DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2016.16.026
文章编号: 1005-8982(2016)16-0124-03

中低位直肠癌前切除术两种预防性回肠造口方式的对比研究*

陈诗伟,夏仕俊,张思奋
(广东省中医院 肛肠科,广东 广州 510120)

摘要:目的 探讨并建立一种简单、安全、并发症少、容易制作且还纳的预防性回肠造口方法,从而避免中低位直肠癌前切除术后吻合口瘘的发生。**方法** 回顾性分析广东省中医院 2013 年 1 月 -2015 年 12 月收治的行中低位直肠癌前切除后预防性造口 50 例患者的临床资料。其中,采用纵切单层缝合法 27 例,采用横切分层缝合法 23 例。观察两组患者的造口手术时间、术后恢复时间、术后造口相关并发症以及造口回纳手术时间、出血量的差异。**结果** 两组患者均顺利完成手术,在术后恢复时间及术后造口相关并发症方面差异无统计学意义(P>0.05),但纵切单层缝合组较横切分层缝合组在造口手术时间、造口回纳手术时间和造口回纳手术出血量方面均显著减少(P<0.05),费用更加低廉。**结论** 纵切单层缝合法是一种制作简易、安全性好、粪便转流彻底、并发症少、易于护理、易于还纳的造口方式。

关键词: 直肠癌;回肠造口;手术方式
中图分类号: R735.3 **文献标识码:** B

Contrastive study between two types of protective ileostomy in middle-low anterior resection for rectal carcinoma*

Shi-wei Chen, Shi-jun Xia, Si-fen Zhang
(Department of Colorectal Medicine, Guangdong Provincial Hospital of Tradition Chinese Medicine, Guangzhou, Guangdong 510120, China)

Abstarct: Objective To discuss and establish a simple, safe, less complication, convenient operative and apothesis way in protective ileostomy and to prevent anastomotic leakage happening in middle-low anterior resection for rectal carcinoma. **Methods** Clinical materials of 50 patients who received protective ileostomy after middle-low anterior resection for rectal carcinoma from Jan. 2013 to Dec. 2015 were retrospectively analyzed. Of which, 27 patients were sutured by longitudinal single-layer and the others were transverse multi-layer sutured. The indexes such as operation time, recovery time, complication with ileostomy, close stoma time and amount of bleeding were compared. **Results** All of the patients received protective ileostomy. There were no significant difference between the two groups in recovery time and complications with ileostomy (P >0.05). However, the operation time, close stoma time and amount of bleeding in the longitudinal single-layer suture group were significantly lower than that of the transverse multi-layer suture group (P < 0.05), also the former suture style was lower cost. **Conclusions** The way of longitudinal single-layer suture is a simple, safe, drastically divert the fecal stream, less complication, easy nursing and close stoma style of protective ileostomy.

Keywords: rectal carcinoma; ileostomy; surgical procedure

预防性造口主要用于临时分流胃肠内容物以便于保护远端的结直肠吻合口,随着超低位直肠癌保肛手术的广泛开展,为了降低吻合口瘘的发生以及减轻吻合口瘘出现后产生的全身感染症状[1],预防性回肠

收稿日期:2016-04-18
*基金项目:广东省科技厅 2015 年度广东省科技计划项目(No:20140212)

PDF pdfFactory Pro www.fineprint.cn

造口在临床得到了广泛应用[2]。然而,由于回肠造口排泄物为水样便,流量较大,含有大量消化酶物质[3],使得造口周围皮肤湿疹、炎症、造口水肿及造口脱垂的发生率较高,同时传统的回肠造口需要关闭腹膜、腹直肌前鞘和皮肤 3 层[4]。因此造口时间及造口还纳时间较长,出血量偏多。广东省中医院肛肠科自采用纵切单层缝合技术进行预防性回肠造口后,与采用传统的横切分层缝合技术比较,取得了良好的效果,现报道如下。

1　资料与方法

1.1　临床资料

选取 2013 年 1 月 -2015 年 12 月于本科行中低位直肠癌前切除术后预防性回肠造口 50 例患者。其中,男性 28 例,女性 22 例;年龄 35 ~ 78 岁,中位年龄 64 岁。病理分型:中分化腺癌 42 例,高分化腺癌及黏液腺癌各 2 例,低分化腺癌 4 例;TNM 分期:Ⅰ期 5 例,Ⅱ期 14 例,Ⅲ期 23 例,Ⅳ期 8 例。

