

双吻合器法在低位直肠癌保肛手术中的应用

邓晶¹ 劳伟峰²

(1 浙江医学高等专科学校 杭州 310053; 2 浙江大学医学院附属邵逸夫医院 杭州 310053)

摘要:目的:探讨双吻合器法在低位直肠癌保肛手术中的应用价值。方法:回顾 28 例使用双吻合器法进行低位直肠癌保肛手术的患者资料并复习相关文献治疗。结果:双吻合器法可以明显缩短手术时间,提高低位直肠癌的保肛成功率,不增加吻合口瘘发生率。结论:双吻合器法简便、可行,并可提高保肛成功率,值得临床推广。

关键词:双吻合器技术;低位直肠癌;保肛

中图分类号:R 735.37

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0030-03

直肠癌好发于距肛 8cm 以下的低位,往往需要行改道手术。近年来随着直肠癌淋巴引流理论的更新、手术技术的提高和新型手术器械的应用,大大提高了保留肛门直肠癌切除的比例。我院在 2005 年 10 月~2006 年 12 月对 28 例直肠癌患者行双吻合器法(double-stapling technique, DST)直肠癌切除术,取得满意效果。现报道如下:

炼,如骑自行车、游泳或跑步等,以增加下肢各肌群的耐力,并进行适量的体力劳动,要避免膝关节急剧的变向、旋转运动。

1.3 观察指标 术前和术后 3 个月时分别按 Lysholm 评分标准^[2]进行膝关节功能评分,并对 2 组结果进行比较。

1.4 数据处理 使用 Stat View-J5.0 统计软件,结果用均数±标准差表示,组间计量资料比较用 t 检验。

2 结果

100 例患者关节镜下半月板手术,未出现术中、术后并发症,手术切口均 I 期愈合,术后治疗观察 3 个月。Lysholm 评分结果见表 1。治疗组与对照组比较,手术前 Lysholm 评分 2 组间差异无显著性($P>0.05$),手术及康复治疗 3 个月 2 组间 Lysholm 评分差异有显著性($P<0.01$)。

表 1 2 组患者治疗前后 Lysholm 评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分			
分组	n	手术前	手术及康复治疗 3 个月
对照组	50	60.9±7.3	79.9±5.3
治疗组	50	60.5±7.7*	92.8±9.8 [△]

注:与对照组比较,* $P>0.05$,[△] $P<0.01$ 。

3 讨论

膝关节半月板损伤是最常见的运动损伤之一,多数有旋转内收、外展的明显外伤,亦有部分病人没有明显外伤史,但由于退行性改变造成,且有长期蹲位或半蹲位工作的特点,如维族舞蹈演员和武丑演员等。损伤时,病人自觉关节内有撕裂感和脆响声,膝关节局部疼痛,有压痛,出现肿胀,不能完全伸膝,活动时膝关节有响声。有的病人可出现膝关节交锁症状,久之可伴创伤性关节炎、股四头肌萎缩等,进一步使关节稳定性降低,引起膝关节软骨退变、滑膜刺激、炎症和关节积液,并易发生再损伤,严重影响患者日常生活活动。中医认为膝关节半月板损伤多由于外伤,继而络脉受伤,气滞血瘀,致使经络不通,故早期可出现局部肿胀、疼痛、活动障碍。数周后虽肿胀消退,但因气血凝滞,血不荣筋,筋骨失养,故筋肉挛缩、萎缩,膝关节不稳,疲软乏力。属中医“筋伤”、“伤筋”、“膝痛”等范畴。

半月板损伤后,位于半月板边缘 1/3 的破裂经保守治疗可以愈合,但半月板无血供区破裂必须手术治疗,切除破裂半月板的内侧部分,目前常采用膝关节镜下半月板切除术,

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 28 例患者中,男 18 例,女 10 例;年龄 32~79 岁,平均 63 岁。肿瘤距肛缘 4~8cm,术中见肿瘤均位于腹膜返折处或腹膜返折以下。

1.2 病理资料 术后病理分期为:Duke's A 3 例,Duke's B 14 例,Duke's C 10 例,Duke's D 1 例。病理分型为:乳头状腺

