

Miles 改良乙状结肠造口与传统腹壁造口疗效观察

王海英, 江 晨, 张 健, 谷佃宝

(江苏省赣榆县人民医院 普外科, 江苏 赣榆, 222100)

关键词: 直肠癌; Miles 术; 结肠造口术; 手术

中图分类号: R 473.73 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)22-128-02 DOI: 10.7619/jcmp.201322055

Miles 手术是肛管癌和超低位直肠癌的标准式术,其中最关键的环节是乙状结肠造口,好的造口可以提高患者的术后生活质量,最大程度为患者带来生活便利^[1-2]。2006年1月—2011年7月本科为60例患者行Miles手术,其中改良组取得满意效果,现将2种不同造口方式的对比分析结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组60例病例中,直肠癌52例,肛管癌8例。行传统腹壁造口(传统组)30例,男22例,女8例;年龄32岁~78岁,平均57.6岁。行腹膜半包埋式乙状结肠造口(改良组)30例,男25例,女5例;年龄30~84岁,平均55岁。2组患者基线资料比较,差别无统计学意义,具有可比性。

1.2 手术方法

改良组患者(30例)全麻后,根据直肠癌Miles术的常规步骤,以下腹正中经右侧绕脐处为最佳切口位置,操作至造口时,在脐与左侧髂前上棘连线的腹直肌外侧,做1条2.5 cm的圆形切口。切除皮肤后用电刀切开皮下脂肪。剪开腹外斜肌腱膜(“十”字或横行式),将腹横肌和腹内斜肌用指定器具进行钝性分开,然后横行切开显露的腹膜。沿造口方向,剪开壁腹膜后向两侧腹壁进行锐性剥离(约3 cm),然后拉出乙状结肠断端至腹壁外5 cm处,并间断缝合腹外斜肌腱膜及乙状结肠浆肌层(6~8针)。对皮肤与造口肠管全层进行间断缝合(针距1 cm),并保证造口肠乳头比皮高出2 cm。将造口用结肠放入腹腔内的壁腹膜,并对乙状结肠的两侧浆肌层及两侧腹膜(针距约1 cm)进行间断缝合。之后,直接在结肠内侧缝合腹膜,并使造口腹腔侧完全置于腹膜外。缝合并固定已剪开的腹膜和乙状结肠,只留下一

部分乙状结肠的系膜和管壁在腹腔内,这样可以使乙状结肠处于间置位上,形成“半包埋”状。传统的造口手术是在常规的腹会阴联合切除后,直接并垂直切开各层和腹膜,最后将拟行的造口肠管拉至腹壁造口。

2 结果

全部60例患者均获3~27个月的随访,平均随访(18.2±8.3)个月。改良组的患者,术后造口处情况表现良好,未发现造口坏死、感染、脱出、回缩以及腹内疝、造口旁疝等,1例患者(3.3%)在术后1个月内出现造口狭窄,行造口重建术后,腹痛和便秘等情况完全治愈;其中26例患者(86.7%)在术后2个月观察到有规律的排便,大便成形,1~3次/d,排便前有便感,余4例患者术后出现腹泻或大便不成形,大便次数6~10次/d,通过口服思密达、排便训练及饮食调节等调理后,逐渐好转,4~6个月后,排便规律成形。传统组患者发生并发症6例,其中造口回缩1例(3.3%);造口缺血坏死1例(3.3%),经换药、清创治愈;造口狭窄2例(6.7%);腹内疝1例(3.3%),急诊行剖腹探查、小肠部分切除及侧孔关闭;造口感染1例(3.3%)。传统组8例患者获排便感(26.7%),并发症发生率为20.0%。2组患者的造口并发症和排便感比较,差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。

3 讨论

虽然低位吻合技术的使用能显著提高低位直肠癌患者的保肛率,但仍有20%~30%的直肠癌患者需进行腹会阴和永久性乙状结肠造口的联合切除^[3]。而且,由于传统的乙状结肠腹壁造口手术极易使患者术后并发腹内疝、造口缺血坏死、旁疝、回缩、周围炎、狭窄、不良排便感觉以及组织水

肿等,对患者生活造成极大影响,且带来巨大心理压力^[4],其所存缺陷如下:①由于缝合侧腹壁间和乙状结肠之间的间隙并不完全可靠,因此患者发生腹内疝的可能性相对较高,需进行二次手术;②如果不能确实可靠地缝合造口处的乙状结肠与腹壁圆形切口,且针距不当,术后容易形成切口疝^[5-6];③排便前,大部分患者通常不出现任何特殊信号,因此容易导致粪便污染,严重影响造口处的护理。本组行传统造口术的患者中并发症发生率为 20.0%,显著高于改良组的 3.3%。

