

• 诊治分析 •

经回盲部隧道式回肠插管造口应用于直肠癌根治术中吻合口保护的效果观察 (附 16 例报告)

李步卓, 胡华文, 陈振伟, 曹晨曦

【关键词】 直肠肿瘤; 癌; 回肠插管造口; 经回盲部

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.03.025

【中图分类号】 R735.36 【文献标志码】 A 【文章编号】 1671-0800(2024)03-0370-03

直肠癌术后吻合口瘘是常见的并发症之一^[1],目前临床普遍采用预防性近端肠造口,其中以末端回肠袢式造口为主,但术后造口及二次手术给患者带来一定的痛苦,也增加了患者的经济负担^[2]。近年来,嘉兴市第二医院应用经回盲部隧道式回肠插管造口代替传统预防性回肠造口术,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2022 年 1 月至 2023 年 3 月嘉兴市第二医院收治的行腹腔镜下或开腹直肠癌根治术患者 16 例,术中吻合口均行保护性造口,均采用经回盲部隧道式回肠插管造口。其中男 9 例,女 7 例;平均年龄(61.7±9.9)岁;体质指数(BMI)为(21.9±3.3)kg/m²;肿瘤位于低位(距离肛缘<5 cm)6 例,中位(距离肛缘 5~10 cm)9 例,高位(距离肛缘>10 cm)1 例;肿瘤最大直径为(3.1±0.9)cm;有腹部手术史 2 例。本研究获得嘉兴市第二医院医学伦理委员会批准,所有研究对象均同意参加本研究并签署书面知情同意书。

1.2 手术方法 直肠癌根治性切除后行吻合手术,予肠系膜下动脉根部、253 组淋巴结清扫、全直肠系膜切除后吻合。吻合后常规切除阑尾,经回盲部置入对应型号气管插管至回肠,深度 7~10 cm,气囊内注入空气,注意避免压迫肠管导致缺血坏死,阑尾根部回盲壁予内翻荷包缝合固定,在缝合处上方再

将回盲部肠管浆肌层间断缝合 2~3 针包埋插管形成隧道式结构,最后在对应腹壁处引出,将回盲部肠管紧贴腹壁固定,腹壁插管处固定外接引流袋。

1.3 观察指标 包括手术时间,术中出血量,术后下床活动时间,术后住院时间,有无吻合口瘘及盆腔感染,切口感染,插管拔除时间,瘘管闭合时间,瘘管旁皮周炎以及有无拔除困难,拔除后窦道封闭不全导致腹膜炎等情况。

2 结果

本组患者均顺利完成手术,手术时间(171.9±35.8)min;术中出血量(22.5±10.0)ml,术后下床时间(12.5±4.0)d;术后住院时间(13.3±9.8)d;术后病理分期为 I 期 6 例,II 期 4 例,III 期 6 例。1 例出现切口感染,予敏感抗菌药物后治愈;1 例术后出现吻合口瘘,予保守治愈,术后再次出现肠梗阻住院 43 d,术后未发生吻合口出血等并发症。本组患者插管拔除时间(31.4±8.5)d,均顺利拔除插管,未发生拔除困难及拔除后窦道封闭不全导致腹膜炎等并发症,拔除后窦道均在 1~2 d 内愈合,未发生慢性肠瘘等情况。

3 讨论

当前直肠癌发病率较结肠癌高,且低位直肠癌发生率高^[3]。随着低位、超低位直肠癌保肛理论的发展,加上对全直肠系膜切除术、保留盆腔自主神经技术、正常控便生理机制的深入研究,以及新型外科器械和设备的使用,提高了超低位保肛的成功率,使得既往低位、超低位直肠癌根治标准术式腹会阴联合直肠癌根治术应用较前大大减少^[4]。

基金项目: 嘉兴市科技计划项目(2022AD30011)

作者单位: 314001 浙江省嘉兴,嘉兴市第二医院

通信作者: 李步卓, Email: lbz43000229@163.com

直肠癌特别是低位直肠癌,吻合口位置较低、盆腔空间小致手术操作困难,吻合口缺乏浆肌层保护、盆腔位置低导致积液及积血易引起细菌滋生感染,术前新辅助治疗导致水肿、愈合能力下降等,一系列因素使吻合口瘘发生率明显增加。为预防吻合口瘘,目前普遍应用预防性近端肠造口,且以末端回肠袢式造口为主。通常术后 3~6 个月行回肠造口回纳术,在手术回纳之前,携带造口袋常导致患者生活质量下降,二次手术造成患者较大的经济负担,此外回肠造口可能导致造口出血、坏死、造口旁疝、造口周围皮炎、废用性肠炎,甚至部分患者可能出现肾功能衰竭等并发症,并且可能造成患者后续化疗的延迟^[5]。

