

## 无支撑回肠造口在低位直肠切除术中应用的有效性和安全性分析

周峰,张春霞,杜永红,王水明,何勇山,周阿成,金黑鹰

(南京中医药大学第三附属医院全国肛肠医疗中心,江苏省中西医结合结直肠癌诊疗中心,江苏 南京 210001)

**[摘要]** 目的:评价无支撑回肠造口在低位直肠切除术中应用的安全性和有效性。方法:回顾性分析2007年10月~2010年12月南京中医药大学第三附属医院全国肛肠医疗中心对67例采用无支撑的回肠造口术的临床资料。结果:本组患者平均年龄54岁,14例(20.8%)出现术后并发症。7例(10.4%)患者造口出现水肿,未经特殊处理,约2周后恢复正常;4例(5.9%)患者出现造口周围皮炎,经对症治疗后好转;2例(3.0%)患者出现造口旁疝,1例(1.5%)患者于术后4个月时出现造口脱垂,未进行特殊处理;未发生造口回缩。结论:本组较大样本、较长的随访时间证实无支撑回肠造口具有制作简单、安全性好、粪便转流彻底、并发症少、易于护理、易于还纳等优点,具有良好的安全有效性,可较好地应用于低位结肠肛管吻合术中的预防性回肠造口,而且造口还纳后的并发症低于文献报道。

**[关键词]** 无支撑回肠造口;低位直肠切除术;安全性;有效性;并发症

**[中图分类号]** R657.1

**[文献标志码]** B

**[文章编号]** 1007-4368(2013)04-535-02

**doi:**10.7655/NYDXBNS20130426

为减少低位结肠肛管吻合术后吻合口漏的发生率,预防性回肠造口得到了广泛应用,但传统的袢式回肠造口具有护理困难、造口周围皮炎和水肿发生率高、还纳困难等缺点<sup>[1]</sup>,因此本院改良了回肠造口术式,应用无支撑回肠造口,在初步应用中取得了较好理想的疗效<sup>[2]</sup>。本研究对2007年10月~2012年12月在本院行无支撑回肠造口术的患者的术后并发症进行较大样本的分析,以进一步评价无支撑回肠造口在低位结肠肛管吻合术中应用的安全有效性,推广此手术方式。

### 1 对象和方法

#### 1.1 对象

本组67例中,男27例,女40例,平均年龄(54±11)岁(30~80岁)。62例因低位直肠癌行直肠癌超低位前切除加结肠肛管吻合术;5例因家族性腺瘤性息肉病行全结直肠切除加回肠储袋肛管吻合术。手术距随访结束时间2~74个月,平均28个月。

#### 1.2 方法

按本组已经报道方法进行手术<sup>[2]</sup>,完成低位吻合后,距回盲瓣15cm的回肠作为造口肠段并标记,于右下腹经腹直肌按常规作一造口隧道,将造口处肠管从隧道中牵出,关腹后于造口远端将回肠楔形切开。切开最远端距切开处4cm,将造口近端肠管与隧道的真皮层做外翻缝合,远端将肠壁与造

口处真皮层作直接缝合,形成造口近端高于造口远端2cm。术后常规进行造口处理,观察造口血运、水肿情况、造口内陷、造口旁疝、造口回缩等造口相关的并发症。

### 2 结果

本组67例回肠造口患者中,14例(20.8%)出现术后并发症。7例(10.4%)患者造口出现水肿,未经特殊处理,约2周后恢复正常;4例(5.9%)患者出现造口周围皮炎,经对症治疗后好转;2例(3.0%)患者出现造口旁疝,1例(1.5%)患者于术后4个月时出现造口脱垂,未进行特殊处理;未发生造口回缩。

58例患者于术后6个月进行了造口还纳,1例患者于术后第6天出现腹痛、发热,诊断为吻合口漏,预剖腹探查,吻合口切除,近端回肠造口。其余患者切口无红肿硬结出现,均一期愈合。

### 3 讨论

在低位直肠切除术后,施行保护性肠造口后吻合口瘘的发生率较未施行时明显降低,而且术后再次手术和腹腔感染率也明显减少<sup>[3]</sup>,因此,保护性回肠造口得到了广泛应用。常规袢式回肠造口,为了预防造口回缩,在回肠从造口隧道拖出时,用一根棒支撑住肠袢,分别缝合腹膜、腹直肌前鞘和皮肤。由于有了支撑棒的存在,造口护理往往比较困难,早期造口皮

肤周围炎的发生率为 17%~20%<sup>[4]</sup>,部分患者可以发生造口处水肿和疼痛。本组使用的无支撑回肠造口由于没有支撑棒的存在,在造口护理时比较方便,减少了肠液外溢对周围皮肤的损伤。本组 67 例患者仅 4 例(5.9%)发生了造口周围皮肤炎,7 例(10.4%)患者发生造口处水肿,发生率较传统祥式明显降低。

