腹膜外结肠造口在直肠癌 Miles 术中的临床应用

杨召金 （井研县人民医院普通外科，四川 井研 613100）

［**摘 要**］ **目的** 探讨腹膜外结肠造口在直肠癌 Miles 术中的临床应用价值。**方法** 2008 年 1 月至 2013 年 6 月我科完成 Miles 术 96 例。按结肠造口方式不同分为腹膜外造口组和腹膜内造口组，其中腹膜外造口组 51 例，腹膜内造口组 45 例。比较 2 组患者临床资料、造口并发症和排便功能。**结果** 2 组患者造口狭窄、回缩、坏死、黏膜脱垂的发生率基本一致，差异无统计学意义（$P>0.05$）。造口旁疝的发生率腹膜内造口组多于腹膜外造口组（1.9% *vs.* 17.8%，$P<0.05$）。腹膜外造口组术后排便控制能力好于腹膜内造口组。**结论** 腹膜外结肠造口术可降低 Miles 术后造口并发症发生率，术后排便控制功能较好，可提高患者术后的生存质量。

［**关键词**］直肠癌；Miles 术；结肠造口术

［**中图分类号**］R735.3 ［**文献标识码**］A ［**文章编号**］1672-5042(2014)06-0640-03

Clinical application of extraperitoneal sigmoidostomy in Miles operation for rectal cancer

YANG Zhao-jin （Department of General Surgery, People's Hospital of Jinyan County, Jinyan Sichuan 613100, China）

Abstract: Objective To explore the clinical value of extraperitoneal sigmoidostomy in Miles operation for rectal cancer. **Methods** 96 patients with rectal cancer undergoing Miles operation during January 2008 to June 2013 were divided into two groups according to different way of sigmoidostomy: the extraperitoneal group and the intraperitoneal sigmoidostomy group. The clinical data, complications caused by sigmoidostomy and defecation function were compared between the two grougs. **Results** 51 patients received extraperitoneal sigmoidostomy and 45 patients received intraperitoneal sigmoidostomy. There was no significant difference between the two groups in stenosis, retraction, necrosis and prolapse of mucosa caused by sigmoidostomy. The incidence of parastomal hernia was higher in intraperitoneal sigmoidostomy group than that in extraperitoneal group (1.9% vs 17.8%, $P<0.05$). The defecation function was better in extraperitoneal sigmoidostomy group. **Conclusion** The extraperitoneal sigmoidostomy has the advantages of less complications and better defecation functions, and it can effectively improve the life quality of patients.

Keywords: rectal cancer; Miles; colostomy

Miles 手术需要永久性的腹部乙状结肠造口，该造口的成功与否直接关系到患者的疗效和生活质量[1-3]。传统造口在腹膜内，文献报道其并发症发生率高达 50%，给患者及家人带来很大不便[4-6]。近年来，腹膜外造口逐渐应用于临床，具有良好临床效果。本文对比传统造口方法与腹膜外造口方法，进一步研究腹膜外结肠造口在直肠癌 Miles 术中的临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008 年 1 月至 2013 年 6 月，我科行直肠癌 Miles 手术 96 例（排除急诊手术及有远处转移的患者）。绝大部分Ⅱ～Ⅲ期直肠癌患者接受了术后全身化疗和术后放疗。根据患者的造口方式进行分组，其中腹膜外造口组 51 例，腹膜内造口组 45 例。腹膜外造口组男 29 例，女 22 例；年龄（55 ± 27）岁，平均 55 岁。患者肿瘤 TNM 分期：Ⅰ期 11 例，Ⅱ期 17 例，Ⅲ期 23 例。病理分型：高分化腺癌 14 例，中分化腺癌 23 例，低分化腺癌 14 例。腹膜内造口组男 26 例，女 19 例；年龄（57 ± 35）岁，平均 57 岁。患者肿瘤 TNM 分期：Ⅰ期 8 例，Ⅱ期 19 例，Ⅲ期 18 例。病理分型：高分化腺癌 12 例，中分化腺癌 19 例，低分化腺癌 14 例。2 组患者在年龄、性别、肿瘤分期、病理分型等方面无明显差异（$P>0.05$），具有可比性。

