

直肠癌腹腔镜腹会阴联合切除术腹膜外造口与腹膜内造口的比较^{*}

成 军 李晓云 晏 伟 陶正贵 廖晓锋^{**}

(襄阳市中心医院普外科, 襄阳 441021)

【摘要】 目的 探讨直肠癌腹腔镜腹会阴联合切除术中腹膜外造口的临床价值。 **方法** 回顾性分析我院 2009 年 5 月~2015 年 4 月 89 例直肠癌腹腔镜腹会阴联合切除术的临床资料, 评估腹膜内造口和腹膜外造口手术时间、术后并发症、排便感的差异。 **结果** 2 组造瘘手术时间无统计学差异[(23.5 ± 5.6) min vs. (21.8 ± 3.2) min, $t = 1.730$, $P = 0.087$]; 2 组造瘘口狭窄各 1 例, 无统计学差异(Fisher 精确检验, $P = 1.000$); 2 组造瘘口旁疝无统计学差异(0 例 vs. 3 例, Fisher 精确检验, $P = 0.101$)。腹膜外造口组术后 4 周排便感 39 例, 显著多于腹膜内造口组 3 例($\chi^2 = 51.185$, $P = 0.000$)。术后 6 个月 2 组患者均有排便感。 **结论** 腹腔镜腹膜外乙状结肠造口有一定优势。

【关键词】 腹腔镜; 腹会阴联合切除术; 腹膜外造口

文献标识:A 文章编号:1009-6604(2017)12-1080-03

doi:10.3969/j.issn.1009-6604.2017.12.008

Comparison of Extraperitoneal and Intraperitoneal Colostomy After Laparoscopic Abdominoperineal Resection for Rectal Cancer Cheng Jun, Li Xiaoyun, Yan Wei, et al. Department of General Surgery, Xiangyang Central Hospital, Xiangyang 441021, China

Corresponding author: Liao Xiaofeng, E-mail: xfliao@medmail.com.cn

【Abstract】 Objective To discuss the clinical significance of extraperitoneal sigmoid colostomy after laparoscopic abdominoperineal resection (APR) for rectal cancer. **Methods** Clinical data of 89 cases of laparoscopic APR in our hospital from May 2009 to April 2015 were retrospectively analyzed. The surgical time, postoperative complications and sense of defecation were compared between extraperitoneal sigmoid colostomy and intraperitoneal sigmoid colostomy. **Results** There were no differences in operative time [(23.5 ± 5.6) min vs. (21.8 ± 3.2) min, $t = 1.730$, $P = 0.087$], stenosis incidence (1 case vs. 1 case, Fisher's exact test, $P = 1.000$), or parastomal hernia incidence (0 vs. 3 cases, Fisher's exact test, $P = 0.101$) between extraperitoneal and intraperitoneal sigmoid colostomy groups. After 4 weeks there were 39 cases of sense of defecation in the extraperitoneal sigmoid colostomy group and 3 cases in the intraperitoneal sigmoid colostomy group. The difference was significant ($\chi^2 = 51.185$, $P = 0.000$). All the patients in both groups had sense of defecation after 6 months. **Conclusion** Laparoscopic extraperitoneal sigmoid colostomy after APR has some advantages.

【Key Words】 Laparoscopy; Abdominoperineal resection; Extraperitoneal colostomy

随着腹腔镜技术的不断进步和直肠淋巴回流的深入研究, 低位直肠癌保肛手术成功率越来越高, 但是仍有部分患者需要行腹会阴联合切除术(abdominoperineal resection, APR)。传统的腹膜内乙状结肠造口并发症较多, 尤其排便感不敏感。2009 年 5 月~2015 年 4 月我们在 47 例腹腔镜 APR 术中采用腹膜外乙状结肠造口, 并与同一时期腹膜内造口进行比较, 报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本研究 89 例, 男 47 例, 女 42 例。年龄 39~77 岁。肛管癌 7 例, 低位直肠癌 82 例。病理类型: 高分化腺癌 30 例, 中分化腺癌 28 例, 低分化腺癌 31 例。TNM 分期 I 期 22 例, II 期 38 例, III 期 24 例, IV 期 5 例(肝脏转移 5 例)。伴不全性肠梗阻 9 例, 经

