文章编号:1000-5404(2014)07-0725-03

短篇论著

腹膜外途径结肠造口在Miles术中的应用

王青兵,肖建安,王雁军,张 勇 (455000 河南 安阳,河南科技大学第四附属医院安阳肿瘤医院外四科)

[摘要] **目的** 探讨Mlies术中腹膜外途径结肠造口的临床意义。**方法** 回顾性分析经腹膜外和经腹腔结肠造口的210例行Mlies手术患者的临床资料。腹膜外组107例,男性68例,女性39例;包括腺癌98例,腺鳞癌2例,肛管鳞癌7例。腹腔组103例,男性60例,女性43例;包括腺癌91例,腺鳞癌3例,肛管鳞癌9例。比较2组术后近期及远期造口并发症发生情况。**结果** 腹膜外组比腹腔组造口旁疝(3 *vs* 19,$\chi^2=13.634$,$P<0.01$)及造口脱垂(0 *vs* 5,$P=0.027$)发生率低,术后近期并发症、造口狭窄和造口回缩等发生率及术后首次排气、排便时间之间的差异均无统计学意义。**结论** 经腹膜外结肠造口方法简单,可明显降低造口旁疝及造口脱垂的发生率,临床值得推广。

[关键词] Miles手术;造口并发症;腹膜外途径
[中图法分类号] R615; R656.4 [文献标志码] A

结直肠癌的发病率近几年呈逐年上升趋势,而临床上中低位直肠癌约占直肠恶性肿瘤的75%。由于双吻合器及腹腔镜技术在直肠癌根治术中的应用,低位直肠癌的保肛率明显提高,但仍有较多的患者需行结肠永久性造口的Miles术,而造口并发症会给患者的生活带来极大的不便,尤其对于长期生存的患者,其中相当一部分因为造口并发症不得不再次行手术治疗。造口并发症以造口旁疝及造口肠管脱垂最为常见。研究表明经腹膜外结肠造口可减少相关并发症的发生率[1]。我们回顾性分析2种结肠造口方式术后的并发症发生情况,探讨腹膜外结肠造口在临床中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析2006年3月至2010年3月经病理确诊为直肠癌(194例)或肛管癌(16例)后接受Miles手术的患者临床资料,纳入病例均经病理学确诊且符合手术适应证,其中急诊手术造瘘、直肠癌术后复发或继发病例均排除。纳入患者均经过术前充分沟通并签署手术同意书,术后由手术组医师对患者进行门诊随访。共纳入病例210例,随访时间截至术后2年,不能完成随访的病例不计入并发症发生率。根据造口方式分为腹膜外组107例,腹腔组103例。患者术前均经专业造口治疗师确定造口部位,采用经腹直肌的结肠单腔造口,且由同一手术组医师完成,术后结肠造口均一期开放,由造口师配戴造口袋。记录术后首次排气、排便时间。

1.2 造口方法

经腹腔组造口方法:在造口师确定造口处做一直径2~3 cm的圆形切口,切去皮肤及皮下脂肪组织,显露腹直肌前鞘并十字切开,沿腹直肌中间肌纤维方向钝性分离腹直肌,同样方法切开腹直肌后鞘及腹膜,各层切开长度2~3横指,以能容纳肠管为标准,肠管扩张或系膜肥厚者口径适当增大。将近端结肠自腹腔切口处引出,造口肠管与腹膜及腹直肌后鞘及前鞘均间断缝合固定,切缘与皮肤全层间断缝合或用吻合器造口。

经腹膜外组造口方法:切开腹直肌前鞘之前方法同上,纵行分开腹直肌纤维,不切开腹直肌后鞘,沿腹直肌纤维后向外下钝性分离腹膜,达造口肠管出侧腹膜处,以能容纳2~3横指为宜,视肠管及系膜情况作适当调整。将造口结肠自侧腹膜分离处沿腹膜外引出,重建后腹膜及盆底筋膜,封闭左侧侧腹膜与造口肠管肠系膜间隙,造口肠管及系膜与腹直肌前鞘间断固定,切缘与皮肤全层间断缝合或用吻合器造口。

