

脾胃韧带近胃底处,应避免误伤胃壁。处理脾脏韧带时,应尽量靠近脾脏分离脾周围韧带,时刻遵循“先易后难,由浅入深,步步为营”的原则进行调整^[5]。关于脾蒂的处理,我们主张分束结扎法,即在脾门处存在一个或多个疏松间隙,通过这些间隙分束切断结扎脾蒂更为确切可靠,通过手指触摸和解剖脾门可顺利进行手术操作,降低胰瘘的发生率^[6]。但脾周围炎症严重时,难以实施分束结扎,仅能采用脾蒂集束结扎法。脾床渗血以氩气刀灼烧,创面缝扎,热盐水纱布压迫可确切止血。

参考文献

[1] 刘昶,孟庆辉,赵金鹏,等.以寒战高热为首发症状的孤立性脾

结核一例.中华肝胆外科杂志,2005,11(10):720.

- [2] 姜洪池,乔海泉.脾脏感染性相关疾病.脾脏外科学,2007,2(1):184-187.
- [3] 姜洪池,孙备,徐东升.重视腹部医源性损伤的预防.中华外科杂志,2008,46(23):1761-1763.
- [4] 孙备,许守平,姜洪池.胰十二指肠切除术后胰瘘的有关问题.肝胆胰外科杂志,2009,21(2):85-87.
- [5] 姜洪池,陆朝阳.巨脾切除术的技术要点.中华消化外科杂志,2009,8(1):75-77.
- [6] 张景春,赵永福.解剖脾门法脾部分切除术治疗脾脏病变 26 例.中华消化外科杂志,2008,7(6):457.

(收稿日期:2010-06-23)

(本文编辑:张昊)

直肠癌低位前切除术后吻合口瘘的危险因素分析

姚敬 韩晓东 汪昱

吻合口瘘是直肠癌低位前切除术后主要并发症,因此,明确术后发生吻合口瘘的危险因素及寻找合适的防治方法对于直肠癌患者的治疗尤显重要。本研究回顾性分析 2000 年 1 月至 2008 年 1 月我科收治的 546 例直肠癌患者的临床资料,探讨直肠癌低位前切除术后发生吻合口瘘的危险因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组直肠癌患者 546 例,按 TME 原则施行了直肠癌根治性低位前切除术。546 例患者在术前经肠镜以及病理检查证实为原发性直肠腺癌,经肛门指诊、CT 检查无明显远处转移或盆腔广泛淋巴结转移;排除合并其他肿瘤的患者。患者的临床资料见表 1。

满足以下任一条件即确诊为吻合口瘘:(1)从骶前引流管或腹部切口引流出肠内容物。(2)消化道造影检查可见造影剂从瘘口外漏或从引流管流出。(3)再次手术证实吻合口裂开。(4)CT 检查见吻合口周围积气及肠壁不连续。

1.2 治疗方法

所有患者术前行常规肠道准备,手术均由具有副高以上职称的普通外科医师按 TME 原则采用双吻合器技术行规范的直肠癌根治术,无一例行预防性造瘘,直肠骶前常规放置双套管引流。按美国国立综合癌症网络(NCCN)直肠癌治疗规范辅以必要的术前和术后放、化疗。

1.3 统计学分析

应用 SPSS 13.0 统计软件进行分析,单因素分析采用 χ^2 检验,多因素分析采用 Logistic 回归分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

22 例患者发生吻合口瘘,平均发生时间为术后 2~14 d。22 例患者通过双套管冲洗引流和(或)结肠造瘘积极治疗,15 例经双套管单纯冲洗引流治愈,6 例加行横结肠袢状造瘘术。1 例患者术后第 18 天死于感染性休克,其余患者经过治疗后,吻合口瘘愈合时间为 8~56 d。单因素分析后发现,患者的性别、年龄、肿瘤下缘距肛缘距离和糖尿病与吻合口瘘的发生有关($\chi^2 = 3.98, 5.62, 9.06, 9.64, P < 0.05$)。进一步行 Logistic 回归分析发现,年龄 ≥ 60 岁、男性、肿瘤下缘距肛缘距离 < 7 cm,合并糖尿病的患者术后发生吻合口瘘的几率更高($OR = 2.27, 2.66, 3.12, 2.43, P < 0.05$)。见表 1。