1.2　制作方法

术前选择右下腹经腹直肌相对平坦处进行造口定位,完成前切除术低位吻合后,将距回盲瓣 30 cm 的回肠作为造口肠段并标记,在定位处圆形切除直径约 2 cm 皮肤,钝性分离皮下脂肪,肥胖者可适当切除部分脂肪组织,“十” 字型切开腹直肌前鞘后钝性分开腹直肌,再“十”字型切开腹直肌后鞘和腹膜,使腹壁造口通道可通过术者的示指和中指,将造口回肠袢拉出腹壁外 3 ~ 4 cm,使近端肠管位于头侧,远端肠管位于尾侧。

横切分层缝合法:用可吸收缝线分别将肠壁或系膜与腹膜、腹直肌前鞘间断固定 4 ~ 6 针,距腹壁约 0.5 cm 处横行切开远侧回肠壁,近切缘向头侧翻转后与造口皮肤全层用可吸收缝线间断缝合,远切缘予以同样处理。

纵切单层缝合法:将造口回肠袢拖出腹壁后沿肠管纵行切开 1.5 ~ 2.0 cm,使用可吸收缝线将切缘与造口皮肤全层间断外翻缝合,采用 16 号(直径 0.3 cm)橡胶导尿管作为支撑管在皮肤上穿过回肠系膜进行固定,无需缝合腹膜及腹直肌前鞘。

1.3　统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计软件进行数据分析,正态分布的计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间的计量资料比较用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,检验水准取 $\alpha=0.05$,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

根据预防性回肠造口不同的缝合方式,将入组的 50 例患者随机分为横切分层缝合组(23 例)和纵切单层缝合组(27 例)。两组患者之间的基本病例资料差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

两组 50 例回肠造口患者均于术后 1 ~ 3 d 出现造口内排气及肠液流出,开始进食流质饮食,常规于术后 2 ~ 3 个月行回肠造口回纳术,横切分层缝合组出现 1 例造口脱垂,保守治疗无效,于术后 2 周提前行造口回纳术。所有造口均未出现回缩、坏死情况,纵切单层缝合组出现 1 例造口旁疝,予腰带加压包扎处理后症状改善;1 例患者造口周围皮肤感染,经造口护理师加强造口护理后好转。横切分层缝合组出现 1 例造口狭窄梗阻,予手法扩张处理后可恢复通畅排便。

横切分层缝合组 23 例患者,在造口回纳前发生造口旁皮炎 3 例,发生率为 13.04%;纵切单层缝合组 27 例患者,在造口回纳前发生造口旁皮炎 4 例,发生率为 14.81%;两组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

两组患者在手术时间、术中出血量方面的差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。所有患者行造口还纳术后均可Ⅰ期愈合,未出现术后相关并发症。

表 1　两组患者基本病例资料比较

组别	性别 / 例		年龄 /(岁,$\bar{x} \pm s$)
	男	女	
纵切单层缝合组	17	10	57.7 ± 12.8
横切分层缝合组	11	12	56.4 ± 13.1
t/χ^2 值	0.155		0.353
P 值	0.283		0.725

表 2　手术相关指标的比较

组别	造口手术时间 /(t/min)	造口回纳手术 /(t/min)	造口回纳术中出血量 /(V/ml)
纵切单层缝合组	25 ± 5.6	115 ± 32.5	17 ± 5.15
横切分层缝合组	37 ± 8.5	135 ± 23.9	30 ± 11.30
t/χ^2 值	5.785	2.501	5.086
P 值	<0.05	0.016	<0.05

3　讨论

中低位直肠癌前切除术后预防性造口的目的是为了降低吻合口瘘的发生以及减轻吻合口瘘出现后

PDF pdfFactory Pro　www.fineprint.cn

产生的全身感染症状,有利于吻合口的顺利愈合[5],通常在 2~3 个月后需再次行造口回纳术恢复肠道的正常通道[6]。预防性造口分为结肠造口和回肠造口,相对于结肠造口,回肠造口具有不易感染、便于护理和回纳、血供良好吻合口易愈合等优点[7],故目前临床上多选用回肠双腔造口作为预防性造口。因此,预防性回肠造口除了需要符合肠造口手术的一般原则,如位置的选择、造口的大小、隆起的高度等,还需要兼顾造口手术的方便快捷和回纳手术的简单易行。

