86 例超低位直肠癌保肛手术的临床分析

梁天伟,卢永刚,孙 轶,韦义伦 (南方医科大学附属柳州医院普外一科,广西 柳州 545007)

[摘 要] **目的** 探讨超低位直肠癌保肛手术的临床疗效。**方法** 回顾性分析我院 2003 年 9 月至 2009 年 9 月 86 例超低位直肠癌保肛手术的临床资料,对手术方法、术后并发症、术后肛门功能恢复情况等进行评价。**结果** 86 例保肛手术均成功完成,术后吻合口漏 2 例,吻合口狭窄 3 例,术后 1 年控便能力均达优良级,随访时间为 12 ~ 84 个月,平均 42 个月,1 例患者出现局部复发,1 例患者出现肝转移。**结论** 超低位直肠癌保肛手术避免了永久性的造口,患者生活质量得到明显改善,根治性高,安全性好,并发症低,值得推广。

[关键词] 直肠癌;超低位;保肛手术

[中图分类号] R735.37;R657.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2011)01-0030-02

Anus-preserving operation for ultra low rectal carcinoma in 86 cases

LIANG Tian-wei, LU Yong-gang, SUN Yi, WEI Yi-lun (Department of General Surgery, Affiliated Liuzhou Hospital, Southern Medical University, Liuzhou Guangxi 545007, China)

Abstract: Objective To explore the curative effect of anus-preserving operation on ultra low rectal carcinoma. **Methods** The clinical data of 86 patients with ultra low rectal carcinoma who underwent anus-preserving operation in our hospital during September 2003 to September 2009 were analyzed retrospectively. **Results** The operation went successfully in all cases. Two cases of stomal leak and three cases of stomal stenosis were observed postoperatively. Anal function of all patients went good in one year after treatment. One local relapse and one hepatic metastasis were observed during a follow-up period of 12 ~ 84 months, 42 months in average. **Conclusion** Anus-preserving operation can avoid permanent stoma and improve life quality for patients with ultra low rectal carcinoma. It is safe and effective, therefore worth promoting in clinics.

Keywords: rectal carcinoma; ultra low rectal cancer; anus-preserving operation

低位直肠癌是指距离肛缘 8 cm 的直肠癌,其中包括超低位直肠癌,即距离肛缘 5 cm 以下的直肠癌。直肠癌治疗的最终目标是局部控制肿瘤和提高病人总体长期生存率。腹会阴切除术曾是超低位直肠癌的标准术式,但是到上世纪末已被保肛术式取代而成为最后一种选择[1]。目前保肛手术已经替代腹会阴切除术成为超低位直肠癌的首选术式,从而避免了永久性的人工造口,使患者的生活质量得到改善[2-3]。本文回顾性分析我院 2003 年 9 月至 2009 年 9 月超低位直肠癌保肛手术 86 例,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例 86 例,男 46 例,女 40 例,年龄 40 ~ 74 岁,平均 56 岁。术前经直肠镜测量肿瘤下缘距齿状线 2 ~ 4 cm,平均 2.8 cm。术前所有患者术前经电子肠镜及组织病检确诊直肠高、中分化腺癌,术前腹盆部 CT 及 MRI 检查确定肿瘤未侵犯肛提肌及肛门外括约肌,未侵犯邻近器官,无远处转移且肛门括约肌功能正常。

