

溃疡性结肠炎的外科治疗

卢列盛, 丁卫星

卢列盛, 丁卫星, 同济大学附属第十人民医院胃肠外科 上海市 200072

作者贡献分布: 本文由卢列盛与丁卫星共同撰写。

通讯作者: 丁卫星, 教授, 200072, 上海市延长中路301号, 同济大学附属第十人民医院胃肠外科. dwxing@medmail.com.cn

电话: 021-66307379 传真: 021-66307379

收稿日期: 2010-03-11 修回日期: 2010-08-10

接受日期: 2010-10-17 在线出版日期: 2010-10-18

Surgical treatment of ulcerative colitis

Lie-Sheng Lu, Wei-Xing Ding

Lie-Sheng Lu, Wei-Xing Ding, Department of Gastrointestinal Surgery, the 10th People's Hospital of Tongji University, Shanghai 200072, China

Correspondence to: Professor Wei-Xing Ding, Department of Gastrointestinal Surgery, the 10th People's Hospital of Tongji University, 301 Middle Yanchang Road, Shanghai 200072, China. dwxing@medmail.com.cn

Received: 2010-03-11 Revised: 2010-08-10

Accepted: 2010-10-17 Published online: 2010-10-18

Abstract

Ulcerative colitis (UC) is an inflammatory disease of the colon. Medicinal treatment is the standard therapy for UC. However, almost 20%-30% of UC patients fail to respond to medicinal treatment and need to receive surgical treatment. Nowadays, the extensive use of laparoscopic surgery and double stapling technique has greatly decreased the incidence of trauma and complications associated with surgical treatment of UC. Surgical treatment of UC has attracted more and more attention of clinicians.

Key Words: Ulcerative colitis; Surgical treatment; Laparoscopic surgery

Lu LS, Ding WX. Surgical treatment of ulcerative colitis. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(29): 3125-3128

摘要

溃疡性结肠炎是以内科治疗为主的疾病,但是对于20%-30%内科治疗失败的患者,外科手术仍然是较好的选择。近年来随着腹腔镜微创外科和双吻合技术的成熟,使得外科手术的创伤及并发症大大降低,溃疡性结肠炎的外科

治疗越来越受到临床医生的重视。

关键词: 溃疡性结肠炎; 外科治疗; 腹腔镜手术

卢列盛, 丁卫星. 溃疡性结肠炎的外科治疗. *世界华人消化杂志* 2010; 18(29): 3125-3128

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/3125.asp>

0 引言

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)^[1]是一种以下腹部隐痛不适、大便次数增多伴黏液便、血便为主要临床表现的一种结直肠黏膜的弥漫炎症性疾病,发病高峰为青壮年,男性略多于女性,男女比为1:0.8。有关该病的外科治疗,2005年美国的结直肠外科医师协会已经制定了一个基于循证医学的详细的指南^[2],我们在这一指南的基础上,结合自身的临床经验和体会,在此就UC的外科治疗作一总结。

1 外科手术指征

1.1 急诊手术适应症

1.1.1 重症急性UC: 研究表明5%-15%的UC患者可发生重症急性UC^[3]。重症急性UC包括中毒性巨结肠等,其中20%-30%的中毒性巨结肠患者需要手术治疗。

1.1.2 穿孔或怀疑穿孔: 中毒性巨结肠UC患者发生穿孔死亡率很高(27%-57%)^[4],并且死亡率与炎症局限或扩散无关,而与穿孔至手术的间隔时间及手术时间长短有关。穿孔前手术者的预后明显比穿孔后手术者好。临床的难题是很少有明显的征象提示中毒性巨结肠患者即将发生急性穿孔。有些患者发生穿孔时结肠并不扩张,而且这些患者常无典型的腹膜炎体征^[5]。我们亦认为持续进行性的结肠扩张和积气,局限性腹膜炎的加重,出现多脏器功能衰竭,是即将穿孔或已穿孔的征象。局限性腹膜炎仅反映局部炎症,但也可能是即将穿孔的征象。因此,对于中毒性巨结肠的手术指征掌握较难,需要一定的临床经验及对病情的严密观察。在麻醉护理等各方面条件较好的医院,出现较难判断的情况

