论著

文章编号:1000-5404(2010)03-0282-03

低位直肠癌应用经肛门拖出单吻合器技术保肛的临床研究

魏正强,张才全,朱明才,张宏宇,张 军,王子卫 (400016 重庆,重庆医科大学附属第一医院胃肠外科)

[摘要] **目的** 探讨经肛门拖出单吻合器技术在低位直肠癌保肛手术中的效果及应用价值。**方法** 对2004年1月至2009年2月收治的低位直肠癌,75例行双吻合器保肛术(double stapling technique,DST),37例行经肛门拖出单吻合器保肛术(single stapling technique,SST)。**结果** 两组所有患者保肛手术均获成功,无手术死亡,术后病理切缘均未见癌细胞浸润。两组手术时间、术中出血量、平均住院时间均无差异($P>0.05$)。DST组发生吻合口漏3例,SST组无吻合口漏发生。随访4~65个月(平均15个月),DST组盆腔复发3例4%,吻合口复发2例2.7%,肝脏转移7例9.3%;SST组盆腔复发1例2.7%,无吻合口复发,肝脏转移4例10.8%;两组之间无统计学差异($P>0.05$)。**结论** 经肛门拖出单吻合器保肛术(SST)治疗低位直肠癌保肛成功率高,复发率低,简化了手术操作,安全可行。

[关键词] 直肠肿瘤;双吻合器;单吻合器;保肛手术

[中图法分类号] R735.37; R615; R657.1 [文献标志码] A

Transanal pull-through combined with single stapling technique for anus conservation in surgical resection of low rectal carcinoma

Wei Zhengqiang, Zhang Caiquan, Zhu Mingcai, Zhang Hongyu, Zhang Jun, Wang Ziwei (Department of General Surgery, First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing, 400016, China)

[**Abstract**] Objective To study the value of transanal pull-through combined with single stapling technique for anus conservation in surgical resection of low rectal carcinoma. Methods A total of 112 patients with low rectal carcinoma admitted to our hospital in January 2004-February 2009. Double stapling technique (DST) and transanal pull-through combined with single stapling technique (SST) were performed in 75 and 37 patients, respectively, to conserve anus during surgical resection of their rectal carcinomas. Results The anus of all patients was conserved with no death occurred during operation. No infiltration of cancer cells was observed at the incision margin after operation. No difference was found in operation time, blood loss and mean hospital stay time between the two groups. Anastomotic leakage occurred in 3 patients of DST group but not in any patients of SST group. The patients were followed up for 4 – 65 months (mean 15 months), during which recurrence of cancer in pelvic cavity and anastomosis stoma and liver metastasis were found in 3, 2 and 7 patients of the DST group respectively, while recurrence of cancer in pelvic cavity was found in 1 patient but not in anastomotic stoma in any patient, and liver metastasis was detected in 4 patients of the SST group. Conclusion Transanal pull-through combined with SST is a simple and safe procedure for effective anus conservation in surgical resection of low rectal carcinoma with a low recurrence rate.

[**Key words**] low rectal carcinoma; double stapling technique; single stapling technique; anus conservation

Corresponding author: Wei Zhengqiang, E-mail: weizhengq75@yahoo.com.cn

直肠癌在我国是常见肿瘤之一,其中又以中低位直肠癌多见。随着对直肠癌浸润转移规律的认识以及全直肠系膜切除(total mesorectal excision, TME)和双吻合器技术(double stapling technique,DST)的开展,对低位直肠癌中部分病例实施保肛手术,可以达到根治目的[1-5]。合理选择保肛手术方式,改进手术方法,可以保证良好的根治性,提高患者生活质量[6,7]。现就低位直肠癌行双吻合器保肛术与经肛门拖出单吻合器保肛术(single stapling technique,SST)的临床应用作一比较。