1.2 手术方法

所有患者术前肠道准备及麻醉方式完全相同，均取截石位，常规消毒铺巾，取下腹正中切口长约 20 cm。直肠癌 Miles 术按常规手术方式进行。腹膜内造口组经腹膜内腹壁结肠造口法按传统常规方法进行。腹膜外造口组经腹膜外腹壁结肠造口法：在左下腹术前确定的造口位置，做 1 个直径约 3 cm 的圆形切口，“十”字型切开腹直肌前鞘或腹外斜肌腱膜，至腹膜外间隙。在此间隙利用手指钝性分离至腹腔内侧腹膜之剪开处，使其隧道能容纳 3 横指的空间。将乙状结肠经腹膜外隧道拖出做造口，造口固定分 2 层（腹外斜肌腱膜和皮肤），完成造口。会阴部放置引流管，缝合会阴部切口。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201406026

［**收稿日期**］2014-07-13 ［**修回日期**］2014-08-29

1.3 观察指标

观察术后造口结肠回缩、狭窄、造口旁疝、造口坏死、黏膜脱垂等发生情况及排便规律。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 12.0 统计软件进行统计学分析，正态分布计量资料进行 t 检验，非正态分布计量资料进行 Mann-Whitney U 检验，计数资料进行卡方检验。$P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

术后随访 6 ~ 71 个月。术后 6 个月，腹膜外造口组每天排便约为 1 ~ 4 次，腹膜内造口组每天 3 ~ 7 次，并且腹膜外造口组术后排便规律性好于传统腹膜内造口组。2 组患者在造口狭窄、回缩、造口坏死、黏膜脱垂方面比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。造口旁疝发生率腹膜内造口组多于腹膜外造口组（$P<0.05$）。见表 1。

表 1 患者术后并发症[例(%)]

组别	狭窄	回缩	造口旁疝	造口坏死	黏膜脱垂
腹膜外造口	2(3.9)	1(2.2)	1(1.9)*	1(1.9)	2(3.9)
腹膜内造口	1(1.9)	3(6.7)	8(17.8)	0(0)	2(4.4)

*：与腹膜内造口组比较，$P<0.05$

3 讨论

在传统的 Miles 术中乙状结肠造口采用的是腹膜内造口，并发症发生率高。主要并发症包括造口缺血坏死、造口黏膜皮肤分离、造口狭窄、造口回缩、内疝、造口旁病、造口处黏膜及肠管脱出等[4-6]。在本研究中使用传统造口方法的患者造口旁疝发生率高达 17.8%。传统造口方法并发症发生率较高已经成为临床医师所面临的一个较大难题[7]，也给患者带来了极大的痛苦。1958 年 Goligher 提出了乙状结肠腹膜外造口术[8-9]，在 Miles 术中，该造口方法操作方便，简单易行。在腹膜外造口术中，末端结肠通过腹膜外隧道牵出，有效增强了造瘘口肠管的固定性，同时也减少了腹内压力对造瘘口的直接作用，因而能有效地减少造瘘口脱垂和造瘘口旁疝的发生。乙状结肠位于腹膜后并形成一定角度，对粪便排出有缓冲作用，可减少排便次数，利于养成规律性排便。而且腹膜外造瘘的腹膜具有隔离保护和防御能力，当造瘘口周围发生感染或坏死时，炎症不至于扩散至腹腔引起腹膜炎[8-11]。理论上腹膜外乙状结肠造瘘的方法，可以在一定程度上降低造瘘口脱垂、造瘘口旁疝等并发症的发生[12]。

