

全结直肠切除回肠贮袋肛管吻合术 治疗溃疡性结肠炎的并发症分析

梁中林 朱怡莲 傅信泓 陈卫 杜鹏 崔龙

【摘要】 目的 分析全结直肠切除回肠贮袋肛管吻合术(TPC-IPAA)治疗重度或难治性溃疡性结肠炎的并发症发生情况。方法 采用回顾性横断面研究方法。收集2008年2月至2015年10月上海交通大学医学院附属新华医院收治的67例行TPC-IPAA的重度或难治性溃疡性结肠炎患者的临床资料。采用开腹和腹腔镜辅助手术方式行TPC-IPAA,根据患者病情行二期或三期手术。观察指标:(1)治疗及随访情况。(2)TPC-IPAA术后近期并发症发生情况。(3)TPC-IPAA术后远期并发症发生情况。采用电话和门诊方式进行随访,了解患者术后生命质量和并发症发生情况。随访时间截至2016年7月。偏态分布的计量资料以M(范围)表示。手术前后患者生命质量评分比较,采用成对t检验。结果 (1)治疗及随访情况:67例患者顺利完成手术,其中二期手术45例,三期手术22例。开腹手术37例,腹腔镜手术30例。术后平均日排便次数为5.6次/d。67例患者平均术前生命质量评分为0.47,术后生命质量评分为0.67,手术前后比较,差异有统计学意义($t = -4.80, P < 0.05$)。67例患者均获得随访,中位随访时间为4.6年(1.0~8.4年)。(2)TPC-IPAA术后近期并发症发生情况:67例患者中,10例发生近期并发症(部分患者发生多种并发症)。1例患者发生骶前脓肿继发窦道形成,经局部肠镜下切开窦道治疗后痊愈。5例患者发生贮袋手术吻合口相关并发症,包括1例贮袋肛管吻合口瘘合并骶前脓肿行引流术联合回肠造口术,暂未行造口回纳;2例贮袋顶端瘘,行修补术后好转;2例贮袋阴道瘘,其中1例行贮袋残端阴道瘘切除,游离大网膜带血管蒂填塞在贮袋残端与后穹隆间,同时行回肠临时性转流,获得痊愈;1例患者前后2次经肛推移瓣阴道瘘修补术,虽临床症状缓解,但造影检查证实瘘口尚未闭合。8例伤口感染患者出院后经过积极换药,未出现伤口裂开。(3)TPC-IPAA术后远期并发症发生情况:67例患者中,28例发生远期并发症。28例患者中,12例发生肠梗阻,包括9例开腹TPC-IPAA患者和3例腹腔镜TPC-IPAA患者,经过胃肠减压,糖皮质激素抗炎,抗生素抗感染治疗为主的保守治疗,未出现严重肠穿孔,未出现需要手术干预的转归;13例术后发生贮袋炎,其中1例贮袋前回肠炎合并封套炎,通过美沙拉嗪保守治疗维持;3例贮袋失败,包括2例继发贮袋克罗恩病和1例严重贮袋炎,行小肠永久造口。结论 TPC-IPAA治疗溃疡性结肠炎安全有效,并发症发生率较低。近期并发症以贮袋手术吻合口相关并发症常见,远期并发症以贮袋炎最多见,其次为肠梗阻。

【关键词】 溃疡性结肠炎; 全结直肠切除回肠贮袋肛管吻合术; 并发症; 治疗

基金项目:国家自然科学基金(81570474)

Analysis of complications of total proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis in treatment of ulcerative colitis Liang Zhonglin, Zhu Yilian, Fu Jihong, Chen Wei, Du Peng, Cui Long. Department of Colorectal Surgery, Xinhua Hospital, Affiliated to Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai 200092, China Corresponding author: Du Peng, Email: dpdeney@163.com

【Abstract】 **Objective** To analyze the complications of total proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis (TPC-IPAA) in treatment of severe or refractory ulcerative colitis (UC). **Methods** The retrospective cross-sectional study was conducted. The clinical data of 67 patients with severe or refractory UC who underwent TPC-IPAA in the Xinhua Hospital Affiliated to Shanghai Jiaotong University from February 2008 to October 2015 were collected. All the patients received open and laparoscopy-assisted TPC-IPAA, and two-stage or three-stage surgery was performed according to the patients' conditions. Observation indicators: (1) treatment and follow-up situations, (2) short-term complications after TPC-IPAA, (3) long-term complications after TPC-IPAA. The follow-up using telephone interview and outpatient examination was performed to detect the quality of postoperative life in patients and occurrence of complications up to July 2016. Measurement data with skewed distribution were

DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2016.12.010

作者单位:200092 上海交通大学医学院附属新华医院结直肠外科

通信作者:杜鹏,Email:dpdeney@163.com

described as M (range). The comparison of quality of pre- and post-operative life in patients was done using the paired t test. **Results** (1) Treatment and follow-up situations: all the 67 patients received successful surgery, including 45 with two-stage surgery and 22 with three-stage surgery. Thirty-seven patients underwent open surgery and 30 underwent laparoscopic surgery. The average frequency of postoperative daily defecation, average scores of quality of pre- and post-operative lives were 5.6, 0.47 and 0.67, respectively, with a statistically significant difference between preoperative indicators and postoperative indicators ($t = -4.80, P < 0.05$). All the 67 patients were followed up for a median time of 4.6 years (range, 1.0–8.4 years). (2) Short-term complications after TPC-IPAA: Of 67 patients, 10 had short-term complications (some patients with multiple complications). One patient was complicated with presacral abscess secondary to sinus formation and then was cured by topical incision of sinus under colonoscopy. Five patients were complicated with anastomotic site-related complications of TPC-IPAA, and 1 with pouch-anal anastomotic fistula combined with presacral abscess underwent drainage with ileostomy and didn't undergo stoma reversion of ileum. Two patients with fistula at the top of pouch were improved by surgery and repair. Of 2 patients with pouch-vagina fistula, 1 underwent resection of pouch stump-vagina fistula and then were cured, and the space between pouch stump and posterior fornix was filled with a free greater omentum flap and temporary ileal bypass was simultaneously conducted. The other patient received twice transanal vaginal fistula repairs with advancement flap, and unclosed fistula was confirmed by angiography, with a clinical symptomatic relief. Eight patients with wound infection received actively dressing change after discharge, and no wound dehiscence was occurred. (3) Long-term complications after TPC-IPAA: 28 of 67 patients had long-term complications. Twelve patients with intestinal obstruction underwent conservative treatments of gastrointestinal decompression, anti-inflammatory with corticosteroid and anti-infection with antibiotic, without the occurrence of severe intestinal perforation and prognosis needing surgical intervention, including 9 undergoing open TPC-IPAA and 3 undergoing laparoscopic TPC-IPAA. Thirteen patients with postoperative pouchitis received the conservative treatment of mesalazine. Three patients with failed pouch underwent small intestine permanent colostomy, including 2 with secondary pouch Crohn's disease and 1 with severe pouchitis. **Conclusions** TPC-IPAA is safe and effective in treatment of UC, with a lower incidence of complications. Anastomotic site-related complication of TPC-IPAA is the main short-term complication. And in the long-term complications, pouchitis is the most, followed it is intestine obstruction.

【Key words】 Ulcerative colitis; Total proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis; Complications; Therapy

Fund program: National Natural Science Foundation of China (81570474)

近年来,溃疡性结肠炎的内外科治疗发展迅速,包括免疫调节剂、生物制剂的使用及全直肠切除后消化道外科重建技术。衡量内外科治疗的风险和收益对于临床决策至关重要。约 30% 的溃疡性结肠炎患者最终会接受外科手术^[1]。手术切除后患者症状得到改善,不需要后续服用治疗药物,也降低了罹患结肠肿瘤的风险。回肠贮袋肛管吻合术(ileal pouch-anal anastomosis, IPAA)已成为全结直肠切除(total proctocolectomy, TPC)术后消化道重建的首选手术方式。然而,贮袋手术改变了正常生理及功能解剖结构,手术本身存在较高并发症发生风险。TPC-IPAA 相关并发症导致贮袋切除或永久性造瘘的几率为 4%~10%^[2-3]。一项 Meta 分析纳入分析 43 项研究的 9 317 例患者,其研究结果显示:中位随访时间 37 个月时贮袋失败的几率为 7%,随访超过 60 个月后增加至 9%^[4]。常见的贮袋成形失败的原因包括盆腔感染、慢性贮袋炎、贮袋克罗恩病^[5]。本研究回顾性分析 2008 年 2 月至 2015 年 10 月我科收治的 67 例行 TPC-IPAA 的重度或难治性溃疡性结肠炎患者的临床资料,旨在分析 TPC-IPAA 相关并发症的发生情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用回顾性横断面研究方法。收集 67 例行 TPC-IPAA 的重度或难治性溃疡性结肠炎患者的临床资料,男 28 例,女 39 例;年龄 17~69 岁,中位年龄 43 岁。67 例患者术前经临床症状结合影像学、病理学检查证实诊断:重度或爆发性溃疡性结肠炎 15 例,难治性溃疡性结肠炎 49 例,癌变 3 例。67 例患者发病至手术中位间隔时间为 6.1 年(1.0~30.0 年)。35 例患者接受术前激素治疗。本研究通过我院伦理委员会审批。患者及家属术前均签署手术知情同意书。