1.3 造口旁疝诊断方法

发现结肠造口周围肿块形成,有不适或胀痛感,多在站立、行走、咳嗽或活动时出现,平卧或按压后肿块可向腹腔缩小或消失,体检咳嗽时有膨胀性冲击感,能触及造口旁腹壁缺损。检查时注意去掉造口器材,仔细腹部触诊,嘱患者深呼吸或咳嗽,行卧位及立位检查,注意造口周围皮下有无肿物、瘢痕及腹壁缺损等,必要时行CT检查。有上述典型"卧隐立现"病史者,诊断多容易[2]。

1.4 统计学分析

采用SPSS 13.0统计软件,计量资料采用t检验,计数资料采用χ^2检验或Fisher确切检验。

2 结果

2.1 基线情况

共纳入病例210例,腹腔组与腹膜外组患者的性别、年龄、肿瘤类型、肿瘤位置、肺功能检查及体质指数(BMI)[3]差异无统计学意义,2组基线资料一致($P>0.05$,表1)。

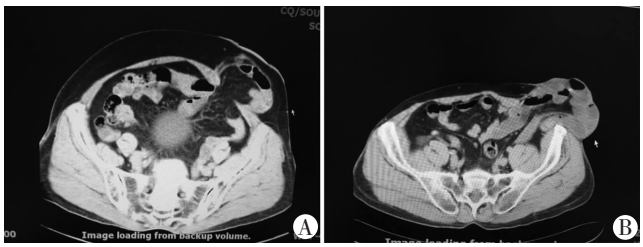
[通信作者] 王青兵,E-mail:wqb03@126.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140126.0818.006.html(2014-01-26)

表1 腹膜外组与腹腔组患者基线资料比较

基线指标	腹膜外组(n=107)	腹腔组(n=103)	统计值	P值
性别(男/女)[例(%)]	68/39(63.6/36.4)	60/43(58.3/41.7)	0.619	0.431
年龄(岁,$\bar{x}\pm s$)	59.5±3.2	60.2±2.6	0.870	0.351
肿瘤类型[例(%)]			0.612	0.434
腺癌	98(91.6)	91(88.3)		
腺鳞癌或鳞癌	9(8.4)	12(11.7)		
肿瘤位置[例(%)]			0.360	0.549
直肠/肛管	100/7(93.5/6.5)	94/9(91.3/8.7)		
肺功能障碍[例(%)]	16(15.0)	13(12.6)	0.297	0.586
体质指数[例(%)]			0.938	0.626
超重/肥胖体重	28(26.2)	26(25.2)		
正常体质量	69(64.5)	63(61.2)		
低体质量	10(9.3)	14(13.6)		
尿路梗阻[例(%)]	8(7.5)	6(5.8)	0.230	0.632

2.2 术后情况

共11例病例失访,包括腹膜外组6例,腹腔组5例,不计入造口并发症,不进入统计学分析。术后近期造口并发症主要包括造口黏膜缺血、坏死、水肿及皮肤黏膜分离等,2组差异无统计学意义($P>0.05$)。腹膜外组与腹腔组术后首次排气[(48.3±10.1) h *vs* (43.6±11.0) h, $P=0.361$]、排便时间[(54.6±13.6) h *vs* (48.5±13.0) h, $P=0.180$]的差异也无统计学意义。腹膜外组与腹腔组术后远期造口并发症主要表现为造口旁疝,体检可发现结肠造口周围肿块,能触及造口旁腹壁缺损,CT检查可见造口旁肠管疝入皮下(图1、2);其他远期并发症还包括造口肠管脱垂、造口狭窄及造口回缩等,统计学分析结果显示造口旁疝及造口肠管脱垂发生率2组间差异有统计学意义($P<0.01$, $P<0.05$),但造口狭窄及造口回缩发生率2组间差异无统计学意义($P>0.05$),见表2。



