

# 经腹膜内乙状结肠造口术与经腹膜外乙状结肠造口术临床效果的比较

李泽灵 江 薇

江西省景德镇市第一人民医院普外科,江西景德镇 333000

**[摘要]** 目的 观察经腹膜内、腹膜外两种结肠造口形式的并发症、术后出血、生活质量等情况。方法 选取2018年6月至2019年6月我院收治的60例接受肛管、直肠下段恶性肿瘤切除术合并乙状结肠造口的患者,将所有患者分为经腹膜外组( $n=30$ )与经腹膜内组( $n=30$ );对比两组患者围术期手术时间、首次肛门排气时间、首次排便时间、术中出血量、并发症及生活质量情况。结果 两组在手术时间、术中出血量、术后住院时间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。经腹膜外组患者在首次肛门排气时间和首次排便时间,明显短于经腹膜内组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。经腹膜内组的并发症总发生率为30.00%,经腹膜外组的并发症总发生率为3.33%,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。经腹膜外组的功能领域积分为(326.43±77.14)分,明显高于经腹膜内组的(262.71±48.65)分;经腹膜外组的症状领域积分为(110.76±43.28)分,明显低于经腹膜内组的(143.37±53.82)分,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 与经腹膜内造口术相比,经腹膜外乙状结肠造口的并发症明显减少,且控便、排便能力更好,值得在临床治疗上推广。

**[关键词]** 乙状结肠造口;经腹膜内;经腹膜外;造口并发症

**[中图分类号]** R735.37

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1673-9701(2021)04-0046-04

## Comparative on the clinical effects of intraperitoneal sigmoid colostomy and extraperitoneal sigmoid colostomy

LI Zeling JIANG Wei

Department of General Surgery, Jingdezhen No. 1 People's Hospital in Jiangxi Province, Jingdezhen 333000, China

**[Abstract]** **Objective** To observe the complications, postoperative bleeding and quality of life of the two forms of intraperitoneal and extraperitoneal colostomy. **Methods** A total of 60 patients who underwent resection of malignant tumors of the anal canal and lower rectum combined with sigmoid colostomy who were admitted to our hospital from June 2018 to June 2019 were selected in this study. They were divided into two groups, the intraperitoneal group ( $n=30$ ) and the extraperitoneal group( $n=30$ ); the perioperative operation time, time of first anal exhaustion, time of first defecation, intraoperative blood loss, complications and quality of life were compared between the two groups of patients. **Results** There was no difference between the extraperitoneal group and the intraperitoneal group in terms of operation time, intraoperative blood loss, and postoperative length of hospital stay. In terms of days of first anal exhaustion and days of first defecation, the time spent by patients in the extraperitoneal group were significantly lower than those in the intraperitoneal group, and the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). The total complication rate in the intraperitoneal group was 30.00%, and the total complication rate in the extraperitoneal group was 3.33%. The difference was significant between the two groups( $P<0.05$ ). The functional area score in the extraperitoneal group was(326.43±77.14) points, which was higher than that of(262.71±48.65) points in the intraperitoneal group; the symptom area score in the extraperitoneal group was(110.76±43.28) points, which was lower than that of(143.37±53.82) points in the intraperitoneal group. The difference was significant between the two groups( $P<0.05$ ). **Conclusion** Compared with intraperitoneal colostomy, the complications of extraperitoneal sigmoid colostomy are significantly reduced, and the ability to control bowel movement and perform bowel movement is better. It is worthy of promotion in clinical treatment.

**[Key words]** Sigmoid colostomy; Intraperitoneal; Extraperitoneal; Stoma complications

结直肠癌作为临床上常见的恶性肿瘤,近年来其发病率呈逐年上升趋势,Mile 首创的腹会阴联合直肠切除术是当前治疗低位直肠癌的重要方式。而我国国民

**[基金项目]** 江西省景德镇市科技计划项目(20182SFZC062)

众的卫生保健意识普遍不高,通常患者就诊时已处于直肠癌中晚期,所以必须要应用腹会阴联合切除术进行治疗。传统的经腹膜内乙状结肠造口,易发生造口坏死、狭窄、内疝、造口旁疝、回缩、脱垂等并发症。国

