术疗法治愈, 有 1 例经保守治疗后体温仍在 37.5~38.9℃ 之间, 白细胞计数持续增高。于吻合口漏后第 10 d 出现离子紊乱, 代谢性碱中毒, 右侧肛周脓肿。直肠指检发现瘘口近肠周 1/3, 肠壁外积存大量粪便。急诊全麻下行“吻合口肠段切除术, 乙状结肠造瘘术, 会阴切除术”, 术后 25 d 痊愈出院。从发生至治愈拔管时间平均为 35 d, 其中最短 25 d, 最长 58 d。

2 讨论

2.1 引流方式的选择与管理 由于 TME 吻合口大多距肛门较近, 而且吻合口漏多发生在术后 5~9 d, 此时, 盆底腹膜已基本粘连, 其漏出液多局限于骶前残腔, 感染不易扩散致腹腔内, 患者全身中毒症状不重, 而且残腔内容物容易通过引流管得到充分引流。因此, 吻合口漏一旦发生, 应首选保守治疗。防止过早做造口出现一定比例的“过度治疗”。我们在临床中均采用的是置于左下腹的腹膜外骶前引流管, 其目的主要有以下 3 个方面: ①有利于盆底积液积血的排出; ②便于及时发现吻合口漏的发生; ③有效的减少吻合口漏后腹膜炎体征的发生。因此, 我们选择双套管或双腔硅胶管做引流, 并于管壁上每隔 2 cm 开一个约 0.5~1.0 cm 大小的侧孔, 共开 4~5 个侧孔, 这样有利于冲洗引流, 即使有粪便残渣也容易吸出, 而不会使漏出物沉积腔隙内而扩散到腹腔。开始时每天 2 次通过 7 号针头的输液器用生理盐水加庆大霉素 24 万 u 持续滴灌, 1 日 2 次, 每次冲洗程度为直到冲洗出的引流液为清亮为止, 其目的是防止引流管被粪便渣或坏死脱落的组织梗塞, 同时有局部抗炎作用, 由于是采用的双套管或双腔管, 边进边出, 有效的防止了因粘连撕开而所造成的感染扩大。如果骶前引流量每日均大于 100 mL, 且便质清稀者, 我们用直径 1.5 cm 有多个侧孔的硅胶管, 经肛门置于吻合口上约 10 cm 处, 并固定在肛门外, 保证引流管在肠腔内无扭曲, 以起到分流减压的作用。并采用生理盐水及甲硝唑定时冲洗, 以维持管道通畅。但这种置管方式在临床应用中有时会使得患者在肛门内产生异物感及便意感, 所以当引流量小于 50 mL 后即予以拔除。18 例经保守治疗治愈的患者中, 有 2 例因置于左下腹的腹膜外骶前引流管留置时间较长而自行脱落, 原位重置无法达到理想位置, 遂采用经会阴留置骶前引流, 同样采用定时冲洗的方法, 治疗效果令人满意, 为临床对于本病的治疗提供了一条新的途径, 值得推广。

2.2 抗生素及多种辅助药物的合理应用 首先, 根据本病致病菌的菌群特点, 临床治疗中常选择氨基糖甙类, 三四代头孢类及针对厌氧菌的替硝唑或奥硝唑等广谱抗生素, 但是吻合口漏的患者在围手术期一般都应用了 3~5 d 的抗感染治疗, 所以, 临床医生要特别注意抗生素相关性腹泻 (AAD) 的发生^[4], 若在治疗过程中突然出现频繁多次的黄绿色水样便, 伴有腹痛、发热、血白细胞计数高, 则应警惕伪膜性肠炎的可能; 其次, 术后患者由于直肠的储便功能几乎完全丧失, 术后很长的一段时间内表现有便急、便频、里急后重感。通过口服思密达或易蒙停, 皮下注射生长抑素等治疗措施, 可以保护黏膜屏障, 促进已损伤黏膜上皮细胞的修复, 提高肠道黏膜屏障对攻击因子的防御功能, 抑制胃肠蠕动, 减少肠道过度分泌, 并增强肠道对水和 Na⁺ 的吸收。其中, 易蒙停还可以增强肛门括约肌的张力, 可抑制大便失禁和里急后重感。通过多种药物的综合作用, 从而为瘘口的生长创造了良好的环境。

2.3 中药外治疗法的治疗价值 中药坐浴疗法属中医常用的外治法之一, 它是在中医理论的指导下, 选择适当的中草药, 利用药物浸液或煎液经煮沸后产生的蒸气熏蒸进行局部洗浴。因药物不经胃肠破坏, 直接作用于肛门局部, 通过药物与温热双重作用, 可以促使炎性物质和代谢产物排出, 通过全身皮肤组织温度升高, 可以促使毛细血管扩张, 血流加快, 以改善血液循环, 加速新陈代谢, 提高组织的再生能力。通过临床观察, 采用具有清热解毒, 燥湿收敛作用的中药进行坐浴治疗, 可以有效的改善排便不尽感、便意急迫感、排便过程间断等由于吻合口漏所造成的肛管直肠的功能损害^[5], 加速吻合口漏周围炎性物质的吸收, 促进瘘口的愈合。

