

对于控制肿瘤局部复发,预防腹膜种植转移具有较好的效果。

3.2 腹腔内氟尿嘧啶缓释化疗优势

术中给予氟尿嘧啶缓释剂行区域性化疗的目的是杀灭术后腹腔内残留癌细胞。氟尿嘧啶缓释剂可在给药区域形成较高的药物浓度并维持足够长时间。有动物实验研究资料显示氟尿嘧啶缓释剂局部植药的渗透扩散半径为 3~5 cm,在这一区域内形成的有效药物浓度可维持 360 h 以上^[7]。氟尿嘧啶缓释剂术中腹腔内给药具有下列优点:(1)术中及时的干预性治疗;(2)氟尿嘧啶作用时间能覆盖胃肠肿瘤细胞增殖周期 4~6 倍以上,提高了药物杀灭处于增殖期残留癌细胞的几率;(3)显著提高了腹腔内给药区域药物浓度和局部区域氟尿嘧啶的有效利用率;(4)临床应用方便快捷。

本研究结果表明,术中腹腔内给予氟尿嘧啶缓释化疗可以降低进展期胃癌患者根治术后肿瘤复发率,提高患者 3 年生存率,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 王猛. 胃癌的手术治疗策略. 中华消化外科杂志, 2007, 6(5): 396-397.

- [2] Sethna KS, Sugarbaker PH. New prospects for the control of peritoneal surface dissemination of gastric cancer using perioperative intraperitoneal chemotherapy. *Cancer Therapy*, 2004, 2:79-84.
- [3] Roukos DH. Current advances and changes in treatment strategy may improve survival and quality of life in patients with potentially curable gastric cancer. *Ann Surg Oncol*, 1999, 6(1):46-56.
- [4] Cervantes A, Roselló S, Roda D, et al. The treatment of advanced gastric cancer: current strategies and future perspectives. *Ann Oncol*, 2008, 19 Suppl 5:v103-107.
- [5] Sugarbaker PH, Cunliffe WJ, Belliveau J, et al. Rationale for integrating early postoperative intraperitoneal chemotherapy into the surgical treatment of gastrointestinal cancer. *Semin Oncol*, 1989, 16(4 Suppl 6):83-97.
- [6] Okines A, Cunningham D. Progress in the multidisciplinary treatment of gastrointestinal cancers, impact on clinical practice: perioperative management of gastro-esophageal cancer. *Ann Oncol*, 2008, 19 Suppl 7:vii259-265.
- [7] Sato A, Nakamachi M. Clinical development of chemotherapy for advanced gastric cancer. *Gan To Kagaku Ryoho*, 2008, 35(9): 1461-1466.

(收稿日期: 2009-03-27)

(本文编辑: 陈敏)

单荷包缝合预防吻合器痔上黏膜环切术中出血的临床研究

安少雄 苗春红

【摘要】 目的 探讨不同荷包缝合方式降低吻合器痔上黏膜环切术(PPH)吻合口出血几率的疗效。**方法** 回顾性分析 2006 年 1 月至 2008 年 1 月北京市二龙路医院 164 例行 PPH 患者的临床资料。根据荷包缝合方法分为单荷包组和双荷包组,每组 82 例。单荷包组患者在齿状线上 3~4 cm 处进行荷包缝合,在荷包进针对侧缝牵引线;双荷包组患者分别在齿状线上 3 cm 及 4 cm 处进行荷包缝合。两组患者术中荷包深浅适中,牵拉力度适中,并且采取击发前保持 2 min,击发后保持 1 min 等措施预防吻合口出血。采用 *t* 检验、Mann-Whitney *U* 检验和 χ^2 检验分析患者的治疗情况。**结果** 单荷包组中只有 3 例术中需缝扎止血,而双荷包组患者则有 11 例术中需缝扎止血,两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.998, P < 0.05$)。单荷包组和双荷包组手术时间分别为(17 ± 4)min 和(28 ± 3)min,两组比较差异有统计学意义($t = 0.449, P < 0.05$);单荷包组和双荷包组术后疼痛患者人数分别为 11 例和 25 例,两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 6.976, P < 0.05$);单荷包组和双荷包组术后水肿患者人数分别为 3 例和 12 例,两组比较差异有统计意义($\chi^2 = 5.944, P < 0.05$)。**结论** PPH 吻合口出血的重要原因是黏膜与黏膜下层的撕