内外有文献报道,经腹膜外乙状结肠造口可以有效减少术后并发症的产生。但是经腹膜外造口术后并发症的相关文献较少,是否引起术后排气、排便时间延后、肠功能恢复时间减慢等方面仍存在争议。为了对经腹膜内和经腹膜外乙状结肠造口进行较为客观、准确地评价,本研究对在我院接受乙状结肠造口的 60 例患者分别采用经腹膜内、外结肠造口,并对其围术期情况、术后并发症、造口功能等方面进行对比分析,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

采用随机对照的实验设计方法,对我院 2018 年 6 月至 2019 年 6 月收治的 60 例接受肛管、直肠下段恶性肿瘤切除术合并乙状结肠造口的患者(均为直肠癌患者)按治疗先后编号。纳入标准:①肛管下段恶性肿瘤行腹会阴联合切除术腹壁乙状结肠造口者;②临床资料完整,患者自愿签署知情书。排除标准:①精神障碍,无法正常交流者;②严重的心肾功能障碍者<sup>[1]</sup>。本研究经医院医学伦理委员会审核通过,单号入经腹膜外组,双号入经腹膜内组,每组各 30 例。经腹膜内组男 15 例,女 15 例,年龄 21~85 岁,平均(52.50±1.42)岁;造口坏死 1 例,造口狭窄 1 例,内疝 1 例,造口旁疝 4 例,造口回缩 2 例。经腹膜外组男 14 例,女 16 例,年龄 23~82 岁,平均(52.30±1.57)岁。造口坏死 1 例,造口狭窄 1 例,造口旁疝 1 例,造口回缩 1 例。两组患者性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

1.2.1 经腹膜外组 给予患者经腹膜外结肠造口。在脐下 3~5 cm 腹中线左外侧标记造口位置,切开约 2.5 cm 的皮下组织,十字形切开部分腹直肌前鞘,不能撕裂腹膜,形成腹膜外隧道与造口切口相连,注意系膜方向,不可扭转,钝性分离腹直肌。经腹直肌外侧造口者,

结肠浆肌层与腹外斜肌腱膜固定 4~8 针,防止造口结肠收缩。经腹膜直肌造口者,将腹直肌前鞘与造口肠壁固定起来,闭合盆底腹膜,避免左侧腹膜在造口结肠上形成压迫。关腹后,距皮肤平面约 2 cm 处剪除多余肠管,对肠腔进行消毒,使用油纱覆盖保护后贴上一次性造口袋<sup>[2]</sup>。

1.2.2 经腹膜内组 给予患者经腹膜内结肠造口。将腹膜切开,并与腹壁外拉出造口,缝合腹膜与结肠浆肌层,关闭造口。腹外斜肌腱膜、腹直肌鞘与肠壁固定方法、肠管边缘皮肤固定方法同经腹膜外结肠造口。

### 1.3 观察指标及评价标准

对比两组患者的手术时间、术中出血量、术后住院时间、首次肛门排气时间、首次排便时间及术后并发症(造口坏死、内疝、造口回缩、造口狭窄、造口旁疝)情况。使用 QLQ-C30 量表评估患者的术后生活质量,功能领域分数越高表示患者的生活质量越好;症状领域分数越低表示患者的临床症状越好<sup>[3]</sup>。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用  $t$  检验;计数资料以[n(%)]表示,采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组围术期情况比较

两组在手术时间、术中出血量、术后住院时间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );经腹膜外组在首次肛门排气时间和首次排便时间,明显短于经腹膜内组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

### 2.2 两组造口并发症发生情况比较

经腹膜内组的并发症总发生率为 30.00%,经腹膜外组的并发症总发生率为 3.33%,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

