

关闭盆底腹膜在腹腔镜辅助直肠癌 Miles 手术中的意义探讨

刘 意, 汤黎明, 钱 峻, 朱 杰, 莫 琪

(南京医科大学附属常州第二人民医院 胃肠外科, 江苏 常州, 213100)

摘要: **目的** 探讨关闭盆底腹膜在腹腔镜直肠癌 Miles 根治术中的意义和价值。**方法** 将 2010 年 1 月~2011 年 2 月期间本院收治的 47 例腹腔镜 Miles 根治术的直肠癌患者根据是否缝合关闭盆底腹膜分为关闭盆底组(A 组)及未关闭盆底组(B 组), 比较 2 组在全程手术时间、术后骶前引流量、术后会阴部切口感染发生率及术后肠梗阻发生率方面的差异。**结果** A 组的手术时间长于 B 组($P<0.05$)、术后引流量、切口感染发生率及肠梗阻发生率与 B 组对照无显著性差异($P>0.05$)。**结论** 关闭盆底腹膜在腹腔镜直肠癌 Miles 根治术中并非必须, 但对于需要术后放疗的患者, 在预防放射性小肠炎方面有应用价值。

关键词: 腹腔镜手术; 直肠癌; 盆底腹膜

中图分类号: R 735.3 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2012)17-0087-03

Evaluation of effectiveness of pelvic peritoneum reconstruction in laparoscopic abdominalperineal resection for rectal carcinoma

LIU Yi, TANG Li-ming, QIAN Jun, ZHU Jie, MO Qi

(Changzhou No. 2 People's Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Changzhou, Jiangsu, 213100)

ABSTRACT: Objective To evaluate the effectiveness of pelvic peritoneum reconstruction (PPR) in laparoscopic abdominal perineal resection (LAPR) for rectal carcinoma. **Methods** Forty - seven patients who underwent LAPR from January 2010 to February 2011 were divided into groups A and B. Group A received PPR during LAPR, while group B received LAPR without PPR. Operation duration, presarcal drainage, incidence of surgical site infection (SSI) and intestinal obstruction were compared between the two groups. **Results** Operation duration in group A was significantly longer than that in group B ($P<0.05$). Presarcal drainage, incidence of surgical site infection (SSI) and intestinal obstruction were compared between the two groups. No significant difference was found ($P>0.05$). **Conclusion** PPR is not mandatory in LAPR, and it is recommended in patients with possible postoperative radiotherapy as a prophylactic measure for radiation enteritis.

KEY WORDS: laparoscopic surgery; rectal carcinoma; pelvic peritoneum

近年来,随着腹腔镜技术水平的提高,腹腔镜下胃肠道肿瘤根治术开始被广泛应用于临床,尤其是腹腔镜下结肠直肠肿瘤手术已完全成熟,其安全性和可行性得到了多项前瞻性随机临床对照研究的证实^[1-2]。尽管腹腔镜直肠癌根治术基本遵循开腹手术的原则,但由于腹腔镜下缝合打

结较为费时费力,因此目前大部分的腹腔镜直肠癌根治术并不关闭盆底腹膜,由此引发了较多争议。本院对收治的 47 例腹腔镜直肠癌 Miles 根治术的直肠癌患者,根据是否缝合关闭盆底腹膜进行分组比较,旨在探讨关闭盆底腹膜与否对患者术后各方面的影响。

收稿日期: 2012-03-16

通信作者: 汤黎明, E-mail: drtanglm@gmail.com

万方数据

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2010 年 1 月~2011 年 2 月行腹腔镜直肠癌 Miles 根治术的直肠癌患者 47 例,患者按术中是否关闭盆底腹膜分为关闭盆底腹膜组(A 组, 22 例)及未关闭盆底腹膜组(B 组, 25 例)。术前均经肠镜检查确诊为直肠癌。手术由同一组医生实施,所行手术方式均为腹腔镜辅助直肠全系膜切除 Miles 根治术。2 组在性别、年龄、肿瘤分期及术前并发症方面差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 A 组与 B 组一般临床资料比较

临床资料		A 组($n=22$)	B 组($n=25$)
性别	男	13	14
	女	9	11
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)		53 ± 12	57 ± 14
肿瘤 Dukes 分期	A	3	4
	B	12	14
	C	7	7
合并疾病	糖尿病	1	2
	高血压	3	5