[通信作者] 魏正强,E-mail:weizhengq75@yahoo.com.cn

1 资料与方法

1.1 一般资料

入选标准:①直肠肿瘤下缘距肛缘4.0 cm以上;②术前CT确定肿瘤局限于直肠壁内,未侵及周围组织和器官;③无远处转移。

DST组:为2004年1月至2009年2月我科收治的低位直肠癌中的75例。男性42例,女性33例。年龄28~79岁,中位年龄55岁。肿瘤下缘距肛缘4.0~6.5 cm,病变侵犯直肠周径1/2以下者56例,超过1/2者19例。肿瘤最大直径2~5 cm。肿瘤分化程度:低分化腺癌6例,中分化腺癌23例,高分化腺癌46例。

SST组:为2004年1月至2009年2月我科收治的低位直肠癌中的37例。男性22例,女性15例。年龄30~78岁,中位年龄54岁。肿瘤下缘距肛缘4.0~6.5 cm,病变侵犯直肠周径1/2以下者31例,超过1/2者6例。肿瘤最大直径2~5 cm。肿瘤分化程度:低分化腺癌3例,中分化腺癌9例,高分化腺癌25例。

1.2 手术方法

患者体位采取膀胱截石位,经下腹正中或左侧旁正中切口手术。游离直肠及乙状结肠系膜,裸化肠系膜下动脉根部后切断(保留或不保留左结肠动脉),残端予以结扎后缝扎;同法处理肠系膜下静脉。采用TME技术分离直肠及其系膜达到肛直肠环水平。距肿瘤15 cm以上切断乙状结肠。扩张肛门至可容纳四指后,将已切断的乙状结肠、直肠经肛门套叠外翻至肛外,距肿瘤远端2 cm处上荷包钳并缝荷包线,切除乙状结肠、直肠及其肿瘤。如怀疑肛侧的切端可能残留癌组织时,术中送该切缘进行冰冻检查,明确有无癌残留。经肛置入管状吻合器,收紧荷包线并打结;回纳复位肛直肠残端至盆腔,用吻合器行乙状结肠与直肠或肛管吻合。DST组距肿瘤远端2 cm处上切割缝合器切断直肠、取出标本,经肛置入管状吻合器,行乙状结肠与直肠吻合。于骶前安置引流管,经腹或肛旁戳孔引出。

1.3 统计学处理

采用SPSS 1.0软件对结果进行统计学处理,数据采用t检验和χ^2检验。

2 结果

两组病例行保肛手术均全部成功,手术过程顺利。所有病例术后病理上下切缘均无肿瘤细胞残留,无手术死亡。手术时间120~200 min,平均160 min,术中出血量50~200 ml,平均90 ml;术后住院8~17 d,平均10 d;两组均无差异($P>0.05$)。DST发生吻合口漏3例,其中2例经禁食、引流痊愈,1例经行横结肠造瘘后吻合口愈合,2个月后还纳造瘘而痊愈;SST组无吻合口漏发生。DST组Dukes分期:A期10例,B期23例,C期42例。SST组Dukes分期:A期6例,B期10例,C期21例。术后两组控便均良好,术后早期多数患者大便次数增加(每日5~10次),随着时间延长,排便逐渐改善,绝大多数在术后6个月恢复到每日排便1~3次。随访4~65个月(平均15个月),DST组盆腔复发3例4%,吻合口局部复发2例2.7%,肝脏转移7例9.3%。SST组盆腔复发1例2.7%,无吻合口局部复发,肝脏转移4例10.8%。两组之间复发、转移无统计学差异($P>0.05$)。

3 讨论

在我国,70%的直肠癌属于距离肛缘7 cm以内的低位或超低位直肠癌。近年来随着手术技术的提高,TME原则的普遍实施,尤其是DST的应用,加上辅助或新辅助放化疗,使低位直肠癌的保肛率有很大的提高。尽管DST技术拓宽了低位直肠癌保肛手术的适应证,可以完成大多数低位或超低位吻合[3,5]。但是DST手术时,吻合的直肠远切端两侧存在三角区(即Dog ear),会因吻合不够严密或缺血导致吻合口漏。闭合时无法直视下切断直肠及保证足够的切端,而且吻合时直肠远切端不能完整切除一圈,远切端肿瘤残留的机率增加,从而导致复发增加[8-11]。另外,需要同时应用闭合器及吻合器,增加了医疗费用;甚至有些肿瘤位置很低或肥胖或骨盆狭窄的患者,无法将闭合器置入骨盆中完成远端直肠的闭合[6]。故结合我国具体情况,2004年1月至2009年2月我们改良Welch手术并加用吻合器对37例低位直肠癌患者实施低位前切除,疗效佳,无手术死亡,未发生吻合口漏及吻合口狭窄等并发症[3,4]。