常规经典的横切分层缝合方式由于分 3 层进行固定缝合,造口与腹壁之间间隙封闭牢固,不容易出现造口旁疝,但是如果缝合过紧则容易出现造口梗阻。同时肠管横切外翻与皮肤缝合,近端造口占据绝大部分空间,压迫远端肠管,达到充分转流目的。由于近端肠管突出明显,容易出现造口脱垂。同时无论进行造口还是进行造口回纳,均需要进行各层操作,分离腹壁与肠管之间的黏连复杂,手术时间明显延长,创面出血增多。

与横切分层缝合方式比较,纵切单层缝合方式无需分层固定缝合,因而手术操作时间短、创伤小、出血少。虽然该缝合方式使造口与腹壁之间存在一定的间隙,但却未明显增加造口旁疝发生率,本次回顾性分析 27 例使用纵切单层缝合法患者中仅 1 例出现造口旁疝。原因考虑与小肠造口产生的蠕动压力较小有关,同时经腹直肌造口存在腹直肌的屏障作用[8]。而在造口回纳时,使用本方式缝合固定的患者其腹壁与肠管之间黏连小,且多为疏松黏连,没有许多缝线的存在,钝性分离即可,造口处肠段比较完整,往往不需要进行过多的肠段切除,可经造口处肠壁修整后直接进行吻合,操作简单易行,手术时间短,出血相对减少。

采用横切分层缝合方式形成的造口通常近端成乳头状突起,远端扁平,以达到充分转流的目的。而采用纵切单层缝合方式,使用可吸收缝线将切缘与造口皮肤全层间断外翻缝合,根据临床观察,同样能达到完全转流的目的。本研究造口处小肠内膜一般超出皮肤表面 1 cm 左右[9],可最大限度地减少皮炎面积及皮炎损伤程度,两者造口旁皮炎的发生率差异无统计学意义。但这些因素并非孤立,往往受造口袋底胶溶解面积、更换造口袋熟练度、技巧、皮肤受损情况及排泄量多少、以及身体状况等因素的影响[10]。

作为目前临床上应用广泛且技术成熟的造口方式,纵切单层缝合技术与横切分层缝合技术均可作为预防性造口的缝合选择。但作为新的预防性造口缝合方法,纵切单层缝合技术以其显著的优势为临床医生提供新的选择和尝试。

参 考 文 献:

[1] 吴庆宇, 倪克樑, 陈珂珂, 等. 末端回肠外置造口在低位直肠癌手术中的应用[J]. 腹部外科, 2010, 23(5): 299.

[2] 马从超, 吴胜文. 预防性造口在低位直肠癌前切除术中应用价值的 Meta 分析[J]. 中国现代普通外科进展, 2012, 15(12): 963-967.

[3] 李红, 夏伟芬, 叶津, 等. 低位直肠癌骶前切除加预防性回肠造口的护理[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(8): 728-729.

[4] 渡边昌彦, 上西纪夫. 小肠结肠外科手术操作要领与技巧[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.

[5] 傅佶泓, 陈卫, 杜鹏, 等. 保护性造口在低位直肠癌保肛手术中的作用[J]. 中华普外科手术学杂志: 电子版, 2011, 5(4): 421-425.

[6] 华积德, 盛湲. 结肠造口闭合术[J]. 实用外科杂志, 1990, 10(8): 421.

[7] 刘坤, 赵任. 预防性造口在中低位直肠癌保肛手术的应用[J]. 中国实用外科杂志, 2014, 34(9): 903.

[8] 李基业. 造口旁疝的预防和处理[J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(1): 66-69.

[9] 万德森. 肠造口的并发症及其处理[J]. 实用肿瘤杂志, 1998(4): 195-196.

[10] 朱新青. 人工肛门袋的改良研究与肠造口护理近况[J]. 护理研究, 2004, 18(15): 1331-1332.

(张西倩 编辑)

PDF pdfFactory Pro www.fineprint.cn