1.2 纳入标准和排除标准

纳入标准:(1) 溃疡性结肠炎患者并接受 TPC-IPAA。(2) 17~75 岁患者。(3) 随访资料完整。

排除标准:(1) TPC-IPAA 术后未行造口回纳。(2) 因中毒性巨结肠、急性穿孔、急性肠梗阻行急诊手术。(3) 随访时间 < 12 个月。

1.3 手术方法

采用开腹和腹腔镜辅助手术方式,行 TPC-

IPAA。根据患者病情行分期手术,非活动期,术前糖皮质激素或免疫抑制剂停药时间 > 3 个月,行二期手术(一期行 TPC + IPAA + 回肠造口术,二期行回肠造口回纳术)。活动期或术前 3 个月内持续服用糖皮质激素或免疫抑制剂,行三期手术(一期行结肠次全切除术,二期行残余全结直肠切除 + IPAA + 回肠造口术,三期行回肠造口回纳术)。

1.4 观察指标及评价标准

观察指标:(1)治疗及随访情况。(2)TPC-IPAA 术后近期并发症发生情况。(3)TPC-IPAA 术后远期并发症发生情况。

评价标准:TPC-IPAA 术后生命质量评估采用克利夫兰全球生命质量评分法(cleveland global quality of life,CGQOL)^[6],具体方法为:从生命质量、健康感受、体力水平 3 个层面对患者的生命质量进行评分,每项 10 分,0 分代表最不满意,10 分代表最佳,评分结果为 3 项评分之和除以 30 获得分值^[1]。术后 3 个月内发生的相关并发症定义为近期并发症,超过 3 个月发生的相关并发症定义为远期并发症。

1.5 随访

采用电话和门诊方式进行随访,了解患者术后生命质量和并发症发生情况。随访时间截至 2016 年 7 月。

1.6 统计学分析

应用 SPSS 19.0 统计软件进行分析。偏态分布的计量资料以 M (范围)表示。手术前后患者生命质量评分比较,采用成对 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗及随访情况

67 例患者顺利完成手术,其中二期手术 45 例,三期手术 22 例。开腹手术 37 例,腹腔镜手术 30 例。术后平均日排便次数为 5.6 次/d。67 例患者术前平均生命质量评分为 0.47,术后平均生命质量评分为 0.67,手术前后比较,差异有统计学意义($t = -4.80$, $P < 0.05$)。67 例患者均获得随访,中位随访时间为 4.6 年(1.0 ~ 8.4 年)。

2.2 TPC-IPAA 术后近期并发症发生情况

67 例患者中,10 例发生近期并发症(部分患者发生多种并发症)。1 例患者发生骶前脓肿继发窦道形成,经局部肠镜下切开窦道治疗后痊愈(图 1)。5 例患者发生贮袋手术吻合口相关并发症,包括 1 例贮袋肛管吻合口瘘合并骶前脓肿行引流术联合

回肠造口术,暂未行造口回纳(图 2);2 例贮袋顶端瘘,行修补术后好转(图 3);2 例贮袋阴道瘘(图 4),其中 1 例行贮袋残端阴道瘘切除,游离大网膜带血管蒂填塞在贮袋残端与后穹隆间,同时行回肠临时性转流,获得痊愈;1 例患者前后 2 次经肛推移瓣阴道瘘修补术,虽临床症状缓解,但造影检查证实瘘口尚未闭合。8 例伤口感染患者出院后经过积极换药,未出现伤口裂开。

2.3 TPC-IPAA 术后远期并发症发生情况

67 例患者中,28 例发生远期并发症。28 例患者中,12 例发生肠梗阻,包括 9 例开腹 TPC-IPAA 患者和 3 例腹腔镜 TPC-IPAA 患者,经过胃肠减压,糖皮质激素抗炎,抗生素抗感染治疗为主的保守治疗,未出现严重肠穿孔,未出现需要手术干预的转归;13 例术后发生贮袋炎,其中包括 1 例贮袋前回肠炎合并封套炎(图 5),通过美沙拉嗪保守治疗维持;3 例贮袋失败,包括 2 例继发贮袋克罗恩病和 1 例严重贮袋炎,行小肠永久造口。

3 讨论

3.1 TPC-IPAA 术后近期相关并发症

TPC-IPAA 贮袋制备重建存在多个吻合口,术后 3 个月内发生相关的近期并发症多为吻合口瘘及脓肿与窦道形成^[7]。Shen 等^[8]总结了贮袋手术可能发生的吻合口瘘包括:骶前脓肿或窦道,贮袋顶端瘘,贮袋体吻合口瘘,贮袋肛管吻合口瘘,贮袋阴道瘘。以上并发症可能发生在造口回纳之前,通过症状或检查而被发现,也有可能迟发型在造口回纳后发生症状才被被发现,如贮袋阴道瘘、顶端瘘。据相关文献报道:肠镜及造影检查是及时发现诊断这类并发症的主要方法^[9]。既往大样本回顾性研究结果显示:TPC-IPAA 术后吻合口瘘的发生率约为 6.5%^[10]。本研究中贮袋吻合口相关瘘发生率与以往研究结果一致。

