

用减弱而使肝纤维化加重。

参考文献

- [1] SATISHCHANDRAN A, AMBADE A, RAO S, et al. MicroRNA 122, regulated by GRLH2, protects livers of mice and patients from ethanol-induced liver disease[J]. Gastroenterology, 2018, 154(1): 238-252.
- [2] 中华医学会肝病学分会. 慢性乙型肝炎诊断标准(2015 年版)[J]. 中西医结合肝病杂志, 2015, 25(6): 384-386.
- [3] 中华医学会肝病学分会. 肝硬化肝性脑病诊疗指南[J]. 实用肝脏病杂志, 2018, 21(6): 181-196.
- [4] JIAO X, FAN Z, CHEN H, et al. Serum and exosomal miR-122 and miR-199a as a biomarker to predict therapeutic efficacy of hepatitis C patients[J]. J Med Virol, 2017, 89(9): 1597-1605.
- [5] SINGH A K, ROOGE S B, VARSHNEY A, et al. Global microRNA expression profiling in the liver biopsies of hepatitis B virus-infected patients suggests specific microRNA signatures for viral persistence and hepatocellular injury[J]. Hepatology, 2018, 67(5): 1695-1709.
- [6] 张轩, 党秀敏, 肖倩, 等. 氧化苦参碱对乙型肝炎病毒的抑制作用及对 miR-122 表达的影响[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(9): 1402-1404.
- [7] 何雪琴, 王斯璘, 余飞, 等. 丙型肝炎病毒感染患者血清及 PBMC 中 miR-122, miR-29b 的表达[J]. 山东医药, 2019, 59(16): 1-3.
- [8] 何佳, 肖斌, 杭建峰, 等. 血清 miR-122-5p 和 miR-486-5p 在肝癌诊断中的临床应用[J]. 中华检验医学杂志, 2018, 41(1): 41-46.
- [9] 王燕, 陈香宇, 李娅, 等. 血清微小核糖核酸-122 在慢性乙型肝炎肝纤维化中的表达及意义[J]. 中华传染病杂志, 2018, 36(9): 533-536.
- [10] 王伟静, 项晓刚, 赵钢德, 等. 血清微小核糖核酸-122 在慢性乙型肝炎肝功能衰竭患者中的表达及其与疾病严重程度的关系[J]. 中华传染病杂志, 2014, 32(5): 269-273.

(收稿日期: 2019-12-07 修回日期: 2020-04-11)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 15. 034

腹膜外造口在直肠癌 Miles 术中预防造口旁疝的临床价值研究

缪永志, 王利利, 陈天文, 刘牧林[△]

蚌埠医学院第一附属医院胃肠外科, 安徽蚌埠 233000

摘要:目的 探究腹膜外造口在直肠癌腹会阴联合直肠癌根治术(Miles)中预防造口旁疝的临床价值。方法 选取 2012 年 1 月至 2016 年 12 月在该院胃肠外科行 Miles 术的 60 例直肠癌患者, 根据造口方式的不同将其分为腹膜内造口组(对照组, 30 例)和腹膜外造口组(观察组, 30 例), 观察对比 2 组患者的围术期相关资料及术后各种造口并发症的发生率。结果 2 组患者手术时间、术中出血等围术期资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组患者的造口旁疝发生率(3.33%)低于对照组(13.33%), 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 经腹膜外造口可以降低直肠癌 Miles 术造口旁疝的发生, 对患者的预后及生活质量有重要意义。

关键词:腹膜外造口; 造口方式; 造口旁疝; 直肠癌

中图分类号:R656.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)15-2221-03

直肠癌是威胁人类健康的恶性肿瘤之一, 近年来, 随着生活水平的提高和饮食习惯的改变, 直肠癌发病率也在逐年上升。直肠癌中, 超低位直肠癌及肛管癌手术较繁琐, 腹会阴联合直肠癌根治术(Miles)是针对超低位直肠癌及肛管癌的最佳手术方式, 行 Miles 术需要将消化道改建, 做结肠永久性造口^[1]。若患者一般情况较差、手术医生造口技术因素及术后造口护理不规范, 会导致造口出现缺血、坏死、狭窄、脱垂、造口旁疝等并发症的风险增加, 所有并发症中造口旁疝的治疗难度最大。因造口旁疝无法自愈, 往往需要行二次手术治疗, 这将给患者带来沉重的经济负担和心理压力, 严重影响患者术后生活质量^[2]。因此, 临床上也一直在寻找降低造口旁疝发生率的方法。近年来, 越来越多的文献报道腹膜外造口相较于