### 2.3 两组患者术后生活质量比较

经腹膜外组的功能领域积分为(326.43±77.14)分,

表 1 两组围术期情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别    | n  | 手术时间(min)    | 术中出血量(mL)    | 首次肛门排气时间(d) | 首次排便时间(d) | 术后住院时间(d)  |
|-------|----|--------------|--------------|-------------|-----------|------------|
| 经腹膜内组 | 30 | 237.12±38.31 | 488.47±56.34 | 3.91±0.52   | 4.81±0.33 | 18.12±1.14 |
| 经腹膜外组 | 30 | 242.14±36.23 | 502.31±48.76 | 3.23±0.51   | 4.25±0.32 | 16.24±1.34 |
| $t$ 值 |    | 0.522        | 0.212        | 3.857       | 3.119     | 0.938      |
| $P$ 值 |    | 0.604        | 0.833        | 0.000       | 0.003     | 0.352      |

表 2 两组造口并发症发生情况比较

| 组别         | n  | 造口坏死 | 造口狭窄 | 内疝 | 造口旁疝 | 造口回缩 | 总发生[n(%)] |
|------------|----|------|------|----|------|------|-----------|
| 经腹膜内组      | 30 | 1    | 2    | 2  | 2    | 2    | 9(30.00)  |
| 经腹膜外组      | 30 | 1    | 0    | 0  | 0    | 0    | 1(3.33)   |
| $\chi^2$ 值 |    |      |      |    |      |      | 4.055     |
| $P$ 值      |    |      |      |    |      |      | 0.044     |

明显高于经腹膜内组的(262.71±48.65)分;经腹膜外组的症状领域积分为(110.76±43.28)分,明显低于经腹膜内组的(143.37±53.82)分,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 两组患者术后生活质量比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别    | n  | 功能领域积分       | 症状领域积分       |
|-------|----|--------------|--------------|
| 经腹膜内组 | 30 | 262.71±48.65 | 143.37±53.82 |
| 经腹膜外组 | 30 | 326.43±77.14 | 110.76±43.28 |
| t 值   |    | 3.827        | 2.586        |
| P 值   |    | 0.000        | 0.012        |

### 3 讨论

腹壁乙状结肠造口术在低位直肠癌、肛管癌的治疗中得到普遍应用,能有效降低患者的并发症发生率,有助于患者健康生活质量的提升。腹壁乙状结肠造口术通常分为经腹膜内造口与经腹膜外造口两种方式。据相关研究资料显示<sup>[4]</sup>,经腹膜外造口术的患者出现造口回缩、腹内疝、脱垂等发生率较低,在临床上具有显著价值。肠造口处缺血坏死是由于供应造口部位的肠血液循环受到影响,在术后48 h内黏膜缺血坏死<sup>[5]</sup>。临床表现一般在术后24~48 h内造口黏膜变为暗红色、紫色、苍白。黏膜失去光泽,重度情况下黏膜会完全变黑,并带有异常臭味,且部分患者会出现腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张、发热、白细胞升高等异常。腹壁乙状结肠造口术普遍应用于低位直肠癌、肛管癌的治疗方面,对于患者的健康质量提升,具有重要意义。

腹膜内造口由于需要将结肠与腹壁各层缝合,易损伤结肠系膜血管,引起造口缺血<sup>[6-7]</sup>。而腹膜外造口则不需缝合太多,故不易引起肠造口缺血,经腹膜内造口的结肠与腹壁之间会留有间隙,此间隙如果缝合关闭不全的话,会容易引发腹内疝。而腹膜外造口因不存在乙状结肠与腹壁之间的间隙,故避免了腹内疝的发生。回缩是造口内陷低于皮肤表层,可发生在术后早期或晚期,容易引起排泄物渗漏,导致造口周围皮肤损害,造口袋黏贴困难,增加难度<sup>[8]</sup>。经腹膜外造口肠管术后与腹膜黏连固定,不容易引发造口回缩现象。本研究结果显示,经腹膜外组的造口并发症总发生率明显低于经腹膜内组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。经腹膜外组和经腹膜内组在手术时间、术中出血量、术后住院时间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );经腹膜外组在首次肛门排气时间和首次排便时间,明显短于经腹膜内组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