Hamada 等[10]对 37 例接受了经腹会阴联合直肠切除术的患者进行了回顾性队列研究，提出通过腹膜外途径的永久性乙状结肠造口可以有效预防腹腔镜下经腹会阴联合切除术后结肠造口旁疝的发生。Leroy 等[11]观察了 22 例接受 Miles 术患者临床结果（腹膜外造口 12 例，腹膜内造口 10 例），也得出同样类似结果。吴可等[13]研究发现腹膜外造口接近于生理状态，减少内疝的发生，术后排便更易形成规律，术后人工肛门功能明显好于腹膜内组。在本研究中，腹膜外造口组患者的造口旁疝发生率明显低于腹膜内造口组，患者术后排便控制能力也好于腹膜内造口组患者，这与文献报道的结果基本一致[14-16]。

根据腹膜外结肠造口实施以来的经验，我们认为术中应注意以下几点：①壁层腹膜切开位置要够高，以免造口结肠经腹膜外拉出时成锐角，从而造成排便不畅，甚至排便困难；②术中注意不要撕裂腹膜，保持腹膜外通道完整；③手术切口尽量远离造口，减少术后造口粪便污染切口的机会；④贯通腹膜外通道时，左手置于腹壁与壁层腹膜之间，用卵圆钳进行钝性分离腹壁，可避免损伤壁层腹膜，保护腹膜外隧道。

根据我们的研究结果，并结合相关文献，我们认为腹膜外结肠造口并不增加手术风险，简便易行，并且具有并发症少，排便控制功能较好等优点，值得临床进一步推广应用。

[参考文献]

[1] Lee L, Saleem A, Landry T, et al. Cost effectiveness of mesh prophylaxis to prevent parastomal hernia in patients undergoing permanent colostomy for rectal cancer[J]. J Am Coll Surg, 2014, 218(1): 82 - 91.

[2] Welsch T, Mategakis V, Contin P, et al. Results of extralevator abdominoperineal resection for low rectal cancer includingquality of life and long-term wound complications[J]. Int J Colorectal Dis, 2013, 28(4): 503 - 510.

[3] Kasparek MS, Hassan I, Cima RR, et al. Long-term quality of life and sexual and urinary function after abdominoperinealresection for distal rectal cancer[J]. Dis Colon Rectum, 2012, 55(2): 147 - 154.

[4] Campos FG, Habr-Gama A, Nahas SC, et al. Abdominoperineal excision: evolution of a centenary operation[J]. Dis Colon Rectum, 2012, 55(8): 844 - 853.

[5] Yu HC, Peng H, He XS, et al. Comparison of short- and long-term outcomes after extralevator abdominoperinealexcision and tandard abdominoperineal excision for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Colorectal Dis, 2014, 29(2): 183 - 191.

[6] Jensen KK, Rashid L, Pilsgaard B, et al. Pelvic floor reconstruction with a biological mesh after extralevatorabdominoperineal excision leads to few perineal hernias and acceptable wound complication rates with minor movement limitations: single-centre experience including clinical examination and interview[J]. Colorectal Dis, 2014, 6(3): 192 - 197.

糖尿病视网膜病变玻璃体视网膜术后高眼压发生率及相关因素

李旭青,蔡晓峰,庹 瑶,陈 康 (解放军第 324 医院眼科,重庆 400020)

[摘 要] **目的** 探讨糖尿病视网膜病变(DRP)行玻璃体视网膜术后高眼压的发生率及相关因素。**方法** 选择行玻璃体视网膜术治疗的 DRP 患者 986 例(1 326 眼)为研究对象。分析术后高眼压的发生率,并且对比分析不同类型、不同分级、术前是否合并黄斑脱离、行硅油/C3F8 充填、术中行全/补充视网膜光凝、是否晶状体切除患者高眼压发生率的差异。**结果** 1 326 眼术后发生高眼压共计 368 例(27.8%)。增生型 DRP 患者术后高眼压发生率(34.0%)显著高于非增生型(17.2%)($\chi^2 = 30.648$, $P = 0.000$);DRP D 级高眼压发生率为 34.1%,显著高于 B 级(20.8%)($\chi2 = 16.348$, $P = 0.001$);术前合并黄斑脱离患者高眼压发生率(30.4%)显著高于无黄斑脱离患者(22.7%)($\chi^2 = 8.834$, $P = 0.003$);术中充填硅油患者(39.1%)显著高于填充 C3F8 患者(24.0%)($\chi^2 = 28.088$, $P = 0.000$);术中全视网膜光凝者(32.8%)显著高于补充光凝患者(16.8%)($\chi^2 = 21.159$, $P = 0.000$);术中行晶状体切除者(40.5%)显著高于无晶状体切除者(25.9%)($\chi^2 = 15.532$, $P = 0.000\ 1$)。**结论** DRP 患者玻璃体视网膜术后高眼压的发生率高,并且与 DRP 类型、分级、术前合并黄斑脱离、术中填充物、视网膜光凝、晶状体切除等相关。