■背景资料

溃疡性结肠炎是炎性肠病的一种。近年来其发病率有逐年上升的趋势,根据国内文献报道,近5年的病例数是20世纪90年代同期的近8倍。虽然溃疡性结肠炎是以内科治疗为主,但是对于一部分内科治疗失败的患者,外科治疗仍然是较好的选择,特别是随着腹腔镜技术的发展和成熟,目前微创外科手术的创伤及并发症的发生率均大大地降低,使得溃疡性结肠炎的外科治疗越来越受到外科医生的重视。

■同行评议者

杨柏霖, 副主任医师, 南京中医药大学附属医院结直肠外科

■相关报道

Sjoerdsma等比较了结肠开放手术和腹腔镜手术, 结果发现腹腔镜手术和开放手术相比有较大的优势, 在良性疾病的治疗上尤为明显。

可以选择积极手术。

1.1.3 大出血是急诊手术的绝对指征: UC合并有出血, 如经内科保守治疗不能止血或者出血量大的患者是急诊手术的绝对指征。

1.2 药物治疗时病情恶化或药物治疗无效的UC UC患者在药物治疗期间病情继续恶化, 或经过初期的稳定后无好转, 提示药物治疗无效。对于这一类患者可考虑行手术治疗。我们认为持续的结肠扩张是对药物治疗不敏感的特征性改变, 患者发生中毒性巨结肠的危险增加。同时, 延长这些患者的观察时间会因患者的体质下降而失去最佳的手术时机^[6]。

药物治疗失败包括: (1)尽管使用了积极的药物治疗方案, 但是患者症状仍无法控制, 不能达到可接受的生活质量; (2)长期药物治疗, 特别是使用皮质激素, 患者无法耐受药物的毒副作用; (3)药物治疗依从性差。指南认为结肠切除后UC患者的生活质量可提高, 对于难治性UC的儿童患者, 即使给予积极的营养支持和药物治疗, 当发生生长发育障碍时仍需要考虑手术治疗^[7]。郑方阁等^[8]对内科治疗无效的18例UC患者, 采取结肠直肠切除术, 术后追踪1年, 疗效满意。其中16例患者术后懊悔没有及早接受手术, 忍受了多年的痛苦。我们认为, 目前随着腹腔镜微创外科技术的进步, 手术的创伤明显减轻, 适当放宽手术指征能给患者带来好处。

1.3 怀疑或证实癌变 目前已证实长期的UC患者发生结直肠癌的风险升高, 但是风险大小很难评估^[9]。虽然缺乏明确的证据, 但是通过结肠镜随访检查, 可在肿瘤的早期阶段即被发现, 因而这些患者预后较好。指南中建议结肠脾曲近侧、病变广泛的UC患者在疾病症状出现8年后, 每1-2年行结肠镜筛查。左侧结肠(脾曲至直肠)病变患者, 建议在疾病症状出现15年后也应行相同的监测。特别注意任何狭窄或隆起型病灶的活检, 以免遗漏任何可疑的假性息肉。潜在的异型增生息肉可行息肉切除^[10], 相邻的平整黏膜也应活检以排除异型增生。通过结肠镜检查、组织活检和传统的组织病理学评估异型增生, 仍然是辨别UC发生结肠癌高危风险的“金标准”^[11]。

1.4 出现结肠狭窄或梗阻 研究表明大约5%-10%的UC患者可发生结肠狭窄, 其中高达25%的为恶性病变致狭窄, 其余的狭窄多为良性病变所致。大部分的结肠狭窄合并肠梗阻, 这是UC患者出现梗阻的绝对手术指征^[12]。

2 手术方式的选择和评价

2.1 急诊手术方式选择 UC最恰当的急诊手术方式是全结肠或结肠次全切除及回肠末端造瘘术。急诊处理的术式选择应以最可靠和风险最小的方式尽快恢复患者的健康, 同时还要考虑到患者手术恢复后的肠道重建。结肠次全切除和末端回肠造口术以及远端结肠闭合的Hartmann手术等都是安全有效的术式。与腹膜内的直肠残端闭合比较, 通过腹膜外隧道将直肠和乙状结肠残端放置于腹膜外隧道中, 较少引起盆腔的感染, 也使二期手术的盆腔解剖更加容易。另外, 经肛门置管引流直肠残端, 可大大降低盆腔感染的发生^[13]。