腹壁结肠造口术是临床上常用的治疗方式,用于低位直肠癌、肠管癌等疾病的治疗中,通常是提升患者生活质量的关键方式。其中术后并发症是评估手术

成功的重要指标,对后续的治疗效果产生直接影响<sup>[9]</sup>。所以在术前、术中、术后对肠造口并发症进行预防尤为重要。结肠造口并发症的预防是临床上重要的研究课题,应注意以下几点:①术前造口定位、肠道准备等,同时向患者讲述造口的种类、护理方法及常用器具等,缓解患者心理上的紧张情绪,帮助其树立积极的治疗自信<sup>[10]</sup>。结肠造口作为高污染性的手术,主要通过口服抗生素、灌肠等方式降低术后感染率。在结肠造口手术中,最关键的就是科学选择造口定位,防止因装袋泄露而产生的周围皮炎,通常选择健康的皮肤附近为造口位置,禁止在瘢痕区域造口,根据患者的自身情况标记好造口位置,暴露腹直肌,降低造口旁疝的发生率。针对肥胖患者来讲,由于隆起的腹部使患者很难看到造口,因此造口位置要适当上移。②针对不同的人群采取不同的手术操作方法。在造瘘口通道的制作过程中,其直径要结合患者的胖瘦来决定,通常腹壁孔直径约3 cm,否则容易滋生并发症。造瘘口过大的话,容易造成造瘘口狭窄或坏死<sup>[11]</sup>。在手术过程中,要适当切除皮下组织、筋膜等,若患者腹直肌较发达,可以切除少量肌肉组织。经腹膜外结肠造口患者,其造口位置位于腹膜外,通过手术固定腹膜与腹壁,避免产生造口脱垂与回缩的情况。③对患者开展有针对性的护理方式,避免产生感染情况<sup>[12]</sup>。结肠造口作为高污染的手术,术前、术中及术后要服用抗生素,造口周围要用碘伏消毒,避免出现造口感染的情况,预防造口出血。④止血时确保肠造口的血液供应。造口完成后要对患者的伤口情况进行检查,看其是否有出血状况,如果存在出血情况,可以采取压迫、结扎等处理<sup>[13]</sup>。在缝合过程中,不能缝扎系膜靠近肠管的边缘血管,避免过狭而影响造口的血供,同时要注意造口肠黏膜的颜色,肠造口处缺血坏死等主要是由于血液供应不畅造成<sup>[14]</sup>。按照造口处坏死的情况主要分为轻度、中度和重度三种,通常在术后48 h内出现,造口黏膜变为暗红色、紫色、苍白。鉴于此,要采取有针对性的护理方式,密切观察患者的造口变化,提高患者的预后效果。⑤术后专业护理及科学的功能训练。伴随医疗技术的迅速发展,有效减少了术后造口并发症的发生率,特别是皮肤周围的并发症<sup>[15]</sup>。对患者开展早期腹部功能锻炼会加肠道功能的恢复,降低造口并发症的发生率,便于排便的护理,有助于提升患者的生活质量,促进其快速康复。