手术能去除半月板结构性异常。关节镜手术仅去除了机械性因素,软组织挛缩则需要术后康复训练加以纠正,故术后必须进行系统的康复治疗,才能获得良好疗效^[3-5]。本次研究我们主要采用中药熏蒸配合分期功能训练的综合康复方法,对术后膝关节功能障碍进行康复治疗,经全程系统化的综合康复治疗 3 个月后效果明显优于常规功能训练。术后采取分期训练肌力和关节活动度练习可促进关节内积液吸收,防止术后膝关节粘连,增强肌力,预防肌肉萎缩,加强关节稳定性和膝关节活动度,避免再次受伤,促进下肢神经肌肉的整体协调性的恢复,最终使患者达到正常肌力和关节活动度,在最大程度上恢复肢体和关节功能。后期负重训练,应力的刺激有利于促进保留的半月板游离缘加速再塑形,以发挥半月板的正常功能,防止膝关节退变和骨性关节炎的发生。并且在早期,我们结合中药熏蒸治疗,方中川乌、草乌温经止痛;红花、丹参、虎杖活血祛瘀,通络止痛;伸筋草、透骨草舒筋活络;牛膝壮筋骨,行血散瘀;荆芥、防风、羌活解痉止痛;诸药配伍活血祛瘀,舒筋活络,温经止痛,可改善局部微循环,加速局部新陈代谢,松解粘连,以利于关节功能锻炼和恢复。另外,熏蒸机器加热喷雾可加速膝部血液循环和淋巴液的循环,调理局部气血运行,消除肿胀,防止血管痉挛,使局部肌肉运动产生的酸性代谢产物及致痛物质通过血液被迅速代谢,减轻了对神经末梢的刺激,促进膝关节功能恢复,进一步提高了疗效,因此这一方法值得在临床推广。

参考文献

[1]何志勇,吴海山.关节镜半月板外科研究进展[J].国外医学·骨科学分册,2004,25(2):78-80
[2]Lysholm J, Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of ascoring scale [J]. Am J Sports Med, 1982,10(3):150-154
[3]高凯,王立德,齐志明.关节镜下半月板部分切除及术后康复[J].中国内镜杂志,2006,12(7):680-682
[4]高顺红,白俊清,张柳.半月板切除后的研究概况与进展[J].中国矫形外科杂志,2004,12(15):1175-1176
[5]鲁英,谭维溢.膝关节镜下半月板手术后康复训练的疗效[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24(9):559-560

(收稿日期:2007-06-21)

癌 1 例,高分化腺癌 18 例,中分化腺癌 5 例,低分化腺癌 2 例,黏液腺癌 2 例。肿瘤距下切缘距离 1.5~3.0cm,吻合口距齿线距离 2.0~4.0cm。所有切除标本切缘均阴性。

1.3 手术方法 手术操作遵循全直肠系膜切除术(TME)原则,锐性完整分离肿瘤所在直肠肠段及直肠系膜至肛提肌水平,在距肿瘤上缘 10 cm 以上切断,并在肿瘤下方足够切缘处(1.5~3.0 cm)上弧形切割闭合器(强生 CONTOUR),未激发前使用稀释 PVP-I 蒸馏水溶液冲洗残留直肠,然后激发切割闭合器移去标本。稀释 PVP-I 蒸馏水溶液冲洗腹腔 2 次后,在近端结肠用荷包钳做荷包缝合,置入吻合器抵钉座并收紧荷包线;扩肛后将浸润无菌石蜡油的圆形弯管吻合器(强生 CDH 29/33)置入肛门至远端直肠闭合端,在线形闭合端前方旋出尖端,并将线形吻合钉绕中心接合杆缝叠入吻合器切除范围,然后将近端结肠上的抵钉座与吻合器接合后,旋紧激发,保证切缘完整。腹腔注水后肛门内注气,观察腹腔水面均无气泡,沿左结肠旁沟至吻合口旁留置 200mL J-P 引流管,关闭盆底。2 例患者因高龄和术前营养情况差行预防性回肠祥式造口术,3 个月后进行回纳术。