裂。采用单荷包缝合操作更便利,能够降低吻合口的张力,降低吻合口出血发生几率。

【关键词】 吻合器痔上黏膜环切术; 吻合口出血; 单荷包缝合

吻合器痔上黏膜环切术(procedure for prolapse and hemorrhoids, PPH)吻合口出血需要缝扎止血的比例为 13%~71%, PPH 术中或术后出血止血非常困难^[1-2]。本研究回顾性分析 2006 年 1 月至 2008 年 1 月我科采用 PPH 治疗痔或直肠黏膜内脱垂患者的临床资料,探讨不同荷包缝合方式降低 PPH 吻合口出血几率的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组施行 PPH 者共 164 例,根据手术方法分为单荷包组及双荷包组,各 82 例。单荷包组中男 29 例,女 53 例;年龄 22~67 岁,中位年龄 42 岁。痔 76 例,直肠黏膜内脱垂 6 例。双荷包组中男 34 例,女 48 例;年龄 24~65 岁,中位年龄 40 岁。痔 73 例,直肠黏膜内脱垂 9 例。两组患者的年龄、性别、疾病情况比较,差异无统计学意义,具有可比性($Z = 0.427, \chi^2 = 0.644, 0.660, P > 0.05$)。

1.2 手术方法

单荷包组患者在齿状线上 3~4 cm 处进行荷包缝合,在

荷包进针对侧缝牵引线;双荷包组患者分别在齿状线上 3 cm 及 4 cm 处进行荷包缝合。两组患者均缝到黏膜下层,用中等力度牵拉荷包线,让吻合器最外刻度与扩肛器缘平齐,使黏膜能有效地进入吻合器仓内。黏膜入仓后,拧紧吻合器,使其首柄窗口上刻度线到达绿色区域。在这种压榨状态下保持 2 min 后再击发。击发吻合器后,在闭合的状态下保持 1 min。

1.3 术后处理

患者术后当日绝对卧床休息,术后第 1 天晚服用通便药。术后第 2 天晨排便,注意不能过度用力及久蹲,以免撑裂吻合口引起出血。对于无法排出大便的患者,12 h 后再进行尝试,仍然失败者,手术医生对其进行插管灌肠。术后第 3 天至术后 2 周内,嘱咐患者避免剧烈运动,禁指诊、灌肠,口服缓泻剂,保持大便通畅。

1.4 出血后处理

吻合口有活动性出血或渗血,用 2-0 可吸收线“8”字缝合止血后,放入止血纱布及排气管。

1.5 统计学分析

应用 SPSS 12.0 统计软件进行分析,计量资料正态分布数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组均数比较采用 t 检验;非正态分布数据用中位数表示,两组之间比较采用 Mann-Whitney U 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

单荷包组和双荷包组手术时间分别为 (17 ± 4) min 和 (28 ± 3) min,两组比较差异有统计学意义($t = 0.449, P < 0.05$)。单荷包组术中只有 3 例需要缝扎止血,占 4% (3/82);双荷包组有 11 例,占 13% (11/82),两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.998, P < 0.05$)。随访至 2009 年 1 月,两组患者术后无吻合口出血发生,术后情况见表 1。

