经验交流

文章编号:1000-5404(2007)05-0462-02

基于TME原则的扩大侧方淋巴结清扫术在直肠癌手术治疗中的应用

赵江宁,张思奋,罗湛滨,霍永忠 (广州中医药大学第二附属医院肛肠外科,广州 510120)

对中低位直肠癌行直肠系膜全切除术(total mesorectal excision,TME)已经成为直肠癌手术治疗的金标准之一。2004年9月至2006年2月本科对56例中低位直肠癌行TME的同时实施直肠癌盆腔侧方淋巴结清扫的扩大根治术,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床及病理资料

本组病例共56例,其中男性31例,女性25例,年龄35~73岁,平均58.6岁。临床病理分型:溃疡型21例,隆起型16例,浸润型19例。组织学病理类型:高分化腺癌21例,中分化腺癌26例,低分化腺癌7例,未分化腺癌2例。中国改良Dukes分期:B期20例,C1期21例,C2期15例。

1.2 方法

1.2.1 手术要点 ①完整切除病灶。②TME术:直视电刀沿盆腔脏层、壁层筋膜之间锐性分离,处理直肠侧韧带时靠近盆壁锐性分离,尽量避免钳夹结扎,避免损伤盆筋膜,防止脏层筋膜破损。③肿瘤远端直肠系膜的切除不得少于5 cm,肠管切除至少距肿瘤远端2 cm。④扩大根治术淋巴结清扫范围:上方淋巴结清扫范围包括腹主动脉周围淋巴结,肠系膜下动脉根部淋巴结,肠系膜下动脉周围淋巴结,直肠上动脉周围淋巴结及肠旁淋巴结;侧方淋巴结清扫包括:主动脉分叉淋巴结、髂内淋巴结、直肠中动脉根部淋巴结、闭孔淋巴结、髂部淋巴结。全部切除标本以常规病理学检查,确定淋巴转移情况。

1.2.2 术后随访 所有病例术后半年每月门诊复查1次,半年后每3个月门诊复查1次,内容包括体格检查、癌胚抗原、B超等。术后3个月内以随访问卷调查的方式调查术后排尿功能和性功能情况。

1.3 统计学处理

采用SPSS 10.0统计软件进行χ^2检验。

2 结果

2.1 手术并发症情况

术中大出血2例,术后下肢静脉栓塞1例,肠梗阻5例,无吻合口瘘和输尿管损伤病例。

2.2 术后排尿功能及性功能随访情况

术后排尿功能障碍4例,平均导尿时间68.2 h;36例患者可正常勃起,占64.3%,20例患者术后出现阳痿,占35.7%;27例可正常勃起和射精,占48.2%。

作者简介:赵江宁(1971-),女,湖南省宁乡县人,主治医师,主要从事结直肠外科方面的研究。电话:13824470256,E-mail:zhaojane2005@hotmail.com

收稿日期:2006-04-06;修回日期:2006-07-20

2.3 手术淋巴结清扫情况

本组淋巴结总转移率64.3%,N1淋巴结转移率46.4%,N2淋巴结转移率39.2%,N3淋巴结转移率21.4%,侧方淋巴结转移率16.1%,未见下方淋巴结转移。清扫淋巴结转移情况和肿瘤病理分期、肿瘤部位的关系见表1、2。

表1 淋巴结转移和肿瘤病理分期的关系[例数(%)]

腺癌病理分期	例数	淋巴结		转移情况			
		总数	转移数	N1	N2	N3	侧方N
高、中分化	47	657	91(13.8)	20(42.5)	16(34.1)	9(19.1)	5(10.7)
低、未分化	9	165	31(18.8)	6(66.7)	6(66.7)	3(33.3)	4(44.4)[a]

a:$P<0.05$,与高、中分化腺癌比较

表2 淋巴结转移和肿瘤部位的关系[例数(%)]

肿瘤部位	例数	淋巴结		转移情况			
		总数	转移数	N1	N2	N3	侧方N
腹膜返折以上	34	389	42(10.8)	13(38.2)	12(35.3)	4(11.8)	3(8.8)
腹膜返折以下	22	433	62(14.3)	13(59.1)	10(45.5)	8(36.4)	6(27.3)

