

中国中医药出版社, 2017: 40.

[6] 刘莹. 中药熏蒸联合牵引治疗神经根型颈椎病护理体会[J]. 中国民间疗法, 2017, 25(1): 35-36.

[7] 纪少丰. 中药熏蒸配合三步推拿法治疗椎动脉型颈椎病临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2016, 32(4): 310-311.

[8] 李贞. 中药穴位熏蒸联合护理干预对神经根型颈椎病康复的临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(12): 262-264.

[9] 刘忠跃, 李念娇, 张莹莹. 龙氏手法联合针刺及中药颈椎熏蒸治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(8): 982-983.

[10] 辛欣. 中药穴位熏蒸结合认知行为疗法在神经根型颈椎病护理中的应用价值[J]. 中国老年保健医学, 2019, 17(5): 135-137.

[11] 楼晨, 邹艳. 麦粒灸联合项八针治疗神经根型颈椎病效果观察[J]. 中国乡村医药, 2020, 27(23): 19-20.

[12] 李菁, 马文, 沈卫东. “项八针”治疗神经根型颈椎病的正交优选方案研究[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(12): 908-910.

[13] 冯昱. “项八针”联合改良关节松动术对神经根型颈椎病

患者颈项痛及生活质量的影响[J]. 颈腰痛杂志, 2020, 41(4): 490-492.

[14] 樊文朝, 沈卫东. 沈氏“项八针”从阳论治颈椎病理论浅析[J]. 陕西中医, 2019, 40(2): 253-256.

[15] 黄霞, 粟胜勇, 黄小珍, 等. “调气”电针远端腧穴对神经根型颈椎病大鼠 PGE₂ 含量、COX-2 蛋白及其 mRNA 表达的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(6): 1293-1296.

[16] 史红美, 徐银琴, 王光义. 穴位埋线疗法对颈型颈椎病兔痛阈及椎间盘髓核组织 TNF- α 、PGE₂ 浓度的影响[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(6): 1526-1528.

[17] 刘少鸿, 袁小霞. 辨证推拿治疗椎动脉型颈椎病效果及对血清 NSE、血浆 NPY 水平的影响[J]. 四川中医, 2019, 37(2): 193-195.

[18] 赵丰, 屈玉疆, 李勇涛, 等. 腹部推拿六法配合腹针治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[J]. 中国中医急症, 2018, 27(1): 24-26.

(收稿日期: 2022-08-27 修回日期: 2022-12-16)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 08. 031

免预防造口装置在低位直肠癌保肛手术中的应用研究*

万振达, 曾文革, 刘 飞, 徐建华, 邓友平, 张 勇, 万仁海, 尚龙华, 万雅洁
江西省中西医结合医院胃肠外科, 江西南昌 330003

摘要:目的 探讨免预防造口装置在低位直肠癌保肛手术中的应用效果。方法 选取 2020 年 2 月至 2022 年 3 月该院收治的 100 例低位直肠癌患者作为研究对象, 采用双盲法分为对照组和试验组, 每组各 50 例。对照组患者采用回肠双腔预防性造口, 试验组患者采用免预防造口装置。比较两组患者吻合口漏发生情况及严重程度, 以及围术期相关指标水平。结果 试验组患者吻合口漏总发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 试验组和对照组患者吻合口漏严重程度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 试验组患者手术时间、术后排气时间、住院时间均短于对照组, 术中出血量、治疗费用均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 低位直肠癌保肛手术患者应用免预防造口装置可减少吻合口漏发生率, 并且可以缩短手术时间, 减少治疗费用, 促进患者康复。