[关键词] 糖尿病视网膜病变;玻璃体视网膜手术;高眼压。

[中图分类号] R587.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2014)06-0642-03

Incidence rate and related factors of intraocular pressure after vitro-retinal surgery for patients with diabetic retinopathy

LI Xu-qing, CAI Xiao-feng, TUO Yao, CHEN Kang (Department of Ophthalmology, 324th Hospital of PLA, Chongqing 400020)

Abstract: Objective To explore the incidence rate and related factors of high intraocular pressure after vitro-retinal surgery for patients with diabetic retinopathy(DRP). **Methods** The 986 patients(1 326 eyes) with DRP arranged vitro-retinal surgery were studied. The incidence rate of intraocular pressure was analyzed between different types, grades, complicated with macular detachment, filled with silicone oil/C3F8, total/supplementary retina photo-coagulation and crystalline lens excision. **Results** The incidence rate of high intraocular pressure was 27.8% (368/1 326). The incidence rate of high intraocular pressure of proliferative DRP (34.0%) was obviously higher than non-proliferative DRP (17.2%) ($\chi^2 = 30.648$, $P = 0.000$), and higher in DRP D grade than B grade(34.1%, 20.8%) ($\chi2 = 8.834$, $P = 0.003$). The incidence rate of high intraocular pressure of proliferative DRP (34.0%) was obviously higher in patients complicated with macular detachment(30.4%, 22.7%) ($\chi^2 = 8.834$, $P = 0.0030$). The incidence rate of patients filled with silicone oil/C3F8(39.1%, 24.0%)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201406027

[通讯作者] 陈 康,E-mail:498414830@qq.com

[收稿日期] 2014-07-25 [修回日期] 2014-09-12

[7] 王大中. 经腹膜内外乙状结肠造口的临床评价[J]. 实用医技杂志, 2007, 14(16):2259.

[8] Goligher JC. Extraperitoneal colostomy or ileostomy[J]. Br J Surg, 1958, 46(196):97-103.

[9] Whittaker M, Goligher JC. A comparison of the results of extraperitoneal and intraperitoneal techniques for construction of terminal iliac colostomies[J]. Dis Colon Rectum, 1976, 19(4):342-344.

[10] 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.

[11] Leroy J, Diana M, Callari C, et al. Laparoscopic extraperitoneal colostomy in elective abdominoperineal resection for cancer: a single surgeon experience[J]. Colorectal Dis, 2012, 14(9):e618-622.

[12] 吴 卉,花 荣,陈锦先,等. 腹膜外结肠造口术后造口旁疝病因的病例-对照研究[J]. 外科理论与实践, 2010, 15(6):632-635.

[13] 吴 可,赵浩翔,陈 博. Mile's 术腹膜外隧道式造口与传统腹壁造口疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(24):2698.

[14] 涂 伟,李学明,陈海鸣,等. MILES 术腹膜外造口的临床体会[J]. 江西医药, 2010, 45(5):415-416.

[15] 李会齐,林玉芝,郑文华. 腹膜外结肠造口在直肠癌 Miles 术中的应用价值[J]. 临床和实验医学杂志, 2006, 5(9):1298-1299.

[16] 陈震宏,张苏展. 经腹膜内和经腹膜外腹壁结肠造口比较分析[J]. 实用肿瘤杂志, 2004, 19(3):236-239.

(编辑:魏 源)