造口回缩及狭窄是需再次手术的最常见原因,此并发症的发生率约为 18.5%<sup>[5]</sup>,造成此并发症的原因主要有:造口的初始长度不足、造口周边缝线固定不足或缝线过早脱落、体重急剧增加等。而祥式造口使用支撑棒的主要目的也是为了防止造口处肠管的回缩。然而本组无支撑回肠造口的 67 例患者术后均未出现造口回缩,提示不使用支撑棒同样安全,也可能不发生造口回缩。

本组有 1 例于术后 5 个月,因为长期咳嗽、腹腔压力升高,导致造口脱垂,脱出肠管约 2 cm,平躺时肠管回缩,但无肠液露出,未予特殊处理。本组 2 例患者发生造口旁疝,没有发生造口旁疝嵌顿。

常规的回肠造口术后,由于造口切开时往往沿肠壁中间切开,形成的造口往往远端和近端等高,造口近端的肠内容物可能会进入到远端肠段<sup>[6]</sup>。本组无支撑造口,沿远端将肠壁切开,使近端形成 1 个高 2 cm 的乳头,而远端由于近端的挤压而近乎闭合。因此,近段的肠内容物不容易进入远端,而达到较为完全的转流作用。

在进行常规预防性回肠造口或永久性回肠造口时,需要对造口周围间隙进行缝合固定,防止腹腔内组织从造口旁疝出,特别对于永久性回肠造口,进行确实的肠管周围固定非常重要,但是对于预防性回肠造口,如果缝合过多,在造口还纳时分离肠管有一定困难。本组制作的无支撑的回肠造口在进行制作时没有进行缝合固定,造口还纳时,由于没有许多缝线的存在,造口周围分离相对比较容易。本组 58 例进行了造口还纳,除 1 例发生吻合口漏以外,其余均愈合,而且切口均一期愈合,无肠梗阻发生。Löffler 等<sup>[7]</sup>多中心研究表明,造口还纳后肠梗阻的发生率在 10%左右,而吻合口漏发生为 3%,Akesson 等<sup>[8]</sup>报道,造口还纳后术后并发症发生率为 40.6%,本组明显低于文献报道。有报道祥式造口还纳后创面感染率为 0%~41%<sup>[9-10]</sup>,而本组患者均无创面感染。

本组患者均选择在术后 6 个月进行造口还纳,

主要原因是由于本组多数为直肠癌患者,在手术后需要进行辅助化疗或放化疗,其治疗疗程约为 6 个月,待放化疗结束后再行造口还纳。如果患者不需要进行化疗或吻合口愈合良好,也可以考虑在 3~6 个月后进行造口还纳<sup>[10]</sup>。

总之,本组较大样本、较长的随访时间证实无支撑回肠造口具有制作简单、安全性好、粪便转流彻底、并发症少、易于护理、易于还纳等优点,具有良好的安全有效性,可较好地应用于低位结肠肛管吻合术中的预防性回肠造口,而且造口还纳后的并发症低于文献报道。

#### [参考文献]

- [1] 喻德洪.造口治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2004:35-42
- [2] 金黑鹰,丁义江,叶辉,等.无支撑回肠造口在低位结肠肛管吻合术中的应用[J].中华胃肠外科杂志,2009,12(6):633-634
- [3] 陈贵平,李其肯,李德川,等.保护性回肠造口在直肠癌超低位前切除术中的临床价值[J].中华胃肠外科杂志,2009,9(2):170-171
- [4] Robetson I, Leung E, Hughes D, et al. Prospective analysis of stoma related complications [J]. Colorectal Dis, 2005, 7(3):279-285
- [5] Speakman CTM, Paker MC, Northover JMA. Outcome of stapled revision of retracted ileostomy[J]. Br J Surg, 1991, 78(8):935
- [6] Duehesne JC, Wang YZ, Weintraub SL, et al. Stoma complications: a multivariate analysis[J]. American Surgeon, 2002, 68(11):961-966
- [7] Löffler T, Rossion I, Bruckner T, et al. Hand suture versus stapling for closure of loop ileostomy (HASTA Trial): results of a multicenter randomized trial (DRKS00000040) [J]. Ann Surg, 2012, 256(5):828-835
- [8] Akesson O, Syk I, Lindmark G, et al. Morbidity related to defunctioning loop ileostomy in low anterior resection[J]. Int J Colorectal Dis, 2012, 27(12):1619-1623
- [9] Hackam DJ, Rotstein OD. Stoma closure and wound infection: an evaluation of risk factors [J]. Can J Surg, 1995, 38(2):144-148
- [10] Garcia-Botello SA, Garcia-Armengol J, Garcia-Granero E, et al. A prospective audit of the complications of loop ileostomy construction and takedown[J]. Dig Surg, 2004, 21(5):440-446

[收稿日期] 2012-12-31