关键词: 低位直肠癌; 保肛手术; 免预防造口装置; 吻合口漏

中图法分类号: R735.37

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)08-1154-03

低位直肠癌作为临床常见的恶性肿瘤, 病因涉及直肠慢性炎症反应、不良饮食习惯等多方面, 有学者指出, 该病占直肠癌的 65%~75%, 且发病率呈升高趋势^[1-2]。目前, 低位直肠癌的治疗主要以手术为主, 常规手术是经腹会阴联合直肠癌根治术, 该术式虽有较好的治疗效果, 但患者术后需进行永久性造口, 影响其生活质量^[3]。随着医疗技术的提升, 腹腔镜低位直肠癌保肛手术在临床广泛应用, 其术中应用吻合器, 可使患者获得保肛, 但若术中吻合口张力过大, 可能会引发术后吻合口漏, 影响患者预后^[4]。有研究发现, 保肛手术后进行预防性肠造口可在一定程度上预防吻合口漏的发生, 但其仍需进行二次还纳腹腔, 增

加了患者的身心负担^[5]。免预防造口装置是一种新型装置, 其置入回肠腔内有利于集中排除粪性肠液, 保持远端肠道清洁环境, 从而有利于吻合口愈合, 降低相关并发症发生率^[6]。鉴于此, 本研究旨在探讨免预防造口装置在低位直肠癌保肛手术中的应用效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 2 月至 2022 年 3 月本院收治的 100 例低位直肠癌患者作为研究对象, 采用双盲法分为对照组和试验组, 每组各 50 例。两组患者性别、年龄、体质量指数、直肠癌 dukes 分期等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比

* 基金项目: 南昌市科技支撑计划项目[洪科学(2021)129号-8]。

性。见表 1。纳入标准:(1)低位直肠癌符合《中国结直肠癌诊疗规范(2017 年版)》^[7]中的诊断标准;(2)肿瘤下边缘距肛门≤5 cm;(3)具有腹腔镜低位直肠癌保肛手术治疗指征;(4)术前评估能够完全切除肿瘤组织;(5)精神、认知正常;(6)可耐受手术。排除标准:(1)合并脑梗死、心肌梗死等严重心脑血管疾病;

(2)拒绝预防性造口;(3)术前接受相关放化疗治疗;(4)合并其他恶性肿瘤;(5)急诊手术;(6)已行其他预防性造口术;(7)既往有腹部手术史;(8)肿瘤远处转移。所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。本研究经本院伦理委员会审核批准。

表 1 两组患者一般资料比较[n(%)或 $\bar{x} \pm s$]

组别	n	性别		年龄(岁)	体质量指数(kg/m ²)	直肠癌 dukes 分期		
		男	女			I 期	II 期	III 期
试验组	50	29(58.00)	21(42.00)	58.46±4.25	20.84±1.20	14(28.00)	26(52.00)	10(20.00)
对照组	50	31(62.00)	19(38.00)	59.05±4.37	20.66±1.35	15(30.00)	25(50.00)	10(20.00)
χ^2/t		0.167		0.684	0.705	0.054		
P		0.683		0.495	0.483	0.973		

1.2 方法 两组患者均行腹腔镜低位直肠癌保肛手术,术中选用全身麻醉,患者取截石位,常规消毒手术部位、铺巾后行常规 5 孔穿刺法,并依据全直肠系膜切除原则实施手术。对照组患者术毕采用回肠双腔预防性造口,在右下腹部麦氏点做一圆形切口,直径 2~4 cm,将距离回盲部 15~20 cm 的回肠末端拖到腹腔外,然后在回肠系膜处放置支撑棒,沿肠管方向切开回肠系膜边缘,并将其外翻与皮肤相缝合,覆盖造口袋;术后 3 个月再进行造口还纳手术。试验组患者术毕采用免预防造口装置,在距离回盲部约 30 cm 的回肠行逆穿刺,然后将免预防造口装置置于回肠肠腔内,注入气体控制气压打开装置,然后将其固定在右下腹腹膜位置引出体外,连接集便袋,术后 12 d 左右观察吻合口愈合情况,愈合良好抽吸装置内气体,解除封堵功能,观察患者排便、排气功能正常后去除装置。

1.3 评价指标 (1)吻合口漏:记录两组患者术后吻合口漏发生情况,并判定吻合口漏的严重程度^[8]。轻度:仅有影像学表现,无明显临床体征,不需要干预;中度:需行内科保守干预;重度:需行再次手术干预。(2)围术期相关指标:记录两组患者手术时间、术中出血量、术后排气时间、住院时间及治疗费用。