1.2 方法

患者取截石位,于脐下缘置入 10 mm Trocar,建立气腹,入腹腔镜,寻找病变部位,了解肿瘤的位置、大小以及肠系膜淋巴结情况,并检查肝脏和盆腔有无转移病灶。切开乙状结肠系膜的右侧根部,切断肠系膜下动、静脉,近端夹闭。切开乙状结肠内外侧腹膜,显露并保护左侧输尿管、精索(或卵巢)血管。超声刀分离直肠系膜后壁直达尾骨尖肛提肌平面。在腹腔内以线形切割闭合器切断乙状结肠。在左髂前上棘与脐连线的中、外 1/3 交界处作一直径约 3 cm 的圆形切口,将近端乙状结肠断端自切口处拉出腹腔外 4 cm,采用开放吻合法作人工肛门。会阴部手术先用荷包缝合关闭肛门口,距肛门 3 cm 处作一梭形切口,前至会阴中间,后至尾骨尖端。先以电刀切开皮肤和皮下组织,沿坐骨结节及臀大肌内侧缘分离,分离至肛提肌时,改用超声刀,在尾骨尖前方切断肛门尾骨韧带。切断左侧和右侧髂骨尾骨肌。切开盆筋膜壁层,分离至骶骨前间隙,将远端乙状结肠和直肠拉出切口外,切断部分耻骨直肠肌,直至将肛门、直肠和乙状结肠由会阴部切除。冲洗腹腔及盆腔创面,确切止血,两层法缝合会阴部伤口。A 组患者重建气腹后,于腹腔镜下以不可吸收的 3-0 万方数据

普理灵缝线自远端向近端连续缝合盆腔底部两侧腹膜,关闭骨盆入口。直肠窝内置一引流管经会阴部切口外侧穿出接负压袋引流。而 B 组患者则不关闭盆底腹膜,但同样放置引流。

1.3 观察指标

① 2 组患者的手术全程时间。② 2 组患者的术后骶前引流量(术后至拔管前总引流量)。③ 2 组患者术后会阴部切口感染发生率。④ 术后随访 1 年,观察 2 组患者肠梗阻发生率。

2 结果

A 组全程手术时间长于 B 组($P < 0.05$), 2 组患者在术后引流量,切口感染发生率及肠梗阻发生率方面无显著性差异($P > 0.05$)。A 组术后 2 周内出现肠梗阻 1 例, B 组出现 2 例,均考虑为炎性肠梗阻,经保守治疗后好转。此后 47 例患者中有 41 例患者术后随访 1 年,失访 6 例。41 例患者中有 7 例接受了术后放疗,其中 5 例为术后辅助放疗,2 例为会阴部肿瘤复发接受放疗,结果 4 例出现了放射性小肠炎,均为未关闭盆底腹膜者。见表 2。

表 2 A 组与 B 组直肠癌根治术(Miles)临床相关因素的比较

项目	A 组($n=22$)	B 组($n=25$)
全程手术时间(min)	$225 \pm 41^*$	198 ± 35
骶前引流量(mL/d)	210 ± 43	231 ± 51
切口感染(例)	2(9.1%)	3(12.0%)
术后肠梗阻(例)	1(4.6%)	2(8%)

* $P < 0.05$

3 讨论

随着腹腔镜技术逐渐在结、直肠癌手术中得到广泛应用,其所具有的术后恢复快、住院时间短、疼痛轻等优点已被广大医师所认识,尤其是腹腔镜直肠癌 Miles 根治术,由于腹部创伤较小,极大减轻了患者痛苦,更加体现了腹腔镜技术的优越性^[3-4]。

由于腹腔镜下缝合打结比较费时费力,因此国内部分微创中心在行腹腔镜直肠癌 Miles 根治术时,选择不缝合盆底腹膜^[5]。从临床观察的结果看,术后肠梗阻的发生率并不高于关闭盆底腹膜者。有学者认为腹腔镜下关闭盆底腹膜相对困难,且耗时较长,如果不能切实缝合,形成的小裂隙更容易引起小肠内疝。且由于小肠系膜长度的自限性,小肠进入盆腔的程度受到限制^[6],不容易在此处粘连形成梗阻。

但也有部分学者强调^[7], 腹腔镜直肠癌 Miles 根治术应关闭盆底腹膜。理由是开放手术将盆底腹膜关闭列为标准的手术步骤, 腹腔镜手术也应该遵循开放手术的原则, 否则容易引起相关并发症, 如腹内疝、粘连性肠梗阻及盆腔感染等, 特别是如果发生会阴部切口感染或盆底积液, 将会增加盆底感染和向腹腔扩散的危险性。

从本观察结果看, 未关闭盆底腹膜者术后肠梗阻的发生率与关闭盆底腹膜者无显著差异, 也未见不关闭盆底腹膜对引流量及会阴部伤口愈合有影响。关闭盆底腹膜组手术时间明显延长, 说明腹腔镜下缝合确实有一定难度。但从术后随访结果看, 7 例接受了术后放疗的患者, 4 例出现了放射性小肠炎, 均为未关闭腹膜者, 说明关闭盆底腹膜可以有效防止小肠坠入盆底, 减少了术后放疗对小肠的影响。