3.1.1 骶前脓肿继发窦道形成:临床上该并发症出现多与贮袋吻合口瘘同时发生,早期根据临床高热、会阴部感觉异常等临床症状,对疑似病例结合影像学检查不难诊断。对于隐匿性脓肿及继发后期骶前窦道形成患者,一旦确诊,应当积极处理,避免影响后期贮袋功能。对于骶前脓肿继发窦道的手术并发症转流,传统多采用再次手术引流及转流等外科方法。随着临床研究进展,Wu 等^[11]率先报道针对贮袋手术并发骶尾部窦道采用经内镜下针刀切开窦道组织,开放深部腔隙,去除积液及脓腔,使得窦道变

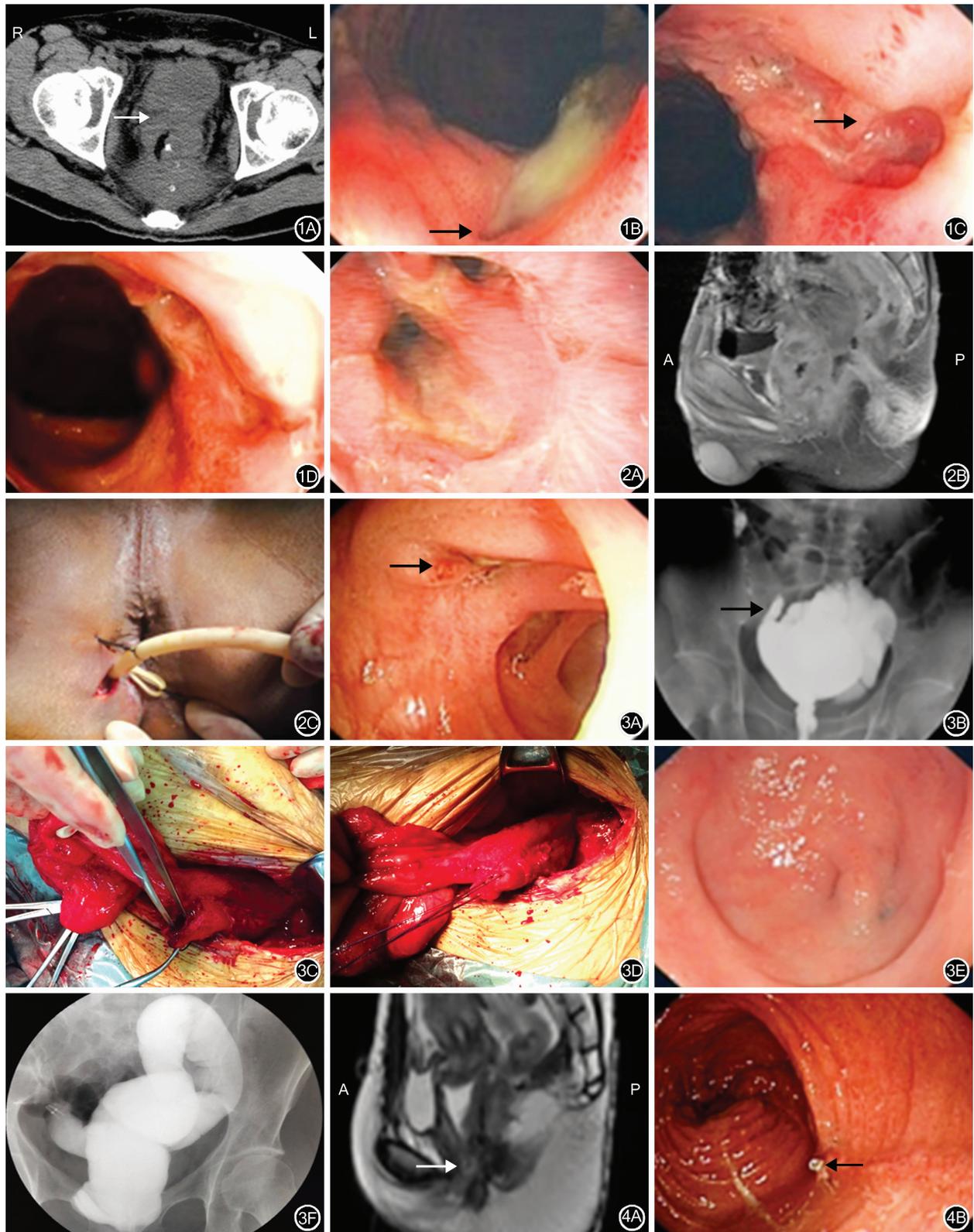


图 1 全结直肠切除回肠贮袋肛管吻合术后骶前脓肿继发窦道形成 1A:CT 检查示骶尾部脓肿形成(→); 1B:贮袋镜下见骶尾部脓肿窦道开口(→); 1C:经内镜切开窦道和贮袋之间的肠壁(→); 1D:3 个月后复查贮袋镜可见黏膜愈合 **图 2** 全结直肠切除回肠贮袋肛管吻合术后贮袋肛管吻合口瘘继发肛周脓肿/骶尾部窦道 2A:贮袋镜下见吻合口瘘管开口; 2B:盆腔 MR 检查矢状位示吻合口瘘继发肛周脓肿; 2C:行骶前脓肿置管引流术 **图 3** 全结直肠切除回肠贮袋肛管吻合术后贮袋顶端瘘 3A:贮袋镜下见顶端瘘瘘口(→); 3B:经肛造影检查见造影剂外渗(→); 3C:剖腹探查证实贮袋顶端瘘; 3D:行贮袋顶端瘘修补术; 3E:全结直肠切除回肠贮袋肛管吻合术后迟发型贮袋顶端瘘, 修补术 3 个月后复查贮袋镜见贮袋顶端瘘修补处; 