综上所述,与经腹膜内造口术相比,经腹膜外乙状结肠造口患者并发症的发生率较小,具有良好的排便、控便能力。术后进行适当的功能训练,对于患者肠道功能的恢复、生活质量的提升具有重要意义,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 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,2018,23(4):462-466.
- [2] 颜育祥.两种乙状结肠造口对术后造口并发症、排便及生活质量影响的对比分析[J].中国高等医学教育,2018(10):122,129.
- [3] 肖艳.Hartmann 术或回肠祥式造口术治疗老年梗阻性直乙状结肠癌的效果及安全性分析[J].世界临床医学,2018,11(8):74,78.
- [4] 李刚.两种造口术在治疗老年梗阻性乙状结肠癌及高位直肠癌中的应用[J].中国医学工程,2017,24(5):99-100.
- [5] 耿伟,宫春梅,王培芹,等.乙状结肠癌经腹膜内造瘘与经腹膜外造瘘的临床疗效及并发症的预防[J].现代生物医学进展,2017,15(30):5910-5913.
- [6] 宋代洪.两种肠造口术在治疗老年梗阻性乙状结肠癌和高位直肠癌中的应用[J].心理医生,2018,24(26):43.
- [7] 符东,郑锦.两种肠造口术在治疗老年梗阻性乙状结肠癌和高位直肠癌中的应用[J].中国社区医师,2018,34(26):21-22.
- [8] 赵景全,张正茂,周鹏.两种结肠造瘘术式对先天性高位肛门直肠畸形患儿的治疗效果分析[J].中国医药科学,2019,10(8):87-90.
- [9] 单汉国,黄笛鸣,王春云.对比分析回肠祥式造口术与结肠造口术治疗老年梗阻性乙状结肠癌和高位直肠癌的临床效果[J].中国现代医生,2017,55(23):42-44,47.
- [10] 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,2017,23(4):462-466.
- [11] 李南,苏拓,姜国丹.两种肠造口术在治疗老年梗阻性乙状结肠癌和高位直肠癌中的应用效果分析[J].中华老年医学杂志,2018,36(2):177-179.
- [12] 刘传渊,刘红权,肖荷芳,等.两种肠造口术对老年梗阻性乙状结肠癌和高位直肠癌的治疗效果探讨[J].当代医学,2019,22(34):18-19.
- [13] 胡毕文,曹晨曦,沈桂鑫,等.直肠肛管恶性肿瘤腹会阴联合切除术中两种途径腹膜外乙状结肠造口的比较[J].浙江医学,2018,38(3):198-200.
- [14] 初祯.130 例急诊室消化道出血患者病因及实验室结果分析[J].中国现代医生,2020,58(3):123-125.
- [15] 刘兆伟,王国强,吕浩轩.多排螺旋 CT 平扫联合增强扫描及多平面重组在结直肠癌中的诊断价值[J].中国现代医生,2019,57(36):96-98,115.

(收稿日期:2020-09-03)

(上接第 45 页)

- [24] Röhrs S,Scherr M,Romani J,et al. CD7 in acute myeloid leukemia:Correlation with loss of wild -type CEBPA, consequence of epigenetic regulation[J]. J Hematol Oncol, 2010(3):15.
- [25] Yamamoto K,Yakushijin K,Ichikawa H,et al. Expression of a novel ZMYND11/MBTD1 fusion transcript in CD7<sup>+</sup>CD56<sup>+</sup> acute myeloid leukemia with t(10;17)(p15;q21)[J]. Leukemia & lymphoma,2018(18):1-5.
- [26] Xiao SS,Zhu HQ. Correlation study on CD7,CD34, CD56 and HLA-DR expressions and its prognosis among patients with acute myeloid leukemia[J]. Biomedical Research-India,2017,28(15):6786-6790.
- [27] Hojilla C,Thomas M,Sukhai M,et al. Genetic heterogeneity,CD7 and CD34 expression identifies a subpopulation of nucleophosmin 1-mutated acute myeloid leukemia (NPM1+AML) with early relapse[J]. Laboratory Investigation,2016(96):352.
- [28] Ahn JS,Kim JY,Kim HJ,et al. Erratum to:Normal karyotype acute myeloid leukemia patients with CEBPA double mutation have a favorable prognosis but no survival benefit from allogeneic stem cell transplant[J]. Ann Hematol,2016,95(2):363.
- [29] Jehan AE,Laila MS,Atef MT,et al. Prognostic significance of CEBPA mutations and BAALC expression in acute myeloid leukemia patients with normal karyotype[J]. European Journal of General Medicine,2015,7(1):17-28.
- [30] Renneville A,Boissel N,Gachard N,et al. The favorable impact of CEBPA mutations in patients with acute myeloid leukemia is only observed in the absence of associated cytogenetic abnormalities and FLT3 internal duplication[J]. Blood, 2009,113(21):5090-5093.
- [31] Zhang QL,Li XY,Wei ZY,et al. Risk factors and clinical characteristics of non-promyelocytic acute myeloid leukemia of intracerebral hemorrhage:A single center study in China [J]. Journal of Clinical Neuroscience,2017(44):203-206.
- [32] Shannon RM,Mark JL. Emerging molecular predictive and prognostic factors in acute myeloid leukemia [J]. Leukemia & Lymphoma,2018,9(9):2021-2039.

(收稿日期:2020-06-12)