为避免或减少上述造口的缺点,目前出现了各种免回纳近端肠造口,主要为 3 大类:(1) 自闭式造口。在原有近端回肠或横结肠造口术的基础上,将脱出回肠或横结肠不切开,如不出现吻合口瘘,拆除支撑物后待外露肠管水肿消退后全部或部分回缩入腹腔,造口周围皮肤黏膜爬行生长并覆盖创面,从而避免再次手术回纳^[6-7]。但仍有部分患者可能出现造口旁疝等并发症,部分患者术后吻合口瘘需再次打开外置肠管,远期需再次回纳。对于周围皮肤黏膜能否完全覆盖生长、局部出血及远期切口疝、肠粘连等其他并发症目前缺乏足够的文献参考。(2) 经末端回肠或回盲部,予以导尿管及气管插管造口,待患者术后无明显吻合口瘘后拔出导尿管或气管插管,从而避免再次手术回纳。此类手术根据插管及造口部位不同有较多差异:常规为经末端回肠插入气管插管造口,因可能存在引流不畅,部分消化液进入远端回肠,有部分术者会将远端肠管闭合^[8];部分文献报道经阑尾切除后残端植入菌状头乳胶引流管造口^[9-10],但回盲部管径较粗,能否起到充分转流的相关报道不多。也有利用吻合环及避孕套等结肠旁路技术改良行回肠保护性造口术^[11-12]。但此类患者常出现造口出处疼痛明显,导管引流不畅,拔除插管后造口感染、延迟愈合等问题^[13]。(3) 结肠内旁路保护低位直肠癌吻合口。该技术目前应用较少,由 ValtracTM 吻合环和避孕套连接组成,再把该装置安装固定在距结肠断端 5~7 cm 上方的结肠内,当结直肠吻合完成后,把避孕套通过吻合口拖出肛门外从而达到粪便转流的作用^[14-15]。由于肛管敏感,避孕套经此引

出,患者不适感明显,避孕套连接引流装置后影响患者日间活动及夜间休息^[12]。吻合环降解时间为 2~3 周,对于吻合口瘘愈合时间较长患者仍不能起到有效保护作用,同时此类手术复杂,对术者要求较高,可降低吻合环费用高,推广范围较小。

目前直肠癌术后免回纳保护性造口主要为经末端回肠气管插管造口应用较多,其手术操作简单,费用低廉,术后对粪水转留效果较好,拔除后窦道大部分能较好愈合,但术后并发症尤其是拔除后造口感染、延迟愈合等情况仍不少见。笔者认为,末端回肠管径较细,予以插管后荷包缝合包埋效果往往不太理想,回肠黏膜较回盲部增生肥厚,肠管缝合处要求紧贴腹壁,窦道距离短,拔除插管后可能存在黏膜容易覆盖窦道引起经久不愈。由此,笔者利用回盲部直径较粗,切除阑尾后插管后可充分予以荷包缝合包埋,再予以隧道式包埋,最后由腹壁引出,因此拔除插管后窦道较长,同时回盲部黏膜较小肠无明显增生肥厚,拔除后肠黏膜不易翻出,导致窦道易愈合,从而减少窦道感染及延迟愈合。本组 16 例患者手术时间、术中出血量及术后恢复情况与常规回肠造口无明显差异,术后对肠道转流效果较好,术后均顺利拔除插管,未见明显窦道封闭不全,考虑与回盲部及回盲瓣的解剖结构有关,造口后能充分转流,更好地避免肠道黏膜覆盖窦道。

综上所述,在中低位直肠癌根治术保护性造口中选择经回盲部隧道式回肠插管造口具有操作简单、转流效果好、术后恢复较快及拔除简单的特点,能避免常规造口给患者带来的生理及心理痛苦,避免了再次手术回纳,并减轻患者经济负担。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] 文曰,印义琼,廖婧,等.直肠癌根治术后并发症的研究进展[J].医学综述,2021,27(2):293-297.
- [2] 吴红杰,邹小明.结直肠癌术后吻合口瘘的诊治及预防[J].中华结直肠疾病电子杂志,2016,5(2): 171-174.
- [3] 李雪.直肠癌新辅助治疗的研究进展[D].蚌埠:蚌埠医学院,2016.
- [4] 李坚,彭吒,何剪太.低位和超低位直肠癌保肛手术的现状 & 进展[J].中国内镜杂志,2018,24(4): 77-84.
- [5] 刘沂,祁薇,刘宝华.保护性回肠造口术在低位直肠癌保肛手术中应注意的问题[J].临床外科杂志,2020,28(2):187-190.
- [6] VAXMAN F, IONESCU C, VOLKMAR P, et al. The unopened colostomy: a procedure to protect colonic anastomosis[J]. Int J