3F:治疗后经肛造影检查未见造影剂外渗 **图 4** 全结直肠切除回肠贮袋肛管吻合术后贮袋阴道瘘 4A:盆腔 MR 检查矢状位示贮袋-阴道后穹窿形成瘘管(→); 4B:肠镜检查示贮袋肛管吻合口与阴道后壁瘘形成(←)

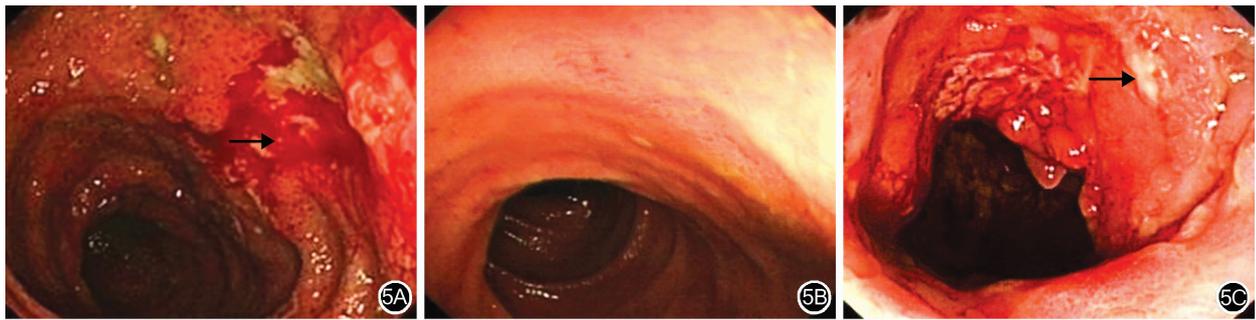


图5 全结直肠切除回肠贮袋肛管吻合术后贮袋前回肠炎合并封套炎 5A:肠镜检查示贮袋黏膜充血水肿,局部增厚,延伸至近端50 cm回肠黏膜糜烂,黏膜呈粗颗粒炎性改变(→);5B:以“贮袋前回肠炎+贮袋炎”治疗后,症状缓解,黏膜愈合;5C:全结直肠切除回肠贮袋肛管吻合术后封套炎(→)

成贮袋的一部分。为这类并发症的治疗提供了新的技术手段,更体现微创治疗的意义。

3.1.2 贮袋肛管吻合口瘘:贮袋手术中,吻合口的张力与血供影响对术后贮袋肛管吻合口瘘的发生存在相关性。TPC-IPAA 中进行齿状线水平的贮袋肛管低位吻合,可出现贮袋肛管吻合口瘘的并发症,临床主要症状以肛周感染、盆腔脓肿为主要表现,亦有部分患者无临床症状表现。肠镜及盆腔 MRI 检查有助于吻合口瘘的检出。本研究中 1 例贮袋肛管吻合口瘘并发骶前脓肿窦道形成患者入院后维持小肠造口同时,分次手术行骶前脓肿置管引流冲洗,症状逐渐缓解,后期诊断与治疗仍需要观察引流情况,评估贮袋及排便功能,制定后续治疗方案。目前对类似并发症的治疗原则仍为充分引流,如果效果不佳,长期窦道不愈合及慢性感染,有再次行贮袋成形术成功治疗的报道^[12]。