2.4 术后随访

56例术后随访2~18个月,暂未发现局部复发和转移病例。

3 讨论

Heald首先提出TME这一中低位直肠癌金标准手术方式[1],大量的临床研究证明TME术可以降低直肠癌术后盆腔内局部复发率;在不改变生存率和降低复发率的基础上一定程度的增加保肛率;TME术强调直视下锐性分离直肠系膜,很少损伤盆腔神经丛,能使直肠癌患者术后排尿功能和性功能显著改善,利于提高患者的生存质量[2]。

3.1 直肠癌盆腔侧方淋巴结清扫的扩大根治术的临床意义

直肠癌手术除了要遵循TME手术原则外,直肠癌盆腔侧方淋巴结清扫的扩大根治术是预防局部复发、减少并发症、提高疗效的另一个有效手段。对直肠癌盆腔侧方淋巴结清扫的扩大根治术一直存在争议,赞成者认为:低位直肠癌有10%~25%的侧方淋巴结转移,即使在常规检查认为无侧方淋巴结转移的病例仍会有4%的隐匿性转移灶,所以侧方清扫是有意义的[3];反对者认为:侧方淋巴转移是直肠癌晚期的表现之一,是全身性播散的一部分。直肠癌扩大根治术并不能影响局部复发率和5年生存率,相反会产生更多的并发症,并增加手术风险及降低术后生活质量。本组病例淋巴结总转移率64.3%,N1淋巴结转移率46.4%,N2淋巴结转移率39.2%,N3淋巴结转移率21.4%,侧方淋巴结转移率16.1%,提示盆腔侧方淋巴结清扫的扩大根治术还是有价值的。我们对此组病例数据进行分析,除高中分化腺癌组和低未分化腺癌组相比较在侧方N

转移率比较差异有显著性外，其他各项转移率没有看到有统计学意义。可能由于样本量偏小，我们暂不能就此得出非常肯定的结论。张云斌等[4]研究发现：侧方淋巴转移是腹膜返折以下直肠癌的转移途径，约占该部位直肠癌的12.5%；侧方淋巴转移易发生在低分化腺癌及黏液腺癌。肉眼类型中的有浸润倾向者，侧方淋巴转移与浸润深度有关。一般认为：低分化腺癌及黏液腺癌、浸润溃疡型及浸润型直肠癌、腹膜返折以下部位的侵出深肌层水平的直肠癌更易发生侧方转移。所以对这些患者更应积极进行盆腔侧方淋巴结清扫的扩大根治术。

3.2 如何理解直肠系膜全切除术和直肠癌扩大根治术的关系

日本开展直肠癌盆腔侧方淋巴结清扫的扩大根治术的学者提出直肠癌周围结缔组织的清除范围分为ABC 3个范围[5]，而Heald提TME技术仅可达到了A范围，而没有达到B、C范围。所以TME与直肠癌盆腔侧方淋巴结清扫的扩大根治术之间既没有矛盾也非重复，他们互为补充。合理实施直肠系膜全切除术和直肠癌盆腔侧方淋巴结清扫的扩大根治术对于减少直肠癌局部复发，增加保肛率和改善术后排尿功能和性功能提高直肠癌患者术后的生存质量均有重要意义。

关键词：直肠系膜全切除；直肠癌；侧方淋巴结清扫
中图法分类号：R735.37 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 中国抗癌协会大肠癌专业委员会. 中下段直肠癌外科治疗规范(草案)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(2): 181-183.
[2] 乔 唐, 柏斗胜, 徐永建. 全直肠系膜切除术治疗直肠癌——附168例报告[J]. 消化外科, 2004, 3(4): 250-252.
[3] 郁宝铭. 直肠癌扩大根治术的选用与评估[J]. 中华胃肠外科杂志, 2003, 6(2): 75-76.
[4] 张云斌, 徐海涛, 董新舒. 直肠癌扩大根治术中几个原则问题的探讨[J]. 实用肿瘤学杂志, 2006, 20(1): 46-48.
[5] 高桥孝. 直肠癌根治术式の变迁と最新の话题[J]. 消化器外科, 1998, 21(3): 271-277.