2 结果

本组 28 例均顺利按 TME 原则使用 DST 技术完成手术。手术时间最短 90min,最长 160min,平均 120min;手术出血量最少 100mL,最多 350mL,平均 210mL;无手术死亡病例;吻合口瘘 1 例,再次手术行乙状结肠造瘘术后恢复良好;吻合口狭窄 1 例,经隔日手指扩肛治疗 3 周后,症状改善明显;切口脂肪液化 2 例,经换药处理痊愈;术后第一次肠道排气在术后第 2~5 天。术后 6 个月每日排便次数 0~5 次 22 例,5~10 次 4 例,大于 10 次 2 例,排便次数大于 5 次的患者经复方苯乙哌啶口服治疗,排便次数能够控制在 5 次以下;便急和大便不尽感 13 例,无大便失禁。随访 6~20 周无吻合口复发病例。

3 讨论

端端吻合器在直肠癌手术中的使用首先在 1979 年报道^[1],但是端端吻合器在低位直肠癌尤其是肥胖或盆腔狭窄患者中的应用受到很大的限制。虽然在 1980 年就有双吻合器技术应用于直肠手术的报道^[2],但是由于当时直肠癌根治理论及直线切割闭合器的工艺和技术的限制,并没有明显提高低位直肠癌的保肛率。随着局部解剖学理论的发展,Miles 早前提出的直肠淋巴向上、中、下三个方向引流的概念被部分否定,目前认为,腹膜返折上的直肠淋巴只向上引流,腹膜返折以下的直肠淋巴可向上方或侧方引流,当低位直肠癌晚期向上方及侧方淋巴管被癌栓阻塞时才可能向下方引流,且一般不超过 2.5cm^[3]。在这一新理论指导下可以大大缩短下切缘与肿瘤下缘的距离,为低位直肠癌保肛手术提供理论保障。许多按以前的标准需接受 Mile's 手术终身造瘘的低位直肠癌患者,现在可以应用改进的 DST 来实现保肛手术。有报道认为,在术前分期 T1 的患者下切缘可距肿瘤下缘 1cm,分期 T2 以上患者下切缘距肿瘤下缘 2cm 就已能满足根治要求^[4]。

DST 可以明显缩短低位直肠癌术中远端直肠荷包缝合的时间,而且直接闭合肠段,大大降低了肠内容物溢出对腹腔的污染机会。但是原来使用的直线闭合器或直线切割闭合

器并非专门为低位直肠手术而设计,在一些肥胖和盆腔狭窄患者中很难在盆底进行水平线闭合,往往因为这样而不能完成 DST。我们使用强生 CONTOUR 弧形切割闭合器,可以较好的进入狭窄盆腔的底部进行操作。本组 28 例患者直肠肿瘤下缘锯齿线 4~8cm,使用 CONTOUR 弧形切割闭合器均一次性顺利完成切割闭合。在常规单吻合器术中,为完成远端直肠荷包缝合而花费时间至少在 10~20min 以上,且使用荷包钳或手工作荷包时往往出现漏针情况,需要修补来保证切缘的完整,这更将延长手术时间。DST 技术大大缩短了花费在这一过程的时间。我们在 28 例患者的术中进行了评估,如果用支气管钳夹闭直肠远端,28 例患者中将有 7 例不能在直视下在支气管钳下方使用荷包钳或手工作荷包缝合,由此可见 DST 技术可以提高保肛率。

本组 DST 技术完成的直肠癌切除术后发生吻合口瘘 1 例(3.6%),与国内外报道的 DST 吻合口瘘发生率相近^[5,6],且与使用丝线间断吻合和单吻合器的术后吻合口瘘发生率也相近。导致吻合口瘘的主要危险因素是吻合完整性、吻合口张力、血供、局部感染和患者营养状态等。在保证无张力吻合、充足血供、稀释 PVP-I 温蒸馏水浸洗盆腔和术后合理肠道外营养等措施外,值得提出的是,我们在端端吻合器的结合杆尖端穿出远端直肠线形闭合线前方后,使用丝线将切割闭合器形成的闭合线缝合于端端吻合器的切除范围之内,尽量避免形成所谓的“狗耳(Dog Ear)”状结构而增加吻合口瘘风险^[7]。