3.1.3 贮袋顶端瘘:目前 J 型贮袋的应用最为广泛,而 J 型贮袋顶端瘘的发生率为 0.5%~1.1%^[13],重度或难治性溃疡性结肠炎患者多存在长期激素或免疫抑制剂应用史,合并贫血、低蛋白血症等全身营养不良状况,与瘘的发生相关,而贮袋顶端瘘发生与术中操作及顶端组织缺血性改变亦相关。Kirat 等^[14]回顾了 27 例贮袋顶端瘘患者,25 例需再次接受手术修补(手术修补瘘口或行“J”型贮袋成形术),21 例同时进行预防性转流造口。本研究中 2 例贮袋顶端瘘患者均行手术修补,其中 1 例为罕见的 TPC-IPAA 术后迟发贮袋顶端瘘。突发性贮袋顶端瘘的发生与患者体位改变(屏气深蹲等)及腹内压增高有关。是否与残端缺血性改变基础易患因素并存,发生具体机制尚需进一步研究。随着内镜技术的发展,目前有应用 OTSC 吻合夹系统(Bear Claw)内镜下予以瘘口的夹闭治疗,临床已有类似针对消化道瘘的补救治疗,进一步扩大适应证研究,有

望对 TPC-IPAA 贮袋瘘的治疗有积极价值^[15]。

3.1.4 贮袋阴道瘘:本研究中 2 例贮袋阴道瘘患者,行阴道瘘修补术及引流术,仅有 1 例痊愈。对于高位阴道瘘的修补,再次经腹手术治愈率较高。本研究中 1 例患者探查明确贮袋残端于阴道后穹窿粘连,形成瘘管,行贮袋残端阴道瘘切除,游离大网膜带血管蒂填塞在贮袋残端与后穹窿间,同时行回肠临时性转流。4 个月后还纳造口,随访 3 年,未见阴道瘘症状再发。而低位阴道瘘往往修补困难,由于缺乏足够健康黏膜组织,本研究中另 1 例患者前后两次经肛推移瓣阴道瘘修补术,虽临床症状缓解,但造影检查证实瘘口尚未闭合。TPC-IPAA 术后发生贮袋阴道瘘的原因主要有:(1)术前未明确排除克罗恩病。(2)贮袋肛管吻合口瘘继发后盆腔脓肿。(3)贮袋吻合口分离至盆腔感染。(4)贮袋肛管吻合时阴道后壁被钉入吻合口。贮袋吻合口瘘的发生率为 3%~17%。目前在各种类型贮袋吻合口瘘的治疗中,贮袋阴道瘘的治疗效果最不理想,严重影响贮袋患者术后生命质量^[16-17]。因此,临床医师在手术操作过程中应特别予以重视。

3.2 TPC-IPAA 术后长期并发症

肠梗阻与贮袋炎是最为常见的 TPC-IPAA 术后并发症,严重者需要手术干预治疗,甚至导致贮袋失败。临床诊断与治疗过程中,还应注意类似临床表现的其他原因。

3.2.1 肠梗阻:本研究 67 例患者中,12 例术后并发肠梗阻。术后肠梗阻是所有腹部手术后常见的并发症。有文献报道:TPC-IPAA 术后肠梗阻的发生率为 18%~23%^[18-19]。另有研究结果显示:随访 3 077 例贮袋患者,超过术后 3 个月肠梗阻发生率依然高达 12.9%,高于术后早期的肠梗阻发生率 5%,具体原因除手术导致腹腔粘连因素外,全结直肠切除,贮袋制备及吻合导致肠管生理与解剖部位异常亦存在相

关性^[10]。腹腔镜手术被认为梗阻性并发症少于开腹手术,但长期并发症发生率的比较仍缺少有说服力的临床证据支持^[20]。本研究中,3 例腹腔镜 TPC-IPAA 患者发生肠梗阻,9 例开腹 TPC-IPAA 患者发生肠梗阻,由于样本例数局限,尚未能证实差异有统计学意义。

3.2.2 贮袋炎:TPC-IPAA 术后 10~11 年贮袋炎的累积发生率达 23%~46%^[21-23]。有文献报道 TPC-IPAA 术后 1 年贮袋炎发生率即为 40%^[24]。贮袋炎的病理发生机制仍不明确,其可能机制是贮袋黏膜由于细菌菌群的改变而发生的非正常免疫反应,发生急慢性炎症。目前认为贮袋炎发生的高危因素包括:围术期糖皮质激素的应用、非甾体类药物的大量使用、同时伴随肠外病变表现(如原发性胆管硬化症)以及吸烟史等。对于贮袋炎,足疗程抗生素的应用,缺血性贮袋炎的鉴别以及重视术后贮袋镜随访是诊断与治疗贮袋炎的关键^[25]。