A:造瘘口内型造口旁疝;B:皮下型造口旁疝

图1 经腹腔结肠造瘘后造口旁疝不同类型CT表现

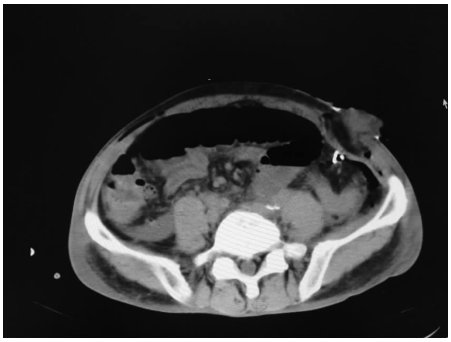


图2 经腹膜外结肠造瘘后患者CT表现

表2 腹膜外组与腹腔组患者术后并发症比较[%(例数/总数)]

并发症	腹膜外组	腹腔组	统计值	P值
造口黏膜缺血	4.7(5/107)	10.7(5/103)	2.690	0.101
造口坏死	0.0(0/107)	1.0(5/103)		0.490
皮肤黏膜分离	8.4(9/107)	7.8(5/103)	0.029	0.864
造口水肿	9.3(10/107)	8.7(5/103)	0.024	0.878
造口回缩	8.9(9/101)	3.1(3/98)	3.004	0.083
造口旁疝	3.0(3/101)	19.4(19/98)	13.634	0.000
造口脱垂	0.0(0/101)	5.1(5/98)		0.027
造口狭窄	6.9(7/101)	5.1(5/98)	0.294	0.588

3 讨论

肠造口术是外科常用手术之一,但行永久性结肠造口术后的诸多并发症常给患者带来巨大的心理和生理负担,其中以造口旁疝的发生率所占比例最高,迄今文献报道不一。Song等[4]报道其发生率为11.9%,且结肠造口远较空肠造口发生率高;Hong等[5]报道造口旁疝的发生率可达33.3%;有研究认为造口旁疝的发生率可达50%,甚至认为只要结肠造口患者长期生存,迟早会发生造口旁疝,应该牢记造口原则,与造口治疗师共同定位并指导术后护理[6],主张用腹膜外结肠造口。研究表明造口并发症发生与多种因素有关:①患者因素:肥胖、高龄、营养不良、恶性疾病、阻塞性肺部疾病、尿路梗阻等;②手术因素:造口位置的选择、手术操作不当等;③术后因素:如造口旁感染、术后腹胀、腹水、放疗、体质量增加等[7-8]。

本研究回顾性分析210例行Mlies术后患者的临床及随访资料,发现腹腔组造口旁疝发生率约19.4%,而腹膜外组仅3.0%,且均为老年女性患者,腹直肌明显薄弱,但症状轻微,均为皮下型,经保守治疗无进行性加重,2组造口旁疝主要在2年内发生,组间差异有统计学意义,与Hamada等[9]的研究一致。腹膜外组造口肠管脱垂的发生率也较腹腔组低,差异有统计学意义,其余并发症发生率之间的差异无统计学意义。有理由认为经腹膜外结肠造口可降低造口旁疝及造口脱垂的发生率。考虑原因有:①重建后腹膜及盆底筋膜,封闭左侧侧腹膜与造口肠管系膜间间隙,保持腹膜腔的完整性,在腹腔压力变化时各处腹壁受力均匀,腹膜无薄弱环节,从理论上预防了造口旁疝的发生;②造口肠管经腹膜外隧道,形成近似正常腹股沟管状解剖结构,肠管受力不在同一平面,在腹壁肌层正常的前提下形成坚实的"腹股沟管"前壁,可有效防止疝的发生;③造口肠管经腹膜外途径潜行较长,且降结肠较固定,不易形成肠管冗长等致脱垂发生。另外造

口结肠肠管及其系膜经腹膜外引出腹壁,人为变造口肠管为腹膜外位器官,不需关闭肠管与腹壁之间的间隙,既节约手术时间,又可有效避免内疝的发生;④经腹直肌造口,在腹壁相对较强部位造口,理论上可减少疝的发生。尽管也有研究表明使用补片可预防和治疗造口旁疝[10],但不仅增加住院费用且术后仍有不同程度的复发。