腹膜内造口可以明显降低造口旁疝的发生率。本研究将重点对比 2 种造口方式造口旁疝的发生情况, 寻找出更适合 Miles 术患者的结肠造口方式, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院胃肠外科 2012 年 1 月至 2016 年 12 月行 Miles 术的 60 例直肠癌患者临床资料。患者纳入标准: 术前直肠指征及电子结肠镜显示肿瘤下缘距离齿状线小于 5 cm, 病理活检联合腹部 CT 确诊。排除标准: 严重心、肺疾病, 或肝肾功能衰竭, 肿瘤分期晚(临近组织被肿瘤侵犯或有远处转移), 肿瘤复发手术, 继发性直肠癌等。据其造口方式的不同将患者分为腹膜内造口组(对照组)和腹膜外造口组(观察组), 每组 30 例。对照组男 20 例, 女 10

[△] 通信作者, E-mail: Liumulin66@aliyun.com。

例;年龄 45~83 岁,平均(60.1±9.4)岁。观察组男 18 例,女 12 例;年龄 45~80 岁,平均(61.2±10.6)岁。2 组患者的肿瘤大小及分期等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者一般临床资料比较

组别	n	肛缘距肿瘤距离(n)		肿瘤直径 ($\bar{x}\pm s$,cm)	Dukes 分期(n)			
		中位	低位		A 期	B 期	C 期	D 期
对照组	30	25	5	3.52±0.36	5	9	10	6
观察组	30	23	7	3.54±0.49	4	10	10	6
χ^2/t		0.417		0.208		0.164		
P		0.519		0.836		0.983		

1.2 方法 观察组:术中由手术医生根据具体情况确定造口位置,一般多将造口选择在左下腹腹直肌或腹直肌旁,先在造口处做一直径约 3 cm 的圆形切口,同时切除皮肤及皮下脂肪直至游离出腹直肌前鞘,再在腹直肌前鞘上做“十”字切口,然后在切口处往下沿着腹直肌肌纤维对腹直肌进行钝性分离,注意保护腹直肌,尽量不打断肌纤维,当遇到腹直肌坚硬不容易分离时可适当切断一部分肌纤维。同样的手法继续向里游离至腹直肌后鞘,此时无需打开后鞘,而是向侧方进行钝性分离,直至分离至侧腹膜,再于侧腹膜处分离出一段 2~3 横指能容纳肠管的隧道,分离过程中注意保护输尿管,游离完全后,将肠管从侧腹膜处延隧道拖出,保证肠管与腹壁夹角大于 90°,夹角过小容易挤压肠管,且不宜将乙状结肠拖出较长,一般高于皮肤 2~3 cm 为最佳,同时检查肠管系膜有无扭曲,保持肠管的张力适宜。最后将肠管与腹直肌前鞘间断固定,肠管黏膜层与皮肤真皮层间断缝合固定,固定完成后,再检查肠管是否通畅,即完成腹膜外造口手术,在整个分离过程中,应动作轻柔,尤其分离到肌肉时,注意保护肌肉神经、血管,同时注意保护输尿管等重要脏器。

对照组:同样先由手术医生确定造口位置,多选在左髂前上棘到脐连线中外 1/3 处,再在造口处做一直径约 3 cm 的圆形切口,沿着皮肤往内逐层分离至腹壁,保持各层切开长度均匀一致,大小能容纳 2~3 横指,再将造口结肠提出,检查肠系膜有无扭转及肠管张力是否适中,检查完善后,最后再将肠管与腹膜层、腹直肌后鞘、前鞘、皮肤真皮层等依次作间断缝合固定,即完成腹膜内造口。同样在分离、结肠造口时注意保护肌肉、血管及重要脏器。