(编辑 汪勤俭)

文章编号：1000-5404(2007)05-0463-02

经验交流

甲状腺功能亢进合并冠状动脉粥样硬化性心脏病的临床分析

唐春仕，谭利辉 (广西河池市人民医院，右江民族医学院附属河池医院心血管内科，河池 547000)

对我院2000年1月至2005年3月收治的25例甲状腺功能亢进(简称甲亢)合并冠心病进行临床分析，并与22例未合并冠心病的甲亢患者血糖、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)进行比较。

1 资料与方法

47例患者分为试验组25例，男性8例，女性17例，年龄(40.0±5.0)岁；对照组22例，男性10例，女性12例，年龄(38.0±4.7)岁。甲亢诊断标准：T3>2.6 nmol/L，T4>164 nmol/L及/或FT3>6.8 pmol/L，FT4>25.7 pmol/L及3 h甲状腺吸碘率>25%；甲亢症状不典型的患者在不同日期做2次甲状腺功能试验均达甲亢诊断标准，并均无服用甲状腺素制剂史。冠心病诊断标准：行冠状动脉造影确诊。

患者均行甲状腺功能测定，甲状腺吸碘率测定，空腹血糖，餐后2 h血糖测定及OGTT试验，血脂测定，甲状腺B超，心电图，动态心电图，冠状动脉造影(均在出现心绞痛等心肌缺血性表现或ST-T改变后按甲状腺功能亢进性心肌病予治疗而效果不佳时行冠状动脉造影确诊)。

2 结果

试验组均有心绞痛或ST-T改变等心肌缺血性表现病史，其中2例为心肌梗死。12例以甲亢症状为主入院，病程中曾出现胸闷、胸痛，经休息或应用硝酸酯类药物后缓解。入院后行心电图示ST-T改变(其中Ⅱ、Ⅲ、aVF有改变者2例，V1～V5有改变者6例，Ⅰ、aVL有改变者2例)或行动态心电图显示有ST-T改变者2例。按甲状腺功能亢进性心肌病予他巴唑或丙基硫氧嘧啶或[131]I、消心痛等治疗后，甲状腺功能正常，但心电图、动态心电图仍显示有ST-T改变(特别是心绞痛发作时明显)，时有心绞痛发作。行冠状动脉造影确诊为合并冠心病，其中8例植入支架。所有病例按合并冠心病加予相应处理后，病情趋于平稳。13例以心绞痛、心肌梗死入院，行冠状动脉造影确诊为冠心病。入院时均无甲亢症状，7例近2～3年内有甲亢病史，现已治愈或症状已控制；6例在测定甲状腺功能时发现T3、T4增高及/或FT3、FT4增高。10例植入支架，按冠心病处理(甲亢症状已控制仍需继续抗甲状腺素治疗、T3、T4增高及/或FT3、FT4增高的病例加用抗甲状腺素药)后，病情趋于平稳。25例甲亢合并冠心病患者的冠状动脉造影结果见表1。两组甲亢患者的血糖、TG、TC结果见表2。

表1 25例甲亢合并冠心病患者的冠状动脉造影结果(例)

冠状动脉造影部位		n	冠状动脉狭窄程度	
			50%～75%	>75%
左冠状动脉前降支	近段	6	1	5
	中远段	7	1	6
	第一对角支	3	3	0
左冠状动脉回旋支	近段	3	0	3
	中远段	2	0	2
右冠状动脉	近段	3	1	2
	中远段	1	1	0
合计		25	7	18

作者简介：唐春仕(1972-)，男，湖南省永州市人，主治医师，主要从事心血管介入方面的研究。电话：(0778)2280439，E-mail：tangchunshi6@yahoo.com.cn

收稿日期：2006-04-20；修回日期：2006-09-20