传统的Welch手术外翻直肠残端到肛门外侧,开放肠腔吻合口污染较重,而且经肛门入路的手术野显露差,操作较困难,手术时间长,出血较多,易于发生吻合口瘘或吻合口狭窄。因此我们在Welch手术的基础上进行了改良:直肠分离与Welch手术一样须分离到足够低位,将已切断的乙状结肠、直肠经肛门套叠外翻至肛外,直视下上荷包钳并缝荷包线,切除乙状结肠、直肠及其肿瘤。经肛置入管状吻合器,收紧荷包线并打结;回纳复位肛直肠残端至盆腔,用吻合器行乙状结肠与直肠或肛管吻合。可以看出,采用经肛门拖出单吻合器保肛术治疗低位直肠癌兼具了Welch手术和DST手术的优点[12-14]:①可在直视下切除直肠肿瘤,确保了安全的手术切缘,减少术后复发;②避免了在相对狭小的盆腔内进行切断直肠的操作困难;③采用吻合器吻合,缩短了手术时间,吻合口漏发生率也显著低于经肛门手工吻合者;④能完整切除远端直肠一圈,避免了DST的直肠远端切除不完全,减少术后复发;⑤吻合后无DST的直肠远切端两侧的三角区(即Dog ear),发生吻合口漏的机会减少;较DST手术节约费用。SST组手术时间、出血量、术后恢复时间等与DST组无异;吻合口漏发生率及局部复发率与DST无统计学差异,但临床资料显示SST可能有更好效果,值得进一步作大宗病例研究[4,7]。

但是需注意,经肛门拖出单吻合器法对肿瘤较大者无法施行,而且直肠游离一定要到足够低位,否则无

法将肿瘤经肛套出。因此,适合于肿瘤较小而位置较低的患者,当然也适合非常低位的良性肿瘤患者(如家族性息肉病的全结肠直肠切除)。

因此,经肛门拖出单吻合器法作为一种低位直肠癌手术的吻合技术之一,可帮助外科医生顺利完成低位或超低位的结直肠吻合,为部分患者提供更多的保肛机会。

参考文献:

[1] Ross H M, Mahmoud N, Fry R D. The current management of rectal cancer[J]. Curr Probl Surg, 2005, 42(2): 72-131.

[2] Sato H, Maeda K, Hanai T, *et al*. Modified double-stapling technique in low anterior resection for lower rectal carcinoma[J]. Surg Today, 2006, 36(1): 30-36.

[3] 杨星奎,赵龙栓. 双吻合技术在中低位直肠癌保肛术中的应用[J]. 中国微创外科杂志, 2009, 9(3): 277-278.

[4] 邱辉忠. 双吻合技术在低位直肠肿瘤手术中的应用[J]. 中国实用外科杂志, 2005, 25(3): 139-141.

[5] 白文启,梁小波,张鑫, 等. 凯途(CONTOUR)在低位直肠癌双吻合器技术中的应用[J]. 结直肠肛门外科, 2007, 13(4): 223-224.

[6] Ishii Y, Hasegawa H, Nishibori H, *et al*. The application of a new stapling device for open surgery (Contour Curved Cutter Stapler) in the laparoscopic resection of rectal cancer[J]. Surg Endosc, 2006, 20(8): 1329-1331.

[7] 郁宝铭. 当前对低位直肠癌的治疗对策[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004, 7(2): 87-89.

[8] 张宏,沈延艳,丛进春, 等. 低位直肠癌行双吻合器保肛手术[J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(4):318-320.

[9] Asao T, Kuwano H, Nakamura J, *et al*. Use of a mattress suture to eliminate dog ears in double-stapled and triple-stapled anastomoses[J]. Dis Colon Rectum, 2002, 45(1): 137-139.