1.3 观察指标 对比 2 组患者的围术期资料及术后造口并发症发生情况,围术期资料包括手术时间、术中出血量;术后造口并发症包括近期、远期并发症。近期并发症包括术后造口黏膜水肿、造口脱垂、回缩、感染等并发症;远期并发症包括造口狭窄及造口旁疝。对患者术后进行随访,每半年 1 次,随访 2 年,重点了解患者的造口旁疝发生率。

1.4 统计学处理 使用 SPSS20.0 统计学软件对 2 组患者资料进行处理。计数资料以频数和百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 围术期资料比较 2 组患者的手术时间、术中出血量等围术期资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

2.2 2 组患者造口并发症比较 对照组发生造口黏膜水肿(3 例)、感染(2 例)、回缩(1 例)、狭窄(1 例)、脱垂(1 例)并发症共 8 例(26.67%),观察组发生造口黏膜水肿(5 例)、感染(2 例)并发症 7 例(23.33%),2 组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。但对照组患者发生造口旁疝 4 例(13.33%),观察组 1 例(3.33%),2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 2 组患者围术期资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	男/女(n/n)	年龄(岁)	体质量指数(kg/m ²)	造口时间(min)	手术时间(min)	手术出血量(mL)
对照组	30	20/10	60.13±9.39	22.91±2.03	24.11±2.04	236.82±5.98	115.02±3.42
观察组	30	18/12	61.20±10.59	22.91±2.15	21.31±1.86	234.95±4.37	115.18±3.41
t/χ ²		0.528	0.413	0.002	5.577	1.383	0.180
P		0.599	0.681	0.999	0.681	0.172	0.857

3 讨 论

直肠癌是临床上常见的恶性肿瘤之一,我国每年新发直肠癌患者数都在逐年上升,其中低位直肠癌所占比重较高^[1]。受益于手术技术与器械的飞速发展,越来越多的低位直肠癌患者可行超低位保肛^[3],但对于距离齿状线过近的肿瘤及肛管癌患者,仍需行 Mi-

les 术切除。行 Miles 术就不可避免要行乙状结肠造口,其中部分患者由于身体营养状况较差、肠道水肿或者肠道准备欠佳等原因,导致造口并发症出现概率增大,常见的造口并发症中造口旁疝的治疗最为棘手,临床医生也一直在探索降低造口旁疝发生率的方法。有研究表明,造口旁疝的发生率约为 33%^[3]。有

学者认为造口旁疝的发生率与随访时间成正比,只要患者术后存活时间够长,都会发生造口旁疝^[4]。近年来不断有文献报道,行腹膜外造口的患者,其造口旁疝的发生率远低于行腹膜内造口的患者^[5-6]。既往因手术条件限制,Miles 术治疗均是开腹行腹膜内造口,近年来,随着腔镜技术的普及,大大降低了腹膜外造口的难度,因此,腹膜外造口逐渐被更多的临床医生所选择^[7]。

相较于腹膜外造口,腹膜内造口手术操作更复杂,需要将造口肠管和侧腹壁之间紧密缝合,不能留有空隙,如缝合手法不正确则术后出现腹内疝及粘连性肠梗阻的概率会大大增加。另外造口肠管是成直角角度从腹膜内引出,这导致造口肠管附近无任何支撑,术后患者可能因体位变化或腹部内部压力影响,出现腹膜内疝^[8]。而腹膜外造口肠管是成钝角角度沿着侧腹壁延游离的隧道潜行穿出,肠管不是直接穿出腹壁,有效避免了腹腔内压直接冲击造口。另外,随着时间推移,造口肠管会与侧腹壁及腹直肌后鞘和部分腹直肌充分粘连固定,很大程度上降低腹膜内疝发生率。同时,乙状结肠成钝角沿着侧腹膜隧道从左下腹腹直肌旁穿出,因腹直肌属于随意肌,可由大脑直接控制,更有助于患者控制排便,且乙状结肠在隧道内成钝角,更有利于缓冲和储存肠内容物,也有利于规律排便。因此,理论上说,腹膜外结肠造口更不容易并发造口旁疝,能够提高患者术后生存质量。