3.2.3 伴随贮袋炎发生的贮袋相关炎性并发症:
(1)贮袋前回肠炎:为累及贮袋近端的回肠炎性改变,临床发生率为 5.7%,改变可延伸至贮袋近端 50 cm 回肠,组织病理学同样类似贮袋炎,无克罗恩病的证据。对于常规氨基水杨酸栓剂治疗贮袋炎或封套炎患者,出现效果不佳时,临床应加以考虑贮袋镜排除近端贮袋前回肠炎的伴发出现,以防止继发更为严重的临床症状。(2)封套炎:其临床症状与内镜下表现与贮袋炎较为相似。该并发症的发生与贮袋手术操作相关。有研究结果显示:剥离肛管移行区黏膜后,贮袋肛管手工吻合操作较吻合器吻合封套炎的发生率降低^[7]。笔者在临床实践过程中采用改良后的吻合器吻合术,全结直肠切除后,保留齿线上 2 cm 左右肛管移行区域进行吻合器-贮袋吻合,在兼顾排便功能与根治切除寻求较为适合的平衡,经多年临床实践与随访,能有效防止封套炎的发生。(3)贮袋继发形成克罗恩病:是一种对贮袋功能影响较大的并发症。有文献报道:该并发症发生率为 7%~13%^[26]。无论是术前未能明确排除克罗恩病诊断,还是继发形成克罗恩病,其有效治疗方案,目前尚缺乏更多研究结果证实。

3.3 完善后期随访及贮袋镜检查,根据临床症状鉴别诊断

TPC-IPAA 切除溃疡性结肠炎病变原发灶,术后不需药物后续维持治疗。因此,患者随访与临床宣传教育更显重要。重视术后临床随访,根据患者临床症状,不满足于贮袋炎与手术粘连的常规解释,积

极行贮袋镜检,加强病理学及影像学复查,能有效提高贮袋患者术后长期生命质量,控制并发症发生。

TPC-IPAA 术吻合发生在齿状线水平,术后患者不同程度出现下腹坠胀、腹痛不适,可见偶发便血。术后患者随访中应重视对类似症状的甄别与诊断。笔者前期随访过程中,子宫内膜异位症、贮袋吻合口吻合钉移位、贮袋继发克罗恩病等均有类似临床表现,提示应该予以重视。

综上,尽管 TPC-IPAA 手术操作存在术后短期和长期的并发症风险,但是由于其保持肠道的连续性,减少癌症发生风险,没有永久性造口的困扰,可以提高溃疡性结肠炎患者的生命质量。患者获得的收益大于风险。然而,TPC-IPAA 术后各类并发症并不少见,是一种需要熟练的专科医师完成的手术方式。临床医师应充分重视术后并发症的鉴别与处理。近期并发症以贮袋手术吻合口相关并发症常见,远期并发症以贮袋炎最多,其次为肠梗阻。因此,加强患者术后的临床随访,重视临床并发症的诊断与鉴别诊断,选择适当的治疗方式,对于贮袋患者长期生命质量有重要意义。

参考文献

- [1] Scoglio D, Ahmed Ali U, Fichera A. Surgical treatment of ulcerative colitis: ileorectal vs ileal pouch-anal anastomosis[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(37): 13211-13218. DOI: 10.3748/wjg.v20.i37.13211.
- [2] Tulchinsky H, Hawley PR, Nicholls J. Long-term failure after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis[J]. Ann Surg, 2003, 238(2): 229-234. DOI: 10.1097/01.sla.0000082121.84763.4c.
- [3] Winther KV, Jess T, Langholz E, et al. Survival and cause-specific mortality in ulcerative colitis: follow-up of a population-based cohort in Copenhagen County[J]. Gastroenterology, 2003, 125(6): 1576-1582. DOI: 10.1053/j.gastro.2003.09.036.
- [4] Huetting WE, Buskens E, van der Tweel I, et al. Results and complications after ileal pouch anal anastomosis: a meta-analysis of 43 observational studies comprising 9,317 patients[J]. Dig Surg, 2005, 22(1/2): 69-79. DOI: 10.1159/000085356.
- [5] Prudhomme M, Dehni N, Dozois RR, et al. Causes and outcomes of pouch excision after restorative proctocolectomy[J]. Br J Surg, 2006, 93(1): 82-86. DOI: 10.1002/bjs.5147.
- [6] Fazio VW, O'Riordain MG, Lavery IC, et al. Long-term functional outcome and quality of life after stapled restorative proctocolectomy[J]. Ann Surg, 1999, 230(4): 575-584.
- [7] 吕永成,王浩,赵科,等.全结直肠切除回肠贮袋肛管手缝吻合术在溃疡性结肠炎治疗中的临床价值[J].中华消化外科杂志, 2014, 13(8): 612-616. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2014.08.006.
- [8] Shen B, Remzi FH, Lavery IC, et al. A proposed classification of ileal pouch disorders and associated complications after restorative proctocolectomy[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2008, 6(2): 145-158. DOI: 10.1016/j.cgh.2007.11.006.