1.4 统计学处理 采用 SPSS23.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 *t* 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者吻合口漏发生情况与严重程度比较 试验组患者吻合口漏总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者吻合口漏严重程度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

2.2 两组患者围术期相关指标水平比较 试验组患者手术时间、术后排气时间、住院时间均短于对照组,术中出血量、治疗费用均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组患者吻合口漏发生情况与严重程度比较[n(%)]

组别	n	轻度	中度	重度	合计
试验组	50	2(4.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(4.00)
对照组	50	5(10.00)	2(4.00)	1(2.00)	8(16.00)
Z/ χ^2		0.968			4.000
P		0.331			0.046

表 3 两组患者围术期相关指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后排气时间(d)	住院时间(d)	治疗费用(千元)
试验组	50	146.28±23.55	41.24±15.64	1.03±0.85	7.54±2.95	6.33±1.24
对照组	50	165.25±26.35	48.52±17.54	1.98±0.92	15.42±2.51	8.54±1.62
<i>t</i>		3.796	2.191	5.363	14.386	7.660
P		<0.001	0.031	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

腹腔镜直肠癌根治保肛手术作为低位直肠癌的常用术式,其不仅创伤较小,有利于患者快速康复,还

可保肛,提高患者生活质量^[9]。但腹腔镜直肠癌根治保肛术中吻合口位置较低,可能会导致吻合口张力较大,加之术中吻合口血液循环不佳、吻合不完全等可

能会导致术后吻合口漏,引发盆腔和腹腔感染,影响患者预后^[10]。有调查显示,低位直肠癌保肛术后吻合口漏发生率为 3%~23%^[11]。如何预防低位直肠癌保肛术后吻合口漏仍是临床急需解决的关键问题。

近年来有研究发现,直肠癌保肛术后先行预防性造口有利于粪便转流,促使患者胃肠功能恢复,并且可避免肠道菌群异位,加速吻合口愈合^[12]。有研究表明,应用预防造口可缓解肠腔压力,保持吻合口清洁,并且可预防感染,从而对吻合口具有良好的保护作用^[13]。回肠双腔预防性造口作为常用预防性造口,其虽可在一定程度上保护吻合口,但术后 2~3 个月仍需进行二次还纳手术,增加患者身心及经济负担,且二次手术也会增加吻合口漏的风险^[14]。有学者认为,行回肠双腔预防性造口不仅无法减少吻合口漏的发生,而且还可能会引发造口出血、造口脱垂等相关并发症,并且由于长期截断,直肠、末端结肠无粪性肠液刺激可能会出现吻合口狭窄,导致造口还纳延迟,严重者还需终生造口,应用存有局限^[15]。免预防造口装置是一种暂时性置入回肠内引流集便装置,其置入回肠腔内可阻断远端回肠,避免粪性肠液流入大肠,从而保护吻合口,预防并发症的发生^[16]。本研究结果显示,试验组患者吻合口漏总发生率低于对照组,且吻合口漏严重程度较对照组略轻,说明低位直肠癌保肛手术患者应用免预防造口装置可减少吻合口漏的发生,并且在一定程度上可减轻吻合口漏的严重程度。分析原因在于免预防造口装置应用后可将远端回肠内的粪性肠液引出体外集便装置,保持大肠远端清洁,从而有利于吻合口愈合,减少吻合口漏发生;同时,若吻合肠管条件较差,该装置也可阻断粪液,减轻吻合口刺激,从而有利于吻合口修复,减轻吻合口漏的严重程度。本研究还发现,试验组患者手术时间、术后排气时间、住院时间均短于对照组,治疗费用和术中出血量均低于对照组,说明低位直肠癌保肛手术患者应用免预防造口装置可减少手术时间,降低治疗费用,缩短患者康复进程。分析原因在于相对于术后预防造口操作,免预防造口装置直接置入回肠肠腔,手术步骤较少,从而可缩短手术时间,并且不需要造口操作,可减少手术切口,降低出血量,同时,患者术后可肠内营养,不需要禁食,从而有利于胃肠功能及机体康复。此外,装置应用 12 d 左右观察无吻合口漏发生即可去除,不需要进行二次手术,从而可减轻患者身心及经济负担,降低医疗费用,并且可缩短住院时间。但本研究并未将免预防造口装置与其他同装置进行比较,且未观察远期疗效,研究结果存有局限,未来仍需进一步研究探讨。