在处理中毒性巨结肠的UC患者中, 虽然回肠造口加结肠腹壁造口减压可使手术简化、缩短手术时间。但我们的体会是要将扩张很薄的结肠壁分层缝到腹壁上造口是件困难的事, 而行全结肠切除保留直肠的手术并不会增加病死率^[14], 术中还应防止结肠穿孔而污染腹腔。据报道中毒性巨结肠急诊手术死亡率一般为8.1%, 其中全结肠切除为6.1%, 全结肠和直肠切除为14.7%^[14]。这表明在急诊情况下, 手术应相对保守并且最好保留直肠, 等二期手术时再行直肠切除、回肠肛管吻合术。在急诊情况下, 患者一般情况较差, 不建议行腹腔镜手术。

2.2 择期手术方式选择

2.2.1 全结直肠切除、回肠造口术: 全结直肠切除、回肠造口术是UC患者的传统手术方式。虽然在过去的20年里, 结直肠切除加回肠贮袋肛管吻合术有上升普及的趋势, 但全结直肠切除、回肠造口术仍然被认为是那些不能行贮袋肛管吻合的全结直肠切除手术患者的首选术式^[15], 但是这类患者造瘘口相关的并发症发生率较高, 如造口脱垂、造口旁疝等, 而其他并发症与任何腹部和盆腔手术相当, 包括小肠梗阻, 感染, 瘘, 持续性疼痛, 会阴创口不愈合, 性功能和膀胱功能障碍, 不孕等。

UC患者多较年轻, 造口对其的心理影响不能忽视。一项国外的研究显示^[16], 美国的年轻患者更倾向于行直接吻合的手术。因此, 我们认为在患者选择手术方式时要充分考虑到患者对于造口的心理承受能力, 在手术风险和生活质量之间权衡利弊, 选出最佳的治疗方案。

2.2.2 全结直肠切除、回肠贮袋肛管吻合术: 全结直肠切除、回肠贮袋肛管吻合术(ileal pouch-anal anastomosis, IPAA)目前已成为UC患者

最常用的手术方式^[17]. 该术式相对安全, 具有可接受的并发症发生率(19%-27%), 死亡率低(0.2%-0.4%), 生活质量接近正常人群. 手术风险主要来自解剖盆腔, 如性功能障碍、不孕和贮袋特有并发症如贮袋炎^[18]. 目前认为IPAA用于治疗无远处转移的结肠癌变和上段直肠癌变仍有争论^[19], 一种保守的处理方法是先行全结肠切除(直肠远端封闭)、回肠造口术, 观察12 mo以上, 确定无复发或进展后再行贮袋和肛管吻合手术. 对于肿瘤已有转移的患者, 我们建议施行节段性结肠切除或全结肠切除术, 以使他們能更早出院, 尽量减少并发症, 提高生活质量. 直肠中下段癌患者如果强烈要求行IPAA术, 可在术前行辅助放射治疗. 术后放射治疗会导致贮袋失败率升高, 并且常出现放射性小肠炎、贮袋功能差等^[9].

目前双吻合技术的成熟和普及, 使IPAA术式的适用范围明显扩大. 双吻合技术潜在的优点是在于避免了黏膜切除和会阴部的手术更加容易操作. 我们认为采用双吻合技术, 吻合口张力较小, 血供良好, 有可能改善肠道功能, 并可使括约肌的损伤程度减到最小, 过渡区丰富的感觉神经末梢得以保留. 但是, 局部短期的炎症和吻合区域可能残存的癌变仍需要关注. 关于贮袋形状的选择基于各手术者的习惯.