2.4 手术治疗 对于前期出现全身中毒症状或引流量较大、经积极的非手术治疗无好转的患者应及时手术治疗^[6]。多采用近端结肠或回肠末端造口术, 使粪便转流, 待吻合口漏愈合后择期关闭造口。对于吻合口情况差、盆腔严重感染的患者, 可采用类似 Hartmann 手术或类似 Miles 术, 即吻合口段肠管切除, 近端永久造口, 远端封闭或切除。本组 1 例盆腔及骶前间隙炎症较重的吻合口漏患者施行“吻合口肠段切除术, 乙状结肠造瘘术, 会阴切除术”而治愈。

TME 手术作为直肠癌外科的“金标准”已经在临床中得到了越来越广泛的应用。但吻合口漏的高发生率也是这一术式所无法回避的问题, 针对这一

并发症,笔者采取多种手段联合应用的治疗方案,在临床中获得了满意疗效。我们有理由相信,随着研究的深入,人们必将对 TME 术后吻合口漏有更加深入的认识和更为有效的防治措施。

参 考 文 献

- [1] 顾晋,杜长征.直肠癌全系膜切除术后吻合口漏的防治[J].中华胃肠外科杂志,2007,10(5):496-499.
- [2] Kanellos I, Vasiladis K, Angelopoulos S, et al. Anastomotic leakage following anterior resection for rectal cancer[J]. Tech Coloproctol, 2004, 8: 79-81.

- [3] 关志勇.经会阴骶前引流应用于直肠癌手术后并发症治疗中意义[J].辽宁医学院学报,2009,30(2):160.
- [4] 王亚丽,林静.抗生素相关性腹泻的临床分析[J].中国卫生检验志,2008,18(7):1393-1394.
- [5] 钟景琦.直肠癌系膜切除术后吻合口漏者的肛管直肠远期功能评价[J].大肠肛门病外科杂志,2002,8(4):252.
- [6] 韩彦华,张艳辉.直肠癌保肛术后吻合口漏原因及防治分析[J].中国现代普通外科进展,2009,12(6):489-490.

[收稿日期:2010-09-08]

中西医结合治疗顽固性肛门湿疹 40 例

余永丹

(湖北省丹江口市第一医院中医科 肛肠科 湖北丹江口 442700)

肛门湿疹是一种常见的非传染性皮肤病,病变多局限于肛门周围皮肤,或经常规治疗后仍反复发作,称为顽固性肛门湿疹。笔者采用中西医结合的方法治疗顽固性肛门湿疹 40 例,取得了满意的效果。

1 临床资料

40 例患者均符合肛门湿疹诊断标准^[1],且经过 2~3 个疗程的常规治疗后仍反复发作,或用多种抗过敏药和含皮质激素软膏治疗无效,其中男 17 例,女 23 例;年龄最大者 65 岁,最小者 18 岁,平均 32.5 岁;病程最长 10 余年,最短者半年,平均 5 年。急性期者 19 例,亚急性者 13 例,慢性者 8 例。

治疗方法:急性期者给予青黛散,油调外敷患处,宜薄,以利局部透气,每日 1~2 次。待红斑、渗处、糜烂好转后,根据症状轻重,外用自配止痒散(扑尔敏片、地塞米松片、广丹等各适量研为细粉),肤轻松软膏调敷患处,每日 1~2 次,连用 5~7 d 为 1 疗程;亚急性、慢性期者直接外用止痒散,用法及疗程同前,局部症状控制后停药。同时口服养血祛风、除湿止痒剂,止痒剂药方(当归 15 g,生地 15 g,白芍 15 g,何首乌 15 g,苍术 15 g,黄柏 10 g,荆芥 6 g,防风 6 g,蝉衣 3 g,乌梢蛇 10 g,甘草 6 g),水煎服,1 日 2 次,随证加减。

疗效标准参考根据中医病证诊断疗效标准^[1]。

治疗结果:治愈 36(90%)例。急性期者 19 例、亚急性期者 12 例,疗程 5~7 d,慢性期者 5 例,疗程 10~14 d;好转 4(10%)例:亚急性期者 1 例,疗程 10~14 d,慢性期者 3 例,疗程 15~21 d。总有效率 100%。4 例合并溃疡性直肠炎者坚持中药(院内拟定方)保留灌肠治疗。

2 讨 论

肛门湿疹是一种常见的肛周皮肤疾病,其病因复杂,患者多具过敏体质,加之诱因刺激导致皮肤损伤。顽固性者病变反复发作,严重影响患者的日常工作和生活。采用中西医结合的方法,利用抗炎抗过敏的西药局部应用,迅速控制症状,配合口服中药养血祛风、除湿止痒。应用青黛散清热解毒,消肿止痛、敛疮生肌^[2]。从临床观察来看,疗效满意,且未见明显副反应。此法为顽固性肛门湿疹的治疗提供了一条新思路,远期疗效有待进一步观察。

参 考 文 献

- [1] 国家中医药管理局:中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94,中医病证诊断疗效标准[S]. 1994.
- [2] 陈奇.中成药名方药理与临床[M].北京:人民卫生出版社,1998:199-200.

[收稿日期:2010-10-26]