DST 技术应用于低位直肠癌吻合中应注意以下几个方面:(1)选用合适直径的端端吻合器,宜选用可撑开肠管但又不损伤黏膜的规格,太小易造成吻合口狭窄,太大则容易使肠黏膜撕脱;(2)充分扩肛和润滑,避免粗暴操作使直肠黏膜在吻合器进入时受损;(3)尽量清理距吻合端 0.5~1cm 的肠管,避免吻合时周围组织进入切除圈内;(4)尽量将直线切割闭合线缝入吻合圈内完全切除,避免“Dog Ear”的形成;(5)应在吻合口处松弛状态下激发吻合器,避免因局部张力太大导致吻合器刀片切割和上钉之间的瞬间发生肠壁往外拉缩导致吻合不全;(6)激发吻合器后,应略旋松接合杆后边左右转动边退,避免撕脱吻合口;(7)吻合完成后检查上下切除圈是否完整,并进行充气实验检验吻合口是否有即刻的渗漏,如有渗漏,因在相应部位加固缝合,并可考虑预防性小肠造瘘。

综上所述,双吻合器技术在低位直肠癌手术中的应用可以明显缩短手术时间,提高保肛率,并不增加吻合口瘘的发生率。但这一技术必须结合直肠癌全系膜切除术,在保证手术根治的前提下改善患者的生活质量。

参考文献

[1]Ravitch MM, Steichen FM. A stapling instrument for end to end inverting anastomosis in the gastrointestinal tract [J].Ann Surg,1979, 189: 791~797
[2]Knight CD, Griffen FD. An improved technique for the low anterior resection using the EEA stapler [J]. Surgery,1980, 88: 710~714
[3]Yeatman TJ, Bland KI. Spinctor saving procedures for distal cardnoma of the rectum[J].Ann Surg, 1989, 209(1): 1~18
[4]Maeda K, Maruta M, Utsumi T,et al. Vertical division of the rectum by endostapler in very low colorectal anastomosis with a double-stapling technique [J]. Minim Invasive Ther Allied Technol,

918 例慢性前列腺炎患者 EPS 检查与中医辨证的关系

李海松 韩富强

(北京中医药大学东直门医院 北京 100700)

摘要:目的:探讨慢性前列腺炎患者前列腺液中白细胞计数与中医辨证分型间的关系。方法:收集门诊病例 918 例,对患者进行辨证分型,同时记录前列腺液中白细胞计数情况,分析两者之间关系。结果:慢性前列腺炎患者前列腺液中白细胞计数在四个证型中分布有较大区别,但根据回归分析白细胞数由≤10/HPF 变化为>10/HPF,与湿热下注证呈负相关,与气滞血瘀证、肝肾阴虚证和肾阳虚证呈正相关。结论:前列腺液中白细胞计数对于中医证型辨证的价值不大,只能是中医证型判别手段的补充、参考。

关键词:慢性前列腺炎;中医辨证;EPS;白细胞计数

中图分类号:R 711.33

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0032-02

慢性前列腺炎(Chronic Prostatitis, CP)属于中医“精浊”的范畴,是以排尿刺激症状和膀胱生殖区疼痛为主要表现的临床综合征,是成年男性的常见病,估计在全世界男性中的患病率为 9%~14%^[1],多发于 20~50 岁。在我国,有资料显示病理发病率为 24.3%^[2],严重影响患者生活质量。中医药治疗有一定优势,有学者提出“辨精论治、微观辨证”等理论,有人依据前列腺液(EPS)中白细胞(WBC)数量将慢性前列腺炎分为四型或五型,但因与传统中医理论有所抵触,引起不少争议,其中依据前列腺液生化检查结果判断证型争议最多。为探讨慢性前列腺炎患者前列腺液中白细胞计数与中医辨证分型间的关系,特对我院门诊的 918 例慢性前列腺炎患者进行了调查。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择东直门医院中医男科门诊 2006 年 10 月~2007 年 4 月患者 918 例,均符合 CP 西医诊断标准。年龄 20~50 岁,20~29 岁 449 例,占 48.91%,其中气滞血瘀证 417 例,占 92.87%,湿热下注证 344 例,占 76.61%,肝肾阴虚证 54 例,占 12.03%,肾阳虚证 73 例,占 16.26%;30~39 岁 335 例,占 36.49%,其中气滞血瘀证 303 例,占 90.45%,湿热下注证 246 例,占 73.43%,肝肾阴虚证 46 例,占 13.73%,肾阳虚证 77 例,占 22.98%;40~50 岁 134 例,占 14.60%,其中气滞血瘀证 104 例,占 77.61%,湿热下注证 90 例,占 67.16%,肝肾阴虚证 25 例,占 18.66%,肾阳虚证 57 例,占 42.54%。