- Colorectal Dis, 1993, 8(1): 48-50.
- [7] 王强,胡明超,顾建春,等.免回纳回肠造口在腹腔镜Dixon手术中应用的可行性研究[J].南通大学学报(医学版),2017,37(5):429-432.
- [8] 郭忠涛. 自闭性保护性回肠造口与传统袢式回肠造口在高危结直肠吻合手术中的应用效果比较[J].中国肛肠病杂志,2019,39(5): 9-11.
- [9] 高有义,曹农. 高危吻合口瘘低位直肠癌患者 TME 术中阑尾残端预防性造瘘的应用效果分析[J].中国医师杂志,2018,20(2): 293-295.
- [10] 汪祖来,黄顺荣,邓祯夺,等.自闭性保护性回肠造口在高危结直肠吻合手术中的临床研究[J].腹部外科,2018,31(4): 257-260,265.
- [11] 葛步军,黄琦,陈泉宁,等.无需还纳的保护性回肠造口技术的再优化[J].中华胃肠外科杂志,2013,16(10): 981-984.
- [12] 葛步军,黄琦,陈泉宁,等.低位直肠癌回肠造瘘新方法—无需还纳的一期保护性造口[J].中华外科杂志,2011,49(4): 369-370.
- [13] 徐明皓,汤东,王伟,等. 低位直肠癌保肛手术中回肠襻式造口与改良自闭式造口的对比研究[J].中华结直肠疾病电子杂志,2019,8(6): 588-595.
- [14] 冯石坚,陈贵伟,梁宏伟,等. 结肠内旁路保护低位直肠癌吻合口的手术技巧和疗效评估[J].临床医学工程,2019, 26(1): 51-52.
- [15] 叶锋. 结肠内旁路保护低位直肠癌吻合口的临床和动物实验研究[D].杭州:浙江大学,2016.

收稿日期:2023-10-08

(本文编辑:钟美春)

氯氮平治疗精神分裂症患者早期中性粒细胞变化轨迹与治疗应答的关系

宋籽良, 闵国庆, 吴云, 周必芬

【关键词】 精神分裂症; 氯氮平; 中性粒细胞; 临床疗效

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.03.026

【中图分类号】 R749.3 【文献标志码】 A 【文章编号】 1671-0800(2024)03-0372-04

精神分裂症是一种慢性精神障碍,既往临床实践发现,很多精神分裂症在接受充分的抗精神病药物治疗后,仍无法获得满意效果,进而发展成为难治性精神分裂症^[1]。氯氮平是难治性精神分裂的首选治疗药物,但仍有约 60% 的患者对氯氮平的治疗反应不佳^[2]。既往认为,氯氮平治疗期间会导致一系列不良反应,最严重的是粒细胞缺乏症^[3]。然而,氯氮平初次治疗后中性粒细胞(absolute neutrophil count, ANC)的短暂增高比降低更常见,在大多数研究中,中性粒细胞的激增通常发生在治疗 2~3 周后至 6 周内^[4-5]。Paribello 等^[6]研究发现,氯氮平治疗后 ANC 增高可能与吸烟有关。但也有研究认为 ANC 的早期升高与氯氮平治疗应答直接相关^[7]。本研究通过分析早期 ANC 变化轨迹与氯氮平应答的关系,以供临床参考借鉴,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 1 月至 2022 年 12 月

丽水市第二人民医院接受氯氮平治疗的难治性精神分裂症患者 305 例。纳入标准:(1)符合国际疾病分类第 10 次修订本中关于精神分裂症的诊断标准,使用≥2 种化学结构不同的抗精神病药物足疗程、足量治疗后病情仍未改善^[8];(2)初次使用氯氮平治疗且持续时间≥12 周;(3)有氯氮平治疗基线、治疗后 3 周及治疗后 1 个月的 ANC 监测数据;(4)治疗依从性好,能遵医嘱服药。排除标准:(1)酒精依赖;(2)合并恶性肿瘤、粒细胞缺乏症、急性感染、创伤、贫血及风湿性疾病等;(3)因各种原因中途停药者;(4)研究期间死亡或失访者;(5)氯氮平治疗后早期有使用导致 ANC 变化的药物。本研究获得浙江省丽水市第二人民医院医学伦理委员会批准,所有研究对象均同意参加本研究并签署书面知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 氯氮平用药方法 初始第 1 天 12.5 mg/d;此后以每天 25 mg 的增速两周内将剂量增加至 200 mg/d(每天分 3 次口服);然后每周增量 1~2 次,每次最多增量 100 mg。最大日剂量限制为 600 mg,100~200 mg/d 维持治疗,原则上采用氯氮平单药治疗。

1.2.2 氯氮平治疗应答判定 以 Blackman 等^[4]关于

作者单位: 323000 浙江省丽水,丽水市第二人民医院

通信作者: 宋籽良, Email: ziliang591606929@sina.com