[10] 邱辉忠. 直肠癌双吻合器保肛技术中需要注意的若干问题[J]. 肿瘤学杂志, 2007, 13(2): 91-93.

[11] 黄伟民,李洪涛,杨明, 等. 直肠癌双吻合器保肛术吻合口漏的预防和治疗:附81例报告[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2005, 12(1): 40-41.

[12] 韩方海,张肇达,伍晓汀,等. 改良Welch手术在低位直肠癌超低位前切除术中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志,2003,6(3): 181-183.

[13] 安海慧,崔刚. 拖出式双吻合器直肠切除术治疗低位直肠癌疗效观察[J]. 泰山医学院学报, 2007, 28(8): 645-646.

[14] 黄世锋,刘斌. 经肛门拖出双吻合器保肛术治疗低位直肠癌的应用体会[J]. 结直肠肛门外科, 2009, 15(2): 91-93.

(**收稿**:2009-07-22;**修回**:2009-10-26)

(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2010)03-0284-01

射频消融辅助治疗剖宫产切口部位早孕1例

张 炯,王 云 (410006 长沙,武警湖南省总队医院妇产科)

[关键词] 剖宫产切口;早孕;射频消融

[中图法分类号] R719.34 **[文献标志码]** B

1 临床资料

孕妇,32岁,因停经49 d,B超发现切口部位妊娠于2007年9月3日入院。患者2年前行子宫下段剖宫产,此次早孕要求行人工流产术,术前常规检查,彩超结果显示:①宫内早孕,孕囊约34 mm×25 mm,囊内见胎芽及原始心管搏动。②孕囊着床于子宫切口疤痕部位,距膀胱层约5 mm。提示:宫内早孕,切口部位妊娠。收住院查患者生命体征平稳,3大常规,凝血功能、肝肾功能等各项指标均正常,予氨甲喋呤20 mg肌注1次/d,连续3 d降低妊娠物活性,第4天在B超监测下行负压吸引人工流产术,小心吸出大部分孕囊,宫颈、静脉各注射缩宫素10 U,继续吸刮残余组织,宫口出血似涌泉样,B超见切口着床部位肌层回声欠均匀,缩宫素静滴20 U,宫颈注射10 U,子宫收缩仍不佳,宫口涌血约300 ml;遂在B超监测下用消融刀以40 W功率在妊娠囊外周部分局部消融,出血减少,消融时间420 s后B超显示肌层呈高回声,液暗区缩小,出血基本停止。术中患者生命体征平稳,术后予以抗感染、促宫缩等对症治疗,监测血绒毛膜促性腺激素(human chorionicgonadotropin, HCG)值呈逐渐下降趋势,5 d后阴道出血完全停止,复查血常规、肝肾功能正常。患者出院,定期复查,至术后15 d血HCG值降至正常。术后36 d月经来潮,量色正常,无痛经,月经干净后复查彩超子宫附件未见异常声像。

2 讨论

剖宫产术后瘢痕部位妊娠(caesarean scar pregnancy, CSP)是剖宫产远期并发症之一,随着剖宫产率的增加,CSP的发生率也有所增加。1978-2001年,英国剖宫产切口部位妊娠的报道仅19例,而随后的5年病例报道明显增多[1]。剖宫产切口部位妊娠是一种极罕见而危险的异位妊娠,由于其解剖、病理的特殊性,常常在盲目清宫中引起大出血,甚至切除子宫,使某些妇女丧失生育能力,严重影响生活质量。

剖宫产术后瘢痕处妊娠原因尚不明确,部分学者认为CSP的发生是由于受精卵在局部着床后,滋养细胞通过切口瘢痕处的微小通道植入子宫肌层。这一微小通道的形成可由于既往的剖宫产手术、手取胎盘或其他子宫手术造成子宫内膜缺损[2]。Maymon等[3]认为其高危因素为:试管婴儿,继往有剖宫产疤痕处妊娠史,因臀位原因剖宫产者,无产兆剖宫产因下段形成欠佳,更易出现剖宫产切口部位妊娠。

[通信作者] 张 炯,电话:(0731)8855655,E-mail:fkzxzj@qq.com

(下转292页)