1.2 方法 制定病例观察表,收集每个慢性前列腺炎患者的症状及其舌脉,根据《中药新药临床研究指导原则》(1997 版)中慢性前列腺炎^[3]的中医辨证标准辨证分型,统计各证型的分布频率。同时收集患者的年龄、EPS 中 WBC 计数(≤10/HPF 或>10/HPF),整理成表。调查数据用 SAS6.12 进行统计。

2 结果

2.1 中医证型分布频率 此次调查共收集病例 918 例,其中被诊断为湿热下注证+气滞血瘀证者 460 例(50.11%),湿热下注证+气滞血瘀证+肾阳虚证者 73 例(7.95%),湿热下注证 37 例(4.03%),湿热下注证+气滞血瘀证+肝肾阴虚证者 94 例(10.24%),气滞血瘀证+肾阳虚证者 82 例(8.93%),湿热下注证+肾阳虚证者 9 例(0.98%),气滞血瘀证者 90 例

(9.80%),湿热下注证+肝肾阴虚证者 6 例(0.65%),气滞血瘀证+肝肾阴虚证者 24 例(2.61%),肾阳虚证者 42 例(4.58%),湿热下注证+气滞血瘀+湿热下注证+肾阳虚证 1 例(0.11%)。见表 1。

表 1 918 例患者中医辨证结果 例		
中医证型	n	出现频率(%)
A+B	460	50.11
A+B+D	73	7.95
A	37	4.03
A+B+C	94	10.24
B+D	82	8.93
A+D	9	0.98
B	90	9.80
A+C	6	0.65
B+C	24	2.61
D	42	4.58
A+B+C+D	1	0.11
合计	918	100.01

注:A、湿热下注证,B、气滞血瘀证,C、肝肾阴虚证,D、肾阳虚证。

对中医证型及组合的出现频率进行统计发现,A 680 例,占 74.07%;B 824 例,占 89.76%;C 125 例,占 13.62%;D 207 例,占 22.55%。其中二证兼见者:A+B 460 例(50.11%),A+C 6 例(0.65%),A+D 9 例(0.98%),B+C 24 例(2.61%),B+D 82 例(8.93%)。三证兼见者中,A+B+C 94 例(10.24%),A+B+D 73 例(7.95%)。可见,CP 以湿热下注证、气滞血瘀证为主,且二证多合并出现;肾阳虚证、肝肾阴虚证比较少见,多为兼夹证。说明 CP 患者以湿浊、瘀血等邪实为主。

2.2 EPS 检查与证型 见表 2。

表 2 918 例患者 EPS 检查结果 例(%)				
WBC	湿热下注证	气滞血瘀证	肝肾阴虚证	肾阳虚证
≤10/HPF	563 (82.79)	708 (85.92)	115 (92.00)	188 (90.82)
>10/HPF	117 (17.20)	116 (14.08)	10 (8.00)	19 (9.18)

为明确生化检查结果与中医各证型间的关系,进行 Logistic 逐步回归分析。设 EPS 中 WBC 计数为 Y,取值分别为 1(WBC>10/HPF)、0(WBC≤10/HPF);各中医证型为 X,湿热下注型为 X1,气滞血瘀证型为 X2,肝肾阴虚型为 X3,肾阳虚型为 X4,各有是(1)否(0)两个水平。将各组数据录入,计算得以下结果。 $\chi^2=17.685$,Score 检验的 $P=0.0001$,模型引入有效。见表 3。

[7]Takayuki Asao, Hiroyuki Kuwano, Jun-ichi Nakamura, et al. Use of a Mattress Suture to Eliminate Dog Ears in Double-Stapled and Triple-Stapled Anastomoses[J]. Dis Colon Rectum,2002, 45(1): 137~139

(收稿日期: 2007-07-10)

[5]Griggen FD ,Knight CD. Results of the double stapling procedure in pelvic sursey[J].World sung,1992,16: 866~871

[6]邱辉忠,戚勇,桑新亭,等.应用双吻合器技术治疗直肠癌 120 例分析[J].中华普通外科杂志,1999, 14(4): 245~247