综上所述,低位直肠癌保肛手术患者应用免预防造口装置可减少吻合口漏发生率,并且可以缩短手术

时间,减少治疗费用,促进患者康复。

参考文献

- [1] 林艳苹,龙庭凤,周永春,等. 2005—2014 年云南省肿瘤医院结直肠癌临床流行病学特征变化趋势分析[J]. 中国肿瘤,2020,29(7):497-502.
- [2] 张伟,唐文慧,赵磊. 腹腔镜经括约肌间切除术对低位直肠癌患者肛门功能及预后的影响[J]. 癌症进展,2020,18(5):489-492.
- [3] 齐晟,何智勇,李承阐,等. 经肛门结肠直肠套入式吻合对腹腔镜低位直肠癌保肛术患者肠道功能的影响分析[J]. 结直肠肛门外科,2019,25(1):65-69.
- [4] 陈竟文,常文举,张之远,等. 机器人中低位直肠癌保肛术后吻合口漏发生的影响因素分析[J]. 中华胃肠外科杂志,2020,23(4):357-363.
- [5] 朱汉建,汤东,王道荣. 预防性造口在低位直肠癌保肛术中的应用进展[J]. 国际外科学杂志,2019,46(8):563-566.
- [6] 黄仁力,邹兆伟,俞金龙. 预防结肠造口术后造口旁疝的研究进展[J]. 腹部外科,2019,32(4):308-312.
- [7] 中华人民共和国卫生和计划生育委员会医政医管局,中华医学会肿瘤学分会. 中国结直肠癌诊疗规范(2017 年版)[J]. 中华外科杂志,2018,56(4):241-258.
- [8] 张义,汪校,加固“狗耳朵区”降低腹腔镜直肠癌 TME 术后吻合口漏发生率的效果研究[J]. 结直肠肛门外科,2018,24(6):545-548.
- [9] 罗衡桂,唐彬,毛岳峰,等. 腹腔镜辅助经肛全直肠系膜切除术联合改良 Bacon 术在低位直肠癌保肛手术中的应用[J]. 中国普通外科杂志,2020,29(12):1494-1502.
- [10] 何建军,王新,王银春,等. 腹腔镜直肠癌保肛手术术后吻合口漏与钉仓数量关系的研究[J]. 医学研究杂志,2019,48(3):96-99.
- [11] 郭贞. 微创腹腔镜低位直肠癌保肛术后导致吻合口瘘的原因分析与预防措施[J]. 实用癌症杂志,2019,34(4):661-664.
- [12] 骆洋,俞旻皓,樊钊强,等. 结直肠外科专业化程度对腹腔镜低位直肠癌手术预防性造口的影响[J]. 腹腔镜外科杂志,2021,26(2):112-116.
- [13] 屈景辉,贺佳蓓,张琦,等. 腹腔镜经括约肌间切除联合回肠预防性造口治疗超低位直肠癌的疗效观察[J]. 中国肿瘤临床,2019,46(3):122-125.
- [14] 冯阳阳. 改良自闭式造口在低位直肠癌保肛术中的应用效果[J]. 中国肛肠病杂志,2021,41(8):4-6.
- [15] 王道荣,徐明皓,汤东,等. 改良式回肠末端自闭式造口术在腹腔镜低位直肠癌保肛术中的应用价值[J]. 中华消化外科杂志,2018,17(2):188-193.
- [16] 吴向欣,崔滨滨. 留置肛管与保护性造口预防直肠癌术后吻合口瘘的现状与进展[J]. 现代肿瘤医学,2019,27(11):2021-2024.