* 基金项目: 襄阳市科技局课题(襄科计[2014]9-1)

** 通讯作者, E-mail: xfliao@medmail.com.cn

过进食无渣流质饮食、灌肠、多次服用缓泻剂后肠道准备满意;无肠梗阻者服用聚乙二醇电解质散行肠道准备。不同手术治疗组选择不同的造口方式,2 组患者一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),有可比性,见表 1。

表 1 不同造口组一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	年龄 (岁)	性别		BMI	肿瘤分化程度			TNM 分期				糖尿病
		男	女		高	中	低	I 期	II 期	III 期	IV 期	
腹膜外造口组($n=47$)	59.8 ± 3.2	27	20	21.6 ± 5.7	16	15	16	12	19	13	3	4
腹膜内造口组($n=42$)	60.6 ± 3.5	24	18	22.3 ± 4.9	14	13	15	10	19	11	2	3
$t(\chi^2)$ 值	$t=-1.126$	$\chi^2=0.001$		$t=-0.618$	$\chi^2=0.028$			$\chi^2=0.268$				$\chi^2=0.000$
P 值	0.263	0.977		0.538	0.986			0.966				1.000

1.2 方法

气管插管全麻,头低右倾截石位。四孔法,造口部位作为左侧辅助操作孔。腹腔镜下清扫肠系膜下动脉根部淋巴结,按照 TME 原则完成乙状结肠、直肠游离,注意保护输尿管及盆底神经丛,腔内切割缝合器于肿瘤近侧 15 cm 离断乙状结肠。

腹膜外造口时将左下腹 trocar 退至腹膜外,在左侧腹膜外潜行分离达左结肠旁沟进入腹腔,超声刀将 trocar 周围侧腹膜适当游离剪开,检查近侧乙状结肠系膜无扭转,弹簧钳夹住拖至侧腹膜处。根据肠管及系膜肥厚程度,以左下腹 trocar 为中心取 3 cm 左右圆形切口,切除皮肤及皮下组织,纵行切开腹外斜肌腱膜 4 cm 左右,分开腹直肌,手指或卵圆钳沿 trocar 扩大间隙,分离出适当直径的隧道,将乙状结肠和 trocar 一同拖出腹壁外。检查肠系膜位于内侧,隧道大小适当,造瘘肠管牵拉无张力、血供良好、侧腹膜无压迫,将肠壁分别与腹外斜肌腱膜及皮下组织分别缝合 6~8 针固定,造瘘口高于皮肤 2 cm,术毕贴造口袋。腹膜内造口以左下腹 trocar 为中心取 3 cm 左右圆形切口,切除皮肤及皮下组织,纵行切开腹外斜肌腱膜,分开腹直肌,切开腹膜,将

病例选择标准:①距肛缘距离 4 cm 内,术前经肛门指检、肛门镜、肠镜等方法确诊;②患者同意行永久性造口;③能够耐受腹腔镜手术;④能够完成肠道准备。急性完全性肠梗阻、穿孔,强烈要求保肛等情况除外。

乙状结肠拖出造口。

术后每月门诊复诊进行随访,未门诊复诊的患者电话随访,了解造瘘口排便情况。

1.3 观察指标

造口手术时间,造口是否狭窄(造瘘口排便困难)、感染、坏死、脱垂,造瘘口旁疝、乙状结肠旁腹内疝的发生情况和造瘘口排便感(排便时有感觉)。

1.4 统计学分析

采用 SPSS16.0 软件进行分析处理,计数资料比较采用 χ^2 检验,符合正态分布的计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用独立样本 t 检验。 $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

均在腹腔镜下顺利完成手术,无中转开腹。2 组均无造口感染、坏死、脱垂,造瘘口旁疝、乙状结肠旁腹内疝、造瘘口狭窄和造口手术时间均无统计学差异($P>0.05$);腹膜外造口组术后 4 周 39 例有排便感,明显多于腹膜内造口组 3 例($P<0.05$),见表 2。6 个月后 2 组患者造瘘口均有排便感。