1958年,Goligher首次改进和完善了传统方法,形成了腹膜外乙状结肠造口成形术。该术式有效避免上述并发症,具备的优点如下:①在腹膜外造口,无乙状结肠与侧腹壁之间的间隙,不仅使手术操作简单易行,而且大大降低了腹内疝的发生率;②壁腹膜有效支撑造口肠壁以及肠管固定段延长,减少粪便重力作用的影响,避免了造口回缩;③术后首次排便时间较传统术式者长,可避免早期腹壁切口的污染,减少感染的机会;④隧道有壁腹膜支撑,且有一定弧度,这样有利于获得排便感及有规律排便^[7];主要原因是当腹腔由于内部气体或粪便而发生膨胀时,可显著刺激壁腹膜上丰富且敏感的神经末梢(对各种刺激的敏感度较高),形成特殊的排便信号,长期下来,患者便可形成排便感并建立新的排便反射^[8]。

但作者在开展此造口术时发现,腹膜外乙状结肠造口成形术虽然有效预防了造口旁疝及腹内疝的发生^[9-10],但在临床上仍然存在不足之处:①术中侧腹膜进行分离时,容易形成血肿。或二次剪开腹膜以阻止活动性出血;②结肠系膜容易被增大的腹膜张力卡压,引起造口处血液的非正常运行;③术后患者排便困难,增加了不全性肠梗阻的发生率;④部分患者隧道过长,增加了分离操作的难度,因此未能在临床广泛接受和推广^[11-12]。在此情况下,本科医护人员在临床实践和应用中对腹膜外乙状结肠造口成形术进行改良,创新了“半包埋”术式。此术式的优点有:①用电刀锐性分离预先剪开的壁腹膜进行有效止血,避免血肿形成;②因为缝合了的乙状结肠两侧和剪开的腹膜降低了腹膜张力,可以避免腹膜

卡压肠系膜,降低对造口血运的影响,从而减少造口缺血坏死并发症的发生;③缝合的两侧和结肠臂与侧腹膜形成的弧度可以有效预防腹内疝;④对造口腹腔侧剪开的腹膜进行完全对缝,并将内环口置于腹膜外,这样能最大限度预防发生造口旁疝^[13]。

参考文献

- [1] Coban S, Yilmaz M, Terzi A, et al. Resection and primary anastomosis with or without modified blow-hole colostomy for sigmoid volvulus[J]. World journal of gastroenterology: WJG, 2008, 14(36): 5590.
- [2] 曹晖,陶元生.腹腔镜Miles术中两种结肠造口方式的疗效报告[J].腹部外科,2013,26(3):209.
- [3] Stamos M J, Murrell Z. Management of early rectal T1 and T2 cancers[J]. Clin Cancer Res, 2007, 13(22Pt2): 6885s.
- [4] 朱开成,刘自力,王建.腹膜外经腹直肌乙状结肠造口术的临床观察[J].中国医师进修杂志,2013,36(26):56.
- [5] Cui J, Xiang J, Huang M J, et al. Application of GORE-TEX Dual Mesh fixing into peritoneum in sigmoid-colostomy to prevent peristomal hernia[J]. Chinese journal of gastrointestinal surgery, 2009, 12(5): 480.
- [6] 孙学军,张青山,许延发.腹膜外隧道式乙状结肠单腔造口术38例分析[J].中华普通外科杂志,1999,14(3):148.
- [7] 鲍传庆,吴小龙,张淳,等.腹膜外隧道式乙状结肠造口成形术在Miles手术的应用[J].江苏医药,2006,32(1):88.
- [8] 陆艳军,吴彦,魏小川,等.经腹膜外外翻式结肠造口在Miles术的临床应用[J].临床外科杂志,2004,12(12):780.
- [9] Wik T A, Hjorthaug J O, Johannessen H O, et al. Sigmoidostomy-related parastomal hernia[J]. Scand J Surg, 2011, 100(3): 186.
- [10] Breum B M, Kofoed S C, Skovdal J, et al. Endoscopy-assisted sigmoidostomy[J]. Ugeskr Laeger, 2008, 170(26-32): 2331.
- [11] 邓新生,杨兴东,刘增亮.应用PPH器械完成超低位直结肠保肛术研究[J].中国医药导报,2013,10(8):26.
- [12] Mullen R, Church N I, Yalamathi S. Volvulus of the sigmoid colon treated by percutaneous endoscopic colostomy[J]. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques, 2009, 19(2): e64.
- [13] 张健,谷佃宝,杨理,等.改良永久性乙状结肠造口术22例报告[J].中国现代手术学杂志,2011,15(5):358.