造口旁疝的形成是一个漫长而复杂的过程,它受多因素影响,笔者总结主要包括以下原因^[9-11]:(1)术后造口护理不规范;(2)患者自身原因,如体型肥胖、高龄、营养不良等因素,此类患者一般体质较差,腹部肌肉薄弱;(3)术后患者出现腹胀、腹水或尿路梗阻等可导致腹内压升高;(4)造口位置选择不当或手术不当等因素,如造口选择在很靠近左下腹往下的位置,因为此位置无腹直肌后鞘保护,且腹直肌较薄弱,增加了造口旁疝发生的可能。临床上发生造口旁疝一般多为老年人,主要原因是老年人体质差、腹壁薄弱、腹内压高,因此,对于老年患者术后应加强体育锻炼,有引起腹内压增高因素时,应尽可能解决病因。

本研究结果显示,2 组患者的围术期资料及术后造口黏膜水肿、感染、回缩、狭窄等并发症比较,差异无统计学意义($P>0.05$),但在造口旁疝发生率上,传统的腹膜内造口患者造口旁疝的发生率(13.33%)高于腹膜外造口患者(3.33%),2 组差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,行 Miles 术时采用经腹膜外造口方式并不会额外增加手术时间及术中出血,不会带来额外的风险,能够有效降低术后造口旁疝的发生率。同时,本研究也存在样本量少、随访时间短等缺点,仍有待于进行更大样本的临床前瞻性随机对照研究证实。

参考文献

- [1] 范逸怡,孙明明,党胜春. 直肠癌腹腔镜 Miles 术经腹膜外与经腹膜途径结肠造瘘术疗效比较的 Meta 分析[J]. 中国普通外科杂志,2018,27(10):1231-1244.
- [2] 卢志坤,吴永强,何德谋. 直肠癌 Miles 手术行经腹直肌乙状结肠造口对减少术后结肠造口旁疝发生率的作用[J/CD]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2016,10(2):125-127.
- [3] 吴文辉,许峰峰,吴晖,等. 经腹直肌隧道式腹膜外结肠造口预防 Miles 术后造口旁疝的临床价值[J/CD]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2016,10(3):182-185.
- [4] 王雁军,王青兵,肖建安,等. 腹膜外结肠造口在腹腔镜直肠癌 Miles 术中的应用[J/CD]. 中华结直肠疾病电子杂志,2016,5(1):56-59.
- [5] 张宇星,李钢琴,徐爱民,等. 腹腔镜行乙状结肠腹膜外造口术的临床应用[J]. 临床外科杂志,2016,24(2):210-212.
- [6] 朱乐乐,王飞通,刘星,等. 腹会阴联合直肠癌根治术后发生造口旁疝的影响因素[J]. 中国普外基础与临床杂志,2018,25(8):964-969.
- [7] 成军,李晓云,晏伟,等. 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[J]. 中国微创外科杂志,2017,17(12):1080-1082.
- [8] 陈世杰,刘秀兰,彭超,等. 腹会阴联合切除术两种乙状结肠造口对比分析[J]. 中国普外基础与临床杂志,2016,23(4):462-466.
- [9] RYU S,BAE B N. Rectal free perforation after stapled hemorrhoidopexy:a case report of laparoscopic peritoneal lavage and repair without stoma[J]. Int J Surg Case Rep, 2017,30(1):40-42.
- [10] HINO H,YAMAGUCHI T,KINUGASA Y,et al. Relationship between stoma creation route for end colostomy and parastomal hernia development after laparoscopic surgery[J]. Surg Endosc,2017,31(4):1966-1973.
- [11] SAN-MIGUEL C,MUÑOZ J,ROBIN Á,et al. Modified Pauli abdominal wall reconstruction for recurrent parastomal hernia after a sugarbaker repair:a video vignette [J]. Colorectal Disease,2019,21(10):14783.

(收稿日期:2019-12-16 修回日期:2020-04-11)