表 2 不同造口组术后情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	造瘘口旁疝	乙状结肠旁腹内疝	造瘘口狭窄	造口手术时间(min)	4 周后有排便感
腹膜外造口组($n=47$)	0	0	1	23.5 ± 5.6	39
腹膜内造口组($n=42$)	3	1	1	21.8 ± 3.2	3
$t(\chi^2)$ 值				$t=1.730$	$\chi^2=51.185$
P 值	0.101*	0.101*	1.000*	0.087	0.000

* Fisher 精确检验

3 讨论

腹腔镜 APR 乙状结肠造口术后并发症、排粪功

能得到越来越多的关注,盆底重建、腹膜内造口还是腹膜外造口存在一定的争议。黄峰等^[1]报道腹腔镜 APR 65 例无切口感染发生,开腹组 52 例中 5 例

切口感染,2 组切口发生率有明显差异($P=0.016$)。许多研究^[2~5]提示腹膜外乙状结肠造口术后造口总并发症及造口旁疝可明显降低。

本研究结果显示腹膜外造口术后 4 周排便感觉有明显优势。腹膜内造口组术后发生 3 例造口旁疝,腹膜外造口组无一例发生,但 2 组比较无统计学差异($P=0.101$)。2 种造口方式在造瘘口狭窄、造瘘肠管旁腹内疝等方面无统计学差异,分析原因如下:①腹膜外造口时肠管呈 U 型走向,对排粪有缓冲作用,造瘘肠管长、覆盖腹膜广泛,而壁腹膜感觉神经丰富,对机械、温热、化学刺激敏感,因此,腹膜外造口早期排便感明显。②造瘘口旁疝的发生与缝合技术、隧道和肠管的愈合情况、是否有肥胖、腹腔高压、腹壁薄弱等相关。腹膜内造口腹壁隧道短、直,直接承受腹腔压力,腹膜外造口呈弧形不与腹腔直接相通,可缓解腹腔压力,造口方式不同只是造瘘口旁疝发生的诱因之一。③腹膜内造口乙状结肠与侧腹壁间隙开阔,虽不缝闭,也未见因此发生内疝报道^[2,6]。

腹膜外乙状结肠造口需要注意以下几点:①隧道应根据肠管及系膜肥厚程度决定,大小应恰当;②勿损伤壁层腹膜;③乙状结肠及系膜应位于内侧,防

止扭转;④肠管在隧道内应平展,不要淤积,不能有张力,侧腹膜不能压迫肠管。

参考文献

- 1 黄 峰,应敏刚,杨春康,等.腹腔镜与开腹腹会阴联合切除术治疗低位直肠癌的临床对照研究.中国微创外科杂志,2014,14(8):692-694.
- 2 王 举,王永强,邬阳晓辉,等.腹腔镜下腹膜外造口联合盆底腹膜重建的应用.中华腔镜外科杂志(电子版),2015,8(1):37-40.
- 3 Heiying J, Yonghong D, Xiaofeng W, et al. A study of laparoscopic extraperitoneal sigmoid colostomy after abdomino-perineal resection for rectal cancer. Gastroenterol Rep(Oxf),2014,2(1):58-62.
- 4 Leroy J, Diana M, Callari C, et al. Laparoscopic extraperitoneal colostomy in elective abdominoperineal resection for cancer: a single surgeon experience. Colorectal Dis,2012,14(9):618-622.
- 5 Hamada M, Ozaki K, Muraoka G, et al. Permanent end-sigmoid colostomy through the extraperitoneal route prevents parastomal hernia after laparoscopic abdominoperineal resection. Dis Colon Rectum, 2012, 55(9):963-969.
- 6 刘乃青,孙淑香,孙钦立,等.腹膜外造口和盆底腹膜重建预防腹腔镜下 Mile's 术后造口旁疝和盆底粘连梗阻.中华普通外科杂志,2014,29(10):804-805.

(收稿日期:2016-09-10)

(修回日期:2017-03-09)

(责任编辑:李贺琼)