3 讨论

近年来,直肠癌外科取得了很大的进步,但吻合口瘘仍然是直肠癌术后严重的并发症,甚至影响患者的远期生存率^[1]。因此,明确直肠癌术后发生吻合口瘘的危险因素及预防吻合口瘘的发生变得至关重要。

发生吻合口瘘的原因很多,除了手术操作引起的吻合口血供不良、张力过大等原因外,还有许多全身或局部的影响因素存在,因此预测吻合口瘘的发生并不容易。我们根据自己的经验并结合文献,对可能影响术后吻合口瘘发生的因素进行统计学分析。本组患者中,男性患者吻合口瘘的发生率高于女性,与文献报道基本一致^[2]。可能是由于男性骨盆狭窄,同时骨盆腔相对较深,无法获得最佳术野,不能按照解剖

表 1 546 例直肠癌患者的临床资料(例)		
病理生理因素	例数	发生吻合口瘘的例数
性别		
男	336	18
女	210	4
年龄(岁)		
<60	284	6
≥60	262	16
术前 Hb(g/L)		
<110	62	3
≥110	484	19
术前放、化疗		
有	49	3
无	497	19
肿瘤大小(cm)		
<4	248	10
≥4	298	12
分化程度		
高分化	231	9
中分化	147	5
低分化	168	8
TNM 分期		
I ~ II 期	140	7
III ~ IV 期	406	15
淋巴血管浸润		
有	165	7
无	381	15
肿瘤下缘距肛缘距离(cm)		
<7	185	14
≥7	361	8
糖尿病		
有	76	8
无	470	14

的自然层面进行肠道的游离和切除所致。肿瘤位置过低(吻合口位置低)是另一个不可忽视的危险因素。肿瘤位置距肛缘越近,直肠游离的范围也越大,手术难度增加,同时吻合操作相对困难,增加了吻合口的张力,使得直肠的血供不佳,影响局部愈合及抗感染能力,并增大细菌感染的机会,从而导致发生吻合口瘘的几率增加^[3]。老年患者的组织愈合能力和抗感染能力较差,且术前合并全身性疾病的机会大,因此,更易发生吻合口瘘。糖尿病患者由于全身代谢障碍,感染几率增大,微血管血供不畅,肠管血供受到影响,吻合口瘘发生率增加不足为奇。

Alves 等^[4]认为放疗将增大术后发生吻合口瘘的风险。本组有 49 例患者接受了新辅助放、化疗,仅有 3 例发生了吻合口瘘,并没有增加吻合口瘘的发生率。Martel 等^[5]也在其研究中证实了这一点。而随着新辅助放、化疗病例数的增加,我们将进一步研究其对吻合口瘘的影响。

参考文献

[1] 龚笑勇,王志刚,郑起. 结肠 J 型小贮袋与直接吻合在直肠癌低位前切除术后早期结果比较的 Meta 分析. 中国现代普通外科进展,2010,13(4):266-269,279.

[2] Rudinskaite G, Tamelis A, Saladzinskas Z, et al. Risk factors for clinical anastomotic leakage following the resection of sigmoid and rectal cancer. Medicine(Kaunas),2005,41(9):741-746.

[3] Penna Ch. Management of anastomotic fistula following excision of rectal cancer. J Chir(Paris),2003,140(3):149-155.

[4] Alves A, Panis Y, Trancart D, et al. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: multivariate analysis of 707 patients. World J Surg,2002,26(4):499-502.

[5] Martel G, Al-Suhaibani Y, Moloo H, et al. Neoadjuvant therapy and anastomotic leak after tumor-specific mesorectal excision for rectal cancer. Dis Colon Rectum,2008,51(8):1195-1201.

(收稿日期: 2010-08-06)
(本文编辑: 张玉琳)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊对计量单位的要求

计量单位使用请参照中华医学会杂志社编辑的《法定计量单位在医学上的应用》(第 3 版)。作者投稿时需提供新参考值,如血清胆红素旧参考值为 0.1 ~ 1.0 mg/dl,新参考值为 2 ~ 17 μmol/L。新旧值的换算因数参照此书。