有研究发现经腹膜外结肠造口的病例术后首次排便时间较传统术式者长,本研究表明2组术后首次排气、排便时间的差异无统计学意义,但术后随访的资料表明腹膜外造口患者"便意"较腹腔组明显,患者获排便感比例较高,可能与造口肠管内压力变化刺激壁层腹膜神经末梢引起特殊的排便反射有关。术后近期并发症2组差异无统计学意义,但腹膜外组无1例发生吻合坏死,我们的体会是将造口肠管经腹膜外途径拉出后与腹直肌前鞘固定后暂不行吻合,待重建盆筋膜及关闭腹腔后再行吻合,有足够的时间观察造口肠管血运情况,发现肠管黏膜血运不佳时可随时处理。尽管如此,腹膜外组术后仍有部分病例出现造口肠管黏膜水肿,可能与造口肠管及腹膜外周围组织炎症水肿压迫有关。根据我们的经验,术中因注意以下几点:①经腹直肌后方向造口肠管分离时勿损伤输尿管或达输尿管下方;②拉出腹壁时注意确认造口肠管系膜无扭曲,张力适中;③造口肠管出侧腹膜处勿形成锐角,必要时松解侧腹膜,术中游离左侧壁层腹膜位置应高于术前造口师定位平面。

综上所述,经腹膜外结肠造口不增加手术风险,可有效降低造口旁疝及造口脱垂的发生率。本研究样本量偏小,术后随访时间较短,有关此造口方法的优劣仍需大样本随机临床试验的论证。

参考文献:

[1] Lian L, Wu X R, He X S, *et al*. Extraperitoneal *vs*. intraperitoneal route for permanent colostomy: a meta-analysis of 1, 071 patients[J]. Int J Colorectal Dis, 2012, 27(1): 59-64.
[2] 喻德洪. 肠造口治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 179-184.
[3] 中国肥胖问题工作组数据汇总分析协作组. 我国成人体重指数和腰围对相关疾病危险因素异常的预测价值: 适宜体重指数和腰围切点的研究[J]. 中华流行病学杂志, 2002, 23(1): 5-10.
[4] Song I H, Ha H K, Choi S G, *et al*. Analysis of risk factors for the development of incisional and parastomal hernias in patients after colorectal surgery[J]. J Korean Soc Coloproctol, 2012, 28(6): 299-303.
[5] Hong S Y, Oh S Y, Lee J H, *et al*. Risk factors for parastomal hernia: based on radiological definition[J]. J Korean Surg Soc, 2013, 84(1): 43-47.
[6] 唐佳玉, 何玉霞, 唐婕. 直肠癌Miles术的造口定位与护理[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(18): 1993-1994.
[7] Sohn Y J, Moon S M, Shin U S, *et al*. Incidence and risk factors of parastomal hernia[J]. J Korean Soc Coloproctol, 2012, 28(5): 241-246.
[8] Funahashi K, Suzuki T, Nagashima Y, *et al*. Risk factors for parastomal hernia in Japanese patients with permanent colostomy[J]. Surg Today, 2013, [Epub ahead of print].
[9] Hamada M, Ozaki K, Muraoka G, *et al*. Permanent end-sigmoid colostomy through the extraperitoneal route prevents parastomal hernia after laparoscopic abdominoperineal resection[J]. Dis Colon Rectum, 2012, 55(9): 963-969.
[10] Hotouras A, Murphy J, Thaha M, *et al*. The persistent challenge of parastomal herniation: a review of the literature and future developments[J]. Colorectal Dis, 2013, 15(5): e202-e214.

(**收稿**:2013-12-17;**修回**:2014-01-03)
(编辑 龙 亮)

我刊再获重庆报刊发展专项资金资助

近日,重庆市新闻出版局公布了2014年度重庆市出版专项资金期刊资助项目,《第三军医大学学报》继2013年获得首批资助后,再次喜获2014年重庆报刊发展专项资金资助。专项资金资助体现了重庆市政府对学术期刊发展的重视,旨在为学术期刊加强自身建设,提高学术水平,扩大学术影响力提供支持。该政策自去年启动以来获得全国新闻出版管理界的高度赞扬和肯定。今年在对首批资助期刊资金用途严格监管、对期刊质量严格评审、对资助效果客观评价的基础上继续开展遴选重点学术期刊资助工作。经过评审,我刊再次获得该项资金资助。该项资金将在我刊精品栏目打造、专家审稿、优稿优酬、人员培训、期刊数字化出版、国际化建设等方面发挥助力。