表 1 两组患者吻合器痔上黏膜环切术后情况

组别	例数	术后疼痛 (例)	术后尿潴留 (例)	术后水肿 (例)	住院时间 (d)
单荷包组	82	11	6	3	4.0 ± 1.1
双荷包组	82	25	5	12	4.5 ± 1.5
χ^2 值或 t 值		6.976	0.097	5.944	0.540
P 值		< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05

3 讨论

临床观察表明,结直肠端端吻合基本没有出血发生,而 PPH 吻合口出血几率却相对较高。有学者认为这可能是吻合口撕裂引起,也可能是荷包漏针引起或荷包缝合时反复进、出针产生血肿引起;也有学者认为可能是吻合器的原因;还有学者认为与术中应用止血药有关^[1,3-6]。笔者认为,

PPH 吻合口出血的原因是 PPH 先天的方法缺陷造成的。由于 PPH 只能行黏膜、黏膜下甚至包括部分肌层的切除吻合,因此,无论 PPH 在哪层吻合,一定是与其靠外一层撕裂开才能完成的。PPH 的吻合口位于齿状线上 3~4 cm,这里的直肠是没有腹膜覆盖的,直肠远端的血供非常丰富,撕开的创面会出现大量的渗血,甚至有小动脉的撕裂出血。这种出血是黏膜下撕裂的出血从吻合口渗出,是不可能靠吻合口的钉合止血的。因此 PPH 的关键是切除部分直肠黏膜及黏膜下组织,而其中的核心步骤就是理想的黏膜下荷包缝合。

笔者为了切下尽量宽的直肠黏膜而使用双荷包,但吻合口出血几率较单荷包缝合高。柯长青等^[3]也报道早期行双荷包缝合 60 例,术中出血 53 例 (88.3%),后采用单荷包缝合,吻合口出血率明显降低。为了减少 PPH 吻合口出血,笔者认为:(1)采用单荷包缝合,这较双荷包缝合能够减少黏膜与黏膜下层撕裂的程度,降低吻合口的张力,可以显著降低吻合口出血发生率。并且单荷包缝合在手术时间、术后疼痛、术后水肿等方面均较双荷包缝合有优势。(2)切除足够宽度的黏膜,无需切除肌层组织,也能有效提升肛垫。只要切割的黏膜宽度、厚度均匀,单荷包缝合还能达到端端吻合的手术效果。(3)中等力度牵拉荷包线,只要牵拉时吻合器位于肛管的正确位置,黏膜即能有效地进入仓内,使切除的标本均匀适度,能够保证手术效果。(4)吻合器激发前、后各保持夹闭 1~2 min,可以封闭因撕裂出血的小血管,最大限度地避免吻合口出血。(5)术后 24 h 的卧床休息和口服通便药是很必要的。如没有特殊情况,2 周内尽量不要行肛门指诊,以免损伤吻合口。如必须灌肠排便,最好由术者亲自插管,以免在插管过程中损伤吻合口。

参考文献

- [1] 刘金林. 吻合器痔上直肠黏膜环切术致术中、术后出血的应对策略. 消化外科, 2002, 1(5): 340-341.
- [2] Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. Tech Coloproctol, 2008, 12(1): 7-19.
- [3] 柯长青, 尤石俊, 罗辉. PPH 手术操作技术浅谈 (附 125 例报告). 结直肠肛门外科, 2006, 12(3): 181-182.
- [4] 刘民生, 郑凯, 徐民, 等. 吻合器痔上黏膜环切术并发症的预防及处理. 临床医药实践杂志, 2006, 15(1): 16-18.
- [5] Angelone G, Giardiello C, Prota C. Bleeding after stapled haemorrhoidopexy using the PPH 03 stapler device. Experience and results in 100 consecutive patients. Chir Ital, 2007, 59(2): 225-229.
- [6] 王志民, 丁克, 得明玉. 波浪式荷包缝合法在 PPH 混合痔中应用. 中国现代普通外科进展, 2008, 11(4): 356-358.

(收稿日期: 2009-02-23)

(本文编辑: 张玉琳)