- [9] Hrun JM, Levine MS, Rombeau JL, et al. Total proctocolectomy and ileoanal pouch: the role of contrast studies for evaluating post-operative leaks[J]. *Abdom Imaging*, 1998, 23(4):375-379.
- [10] Fazio VW, Kiran RP, Remzi FH, et al. Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients[J]. *Ann Surg*, 2013, 257(4):679-685. DOI:10.1097/SLA.0b013e31827d99a2.
- [11] Wu XR, Wong RC, Shen B. Endoscopic needle-knife therapy for ileal pouch sinus: a novel approach for the surgical adverse event (with video)[J]. *Gastrointest Endosc*, 2013, 78(6):875-885. DOI:10.1016/j.gie.2013.05.021.
- [12] Whitlow CB, Opelka FG, Gathright JB Jr, et al. Treatment of colorectal and ileoanal anastomotic sinuses [J]. *Dis Colon Rectum*, 1997, 40(7):760-763.
- [13] Tekkis PP, Fazio VW, Remzi F, et al. Risk factors associated with ileal pouch-related fistula following restorative proctocolectomy [J]. *Br J Surg*, 2005, 92(10):1270-1276. DOI:10.1002/bjs.5071.
- [14] Kirat HT, Kiran RP, Oncel M, et al. Management of leak from the tip of the "J" in ileal pouch-anal anastomosis[J]. *Dis Colon Rectum*, 2011, 54(4):454-459. DOI: 10.1007/DCR.0b013e31820481be.
- [15] Kothari TH, Haber G, Sonpal N, et al. The over-the-scope clip system—a novel technique for gastrocutaneous fistula closure; the first North American experience[J]. *Can J Gastroenterol*, 2012, 26(4):193-195.
- [16] Burke D, van Laarhoven CJ, Herbst F, et al. Transvaginal repair of pouch-vaginal fistula[J]. *Br J Surg*, 2001, 88(2):241-245. DOI:10.1046/j.1365-2168.2001.01663.x.
- [17] O'Kelly TJ, Merrett M, Mortensen NJ, et al. Pouch-vaginal fistula after restorative proctocolectomy: aetiology and management[J]. *Br J Surg*, 1994, 81(9):1374-1375.
- [18] Peyrin-Biroulet L, Germain A, Patel AS, et al. Systematic review: outcomes and post-operative complications following colectomy for ulcerative colitis[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2016, 44(8):807-816. DOI:10.1111/apt.13763.
- [19] Heuschen UA, Hinz U, Allemeyer EH, et al. One- or two-stage procedure for restorative proctocolectomy: rationale for a surgical strategy in ulcerative colitis[J]. *Ann Surg*, 2001, 234(6):788-794.
- [20] Ahmed Ali U, Keus F, Heikens JT, et al. Open versus laparoscopic (assisted) ileo pouch anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009, (1):CD006267. DOI:10.1002/14651858.CD006267.pub2.
- [21] Penna C, Dozois R, Tremaine W, et al. Pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis occurs with increased frequency in patients with associated primary sclerosing cholangitis [J]. *Gut*, 1996, 38(2):234-239.
- [22] Heikens JT, de Vries J, de Jong DJ, et al. Evaluation of long-term function, complications, quality of life and health status after restorative proctocolectomy with ileo neo rectal and with ileal pouch anal anastomosis for ulcerative colitis[J]. *Colorectal Dis*, 2013, 15(6):e323-329. DOI:10.1111/codi.12175.
- [23] Metcalf AM, Dozois RR, Beart RW Jr, et al. Temporary ileostomy for ileal pouch-anal anastomosis. Function and complications[J]. *Dis Colon Rectum*, 1986, 29(5):300-303.
- [24] Gionchetti P, Rizzello F, Helwig U, et al. Prophylaxis of pouchitis onset with probiotic therapy: a double-blind, placebo-controlled trial [J]. *Gastroenterology*, 2003, 124(5):1202-1209. DOI: S0016508503001719.
- [25] Fazio VW, Ziv Y, Church JM, et al. Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients[J]. *Ann Surg*, 1995, 222(2):120-127.
- [26] Hartley JE, Fazio VW, Remzi FH, et al. Analysis of the outcome of ileal pouch-anal anastomosis in patients with Crohn's disease [J]. *Dis Colon Rectum*, 2004, 47(11):1808-1815.

(收稿日期: 2016-10-17)

(本文编辑: 夏浪)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊官方网站重要栏目简介

《中华消化外科杂志》官方网站(<http://www.zhxhwk.com>)由 10 余个精品栏目组成,结合了远程审稿系统、手术演示、文字资讯、图片报道等内容。

外科天地:以精品手术视频演示为主。“外科天地”不仅分享国内外著名医师的手术技巧,同时还为读者提供交流和探讨手术心得的平台。

每期快报:刊登最新一期的文章精华。读者可及时了解本刊最新一期的重点内容,把握国内消化外科的发展趋势并下载自 2007 年以来本刊刊登的所有文章。

精华转载:选载最新学术资讯,传播前沿学术动态。通过该栏目,读者可在第一时间获悉消化外科领域的研究动态,开阔视野。欢迎各位同道访问《中华消化外科杂志》官方网站,并留下你们宝贵的意见及建议。