2.2.3 全结肠切除、回肠直肠吻合术: 全结肠切除、回肠直肠吻合术需要有正常的直肠来做安全的吻合. 严重的直肠炎症、黏膜异型增生或癌变、直肠顺应性下降或原本肛门括约肌功能不良者是禁忌证. 与IPAA相比, 全结肠切除回肠直肠吻合术的优点是手术相对简单, 缺点是担心以后直肠癌变. 研究表明^[9], 虽然癌变发生率(长期随访0%-6%), 当向患者解释和选择术式时, 需要考虑残余直肠癌变的可能. 因此, 全结肠切除回肠直肠吻合术后的患者一定要愿意接受每年的内镜检查. 另外, 回肠直肠吻合的另一大问题是手术后大便次数多. 我们认为要恢复比较理想的肠道功能需要大约1年左右的时间, 患者应有承受大便次数多、甚至大便失禁的思想准备. 对于一般情况差的体弱患者、或长期使用免疫抑制剂者, 为减少并发症, 建议分期手术或行预防性造口.

近年来随着微创技术的不断进步, 腹腔镜下行全结肠或次全结肠切除已经比较成熟. Sjoerdsma等^[20]比较了结肠开放手术和腹腔镜手术, 结果发现腹腔镜手术和开放手术相比有较大的优势,

在良性疾病的治疗上尤为明显. 丁卫星等认为和开腹手术相比, 腹腔镜全结肠切除术具有腹壁切口小、创伤小、疼痛轻、住院时间短和恢复快等优点, 在腹腔镜操作技术成熟后, 这一手术是安全、有效的, 并有助于降低术后粘连性肠梗阻和切口并发症的发生率^[21,22]. 我们从事腹腔镜胃肠手术10年, 在腹腔镜全结肠切除及腹腔镜结直肠手术方面积累了一定的经验. UC患者在分离结肠时应尽量靠近肠壁血管边缘弓处, 用超声刀可以直接切割止血, 遇到较大的血管分支可上血管夹或钛夹处理.

3 术后并发症

UC患者术后最常见的早期并发症是继发感染(吻合口瘘和造口坏死所致)和肠梗阻. 粘连性肠梗阻在开腹全结肠切除术后发生率达17%, 总的再手术率为12%^[23], 可能与手术范围大、疾病本身等因素有关. 腹腔镜全结肠切除术后并发症的发生率尚无确切资料. 腹泻和肛门失禁的发生率约20%^[24,25], 发生原因包括全结肠切除导致吸收面积显著减少、切除回盲瓣失去其控制肠内容物进入结直肠的作用等. 术后近期患者均有不同程度大便次数增多, 排稀便每天数次至20余次, 有时夜间不能自控, 可口服洛哌丁胺(易蒙停).

4 结论

UC的外科治疗是以安全有效为前提, 选择的手术方式最好能保证患者术后良好的生活质量.

5 参考文献

- 1 Hanauer SB. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 1996; 334: 841-848
- 2 梁毅超, 卿三华. 溃疡性结肠炎的外科治疗指南. 世界华人消化杂志 2006; 14: 2130-2131
- 3 Katz JA. Medical and surgical management of severe colitis. *Semin Gastrointest Dis* 2000; 11: 18-32
- 4 Heppell J, Farkouh E, Dubé S, Péloquin A, Morgan S, Bernard D. Toxic megacolon. An analysis of 70 cases. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 789-792
- 5 Present DH. Toxic megacolon. *Med Clin North Am* 1993; 77: 1129-1148
- 6 Shibolet O, Regushevskaya E, Brezis M, Soares-Weiser K. Cyclosporine A for induction of remission in severe ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD004277
- 7 Latella G, Vernia P, Viscido A, Frieri G, Cadau G, Cocco A, Cossu A, Tomei E, Caprilli R. GI distension in severe ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1169-1175
- 8 郑方阁, 何爱琴, 朱小红. 溃疡性结肠炎的外科治疗. 实用诊断与治疗杂志 2005; 19: 304-307
- 9 Cohen JL, Strong SA, Hyman NH, Buie WD, Dunn GD, Ko CY, Fleshner PR, Stahl TJ, Kim DG,

■同行评价

本文选题恰当, 内容重要, 有一定的临床实用价值.