然而在临床操作中, 并非所有行直肠癌 Miles 术式的患者都能顺利关闭盆底腹膜, 尤其是部分肥胖患者, 腹膜松弛度较小, 行直肠全系膜切除术后, 残留腹膜已难以缝合关闭或即使能够关闭, 但张力较高, 遇到此类情况, 本研究则选择不关闭盆底腹膜, 以防术后缝合处局部裂开形成内疝。所以, 在手术中, 应注意切开乙状结肠内外侧腹膜时, 尽量保留足够多的腹膜以便于缝合。本研究

选用不可吸收缝线缝合腹膜, 也是为了防止吸收线分解断裂后, 关闭处出现裂隙。一般缝合时由远端向近端做连续缝合, 针距约 0.6~0.8 cm, 助手提夹收紧缝合线, 注意避免误缝左侧输尿管。

参考文献

- [1] Guillo P J, Quirke P, Thorpe H, et al. Short-term end-points of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multi-centre, randomized controlled trial[J]. Lancet, 2005, 365 (9472): 1718.
- [2] Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer[J]. N Engl J Med, 2004, 350(20): 2050.
- [3] 范莹, 吴硕东, 于宏, 等. 腹腔镜结直肠癌根治术与同期开腹手术对比的单中心回顾性研究[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2009, 16(5): 384.
- [4] 杨俊省, 张建立. 腹腔镜直肠癌 Miles 手术对机体应激反应和内脏蛋白的影响[J]. 腹腔镜外科杂志, 2009, 14(2): 922.
- [5] 池畔. 从术后并发症角度探讨结直肠癌腹腔镜手术操作要点[J]. 中华胃肠外科杂志, 2010, 13(11): 799.
- [6] 钟鸣, 卞正乾, 唐伟军, 等. 腹腔镜微创技术施行直肠癌腹会阴联合切除手术的体会[J]. 腹腔镜外科杂志, 2007, 12(2): 127.
- [7] 王存川, 张家耀, 苏超. 腹腔镜直肠癌前切除术盆底腹膜关闭的方法[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(23): 1652.
- [8] 肖毅, 邱辉忠. 基于 NCCN 指南的直肠癌外科治疗[J]. 癌症进展杂志, 2009, 7(3): 229.

(上接第 60 面)

肿瘤基底部局限于黏膜下层、且小于 1.5 cm 的病例行内镜切除后, 无复发及转移, 预后良好, 与文献报道的结果相符。

ESD 治疗直肠类癌的主要并发症是术中术后出血和穿孔。出血: 术中一旦出血, 手术时间就会延长, 盲目止血又会增加穿孔概率。因此, 术中必须有意识地预防出血的发生, 剥离过程中发现小血管要及时电凝掉, 对于较粗的黏膜下血管, 用热活检钳夹住、拎起后远离肠腔再电凝。同时我们还要注意创面的保护, 包括创面的降温, 黏膜保护剂的使用等, 这样可预防 ESD 术后创面的再出血。穿孔: 由于术前进行过肠道准备, 术中的穿孔一般较小, 穿孔导致的腹膜炎往往较轻, 关键是术中要及时发现穿孔, 及时处理, 用金属夹夹闭小的穿孔, 结合术后禁食, 抗生素的使用, 一般可以保守治疗成功。剥离中的反复黏膜下注射, 可以减少穿孔的发生。

参考文献

- [1] 周平红, 姚礼庆, 徐美东, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗直肠类癌[J]. 中华胃肠外科杂志, 2007, 10: 319.
- [2] 陆品相, 郑荣贵, 陆立平, 等. 消化道类癌的诊断和治疗[J]. 中国内镜杂志, 1999, 5: 8.
- [3] 周平红, 姚礼庆, 钟芸诗, 等. 直肠类癌的内镜超声诊断和内镜黏膜下切除[J]. 中华消化内镜杂志, 2006, 23: 175.
- [4] Soga J. Early-stage carcinoids of the gastrointestinal tract: an analysis of 1914 reported cases[J]. Cancer, 2005, 103: 1587.
- [5] Kim Y J, Lee S K, Cheon J H, et al. Efficacy of endoscopic resection for small rectal carcinoid: a retrospective study[J]. Korean J Gastroenterol, 2008, 51: 174.
- [6] 郭晓青, 张立玮, 王顺平, 等. 消化道类癌内镜诊治及临床分析[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9: 96.
- [7] 周平红, 姚礼庆, 秦新裕. 直肠类癌的内镜诊断和治疗[J]. 中国临床医学, 2005, 12: 756.
- [8] Kiyonori K, Tomoe K, Shigeru Y, et al. Indications of endoscopic polypectomy for rectal carcinoid tumors and clinical usefulness of endoscopic ultrasonography[J]. Dis Colon, Rectum, 2005, 48: 285.