- Bastawrous AL, Perry WB, Cataldo PA, Rafferty JF, Ellis CN, Rakinic J, Gregorcyk S, Shellito PC, Kilkenny JW 3rd, Ternent CA, Koltun W, Tjandra JJ, Orsay CP, Whiteford MH, Penzer JR. Practice parameters for the surgical treatment of ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1997-2009
- 10 Rutter MD, Saunders BP, Schofield G, Forbes A, Price AB, Talbot IC. Pancolonic indigo carmine dye spraying for the detection of dysplasia in ulcerative colitis. *Gut* 2004; 53: 256-260
- 11 Sada M, Igarashi M, Yoshizawa S, Kobayashi K, Katsumata T, Saigenji K, Otani Y, Okayasu I, Mitomi H. Dye spraying and magnifying endoscopy for dysplasia and cancer surveillance in ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1816-1823
- 12 Gumaste V, Sachar DB, Greenstein AJ. Benign and malignant colorectal strictures in ulcerative colitis. *Gut* 1992; 33: 938-941
- 13 Hyman NH, Cataldo P, Osler T. Urgent subtotal colectomy for severe inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 70-73
- 14 孟荣贵, 张卫. 溃疡性结肠炎外科治疗的术式选择与评价. *中国实用外科杂志* 2001; 21: 750-753
- 15 高枫. 溃疡性结肠炎的外科治疗进展. *中国现代手术学杂志* 2006; 10: 87-91
- 16 Gooding IR, Springall R, Talbot IC, Silk DB. Idiopathic small-intestinal inflammation after colectomy for ulcerative colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6: 707-709
- 17 Muir AJ, Edwards LJ, Sanders LL, Bollinger RR, Koruda MJ, Bachwich DR, Provenzale D. A prospective evaluation of health-related quality of life after ileal pouch anal anastomosis for ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1480-1485
- 18 Carmon E, Keidar A, Ravid A, Goldman G, Rabau M. The correlation between quality of life and functional outcome in ulcerative colitis patients after proctocolectomy ileal pouch anal anastomosis. *Colorectal Dis* 2003; 5: 228-232
- 19 Gorfine SR, Harris MT, Bub DS, Bauer JJ. Restorative proctocolectomy for ulcerative colitis complicated by colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1377-1385
- 20 Sjoerdsma W, Meijer DW, Jansen A, den Boer KT, Grimbergen CA. Comparison of efficiencies of three techniques for colon surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2000; 10: 47-53
- 21 张连阳. 腹腔镜全结肠切除术的临床应用. *中国微创外科杂志* 2005; 5: 515-518
- 22 丁卫星, 程龙庆, 杨平. 腹腔镜下全结肠切除治疗多原发结肠癌3例. *腹腔镜外科杂志* 2005; 10: 81-83
- 23 Nylund G, Oresland T, Fasth S, Nordgren S. Long-term outcome after colectomy in severe idiopathic constipation. *Colorectal Dis* 2001; 3: 253-258
- 24 Lim JF, Ho YH. Total colectomy with ileorectal anastomosis leads to appreciable loss in quality of life irrespective of primary diagnosis. *Tech Coloproctol* 2001; 5: 79-83
- 25 FitzHarris GP, Garcia-Aguilar J, Parker SC, Bullard KM, Madoff RD, Goldberg SM, Lowry A. Quality of life after subtotal colectomy for slow-transit constipation: both quality and quantity count. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 433-440

编辑 曹丽鸥 电编 何基才

ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) CN 14-1260/R 2010年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

汤姆森-路透公布 2009 年 *WJG* 影响因子 2.092

本刊讯 根据2010-06-18汤姆森-路透发布的2009年度期刊引证报告, *World Journal of Gastroenterology*(*WJG*)(中文刊名《世界胃肠病学杂志》)影响因子为2.092, 论文总被引次数12 740次, 特征因子0.05832, 分别位于65种国际胃肠肝病学期刊的第33位, 8位和5位。

与2008年的影响因子(2.081), 总被引次数(10 822次), 特征因子(0.05006)相比, *WJG*在2009年国际胃肠肝病学期刊中的排名分别增加了7个百分点, 4个百分点和3个百分点。(*WJG*编辑部主任: 程剑侠 2010-06-18)