1.2 手术方法

开腹探查后确认可行根治术,自肠系膜下动、静脉根部开始清扫其周围脂肪组织及淋巴结,距肿瘤上缘 10 cm 以上切断乙状结肠,远近段肠管缝扎闭合后按不同手术方法分为 3 组。①A 组(双吻合器超低位前切除术):据肿瘤下缘 2 cm 以上齿状线上方放直线型切割吻合器或弧形切割吻合器切断远端直肠,送快速冰冻病检,若下切缘无肿瘤残余,则扩肛后经肛门置入圆形吻合器,远端乙状结肠断端荷包缝合置入抵钉座,乙状结肠断端与直肠残端吻合;若下切缘有肿瘤残余,则改行腹会阴切除术。②B 组(双吻合器拖出式保肛法):充分扩肛后,用络合碘消毒直肠及肛管,自肛门伸入卵圆钳,用卵圆钳将远端肠管及肿瘤完全外翻拖出肛门外,于齿状线上方据肿瘤下缘 2 cm以上用直线型切割吻合器关闭远端直肠,将直肠连同肿瘤一并切除,送快速冰冻病检,若下切缘无肿瘤残余,则复位直肠残端,用管状吻合器经腹行乙状结肠断端与直肠残端吻合;若下切缘有肿瘤残余,则改行腹会阴切除术。③C 组(免吻合器法拖出式保肛法):充分扩肛后,用络合碘消毒直肠及肛管,自肛门伸入卵圆钳,用卵圆钳将远端肠管及肿瘤完全外翻拖出肛门外,于齿状线上方据肿瘤下缘 2 cm 以上切开直肠管壁,将直肠连同肿瘤一并切除,送快速冰冻病检。术后 3 组均定期扩肛,规律锻炼肛提肌功能,术后 3 个月关闭末段回肠造口。

[作者简介] 梁天伟(1971 -),男,广西壮族自治区来宾县人,主治医师,学士,主要从事胃肠外科方面的研究。电话:(0772)3920717,E-mail:liangtianwei66@sina.com

[收稿日期] 2010-09-20 [修回日期] 2010-10-10

1.3 术后肛门功能恢复评价

术后 3 个月、6 个月、1 年分别对肛门功能进行判定,判定标准根据肛肠排便反射和括约肌的控制功能分为 4 级:优级,具有近似正常人的排便功能;良级,排便反射近似正常人,但控便能力不完全(难以控制稀便);中级,排便反射及控便能力均不完全(难以控制稀便,气便不能分清楚);差级,不具有排便反射及控便能力。按术后 1 年内每 3 个月回院复查 1 次,2 ~ 3 年每半年复查 1 次,3 ~ 5 年每年复查 1 次,5 年以后每两年复查 1 次,了解有无局部复发及转移。

2 结果

所有手术均成功完成,其中 A 组 30 例,B 组 28 例,C 组 28 例。86 例手术大体标本下切缘距肿瘤下缘距离 2.0 ~ 3.8 cm,平均 2.6 cm。术中快速冰冻病检下切缘均无肿瘤细胞浸润。术后吻合口漏 2 例,经局部冲洗引流后治愈。吻合口狭窄3 例,均经过定期扩肛缓解。术后肛门功能恢复情况:术后 3 个月优良/中差为 32/54,术后 6 个月优良/中差为 78/10,术后 1 年均为优良级。术后 1 年接受问卷调查病人 68 例,对控便能力满意的 62 例,基本满意的 6 例,无不满意病人。术后随访 12 ~ 84 个月,其中有 1 例于术后 16 个月吻合口局部复发,行腹会阴切除术后随访 23 个月无瘤存活至今;有 1 例术后 30 个月复查时发现广泛肝转移,行化疗后 9 个月死亡。

3 讨论

若严格按照全直肠系膜切除操作原则,超低位直肠癌切至肿瘤下缘 2 cm 可以保证肿瘤的根治;保肛要求具备健全的括约肌功能及完整的排便感觉及反射功能[4-5]。本组患者采用 3 种手术方式保留了内外括约肌及肛提肌,甚至保留了部分肛垫,并且严格按照全直肠系膜切除术原则操作可以识别并保留了自主神经,这样就有了保留肛门功能的解剖基础。86 例患者随访 1 ~ 7 年局部复发率 1.16%,所有患者术后 1 年排便控便功能均达到优良级,表明超低位直肠癌根治性保肛术手术不仅最大程度地保障了手术的根治性,也最大限度地保留了肛门功能。需要注意的是保肛手术指征把握非常重要,对于肿瘤已侵犯邻近器官、已经浸及肛提肌及外括约肌、肿瘤恶性程度高的未分化癌或者术中冰冻病检下切缘阳性的,应当果断行腹会阴切除术,以免增加术后局部复发可能。

根据超低位直肠癌根治的原则应首先要求直肠下切缘距离肿瘤下缘 2 cm 以上,然后才考虑吻合方式,绝不能勉强为保肛而使直肠下切缘切除不够[6]。在坚持这一原则的前提下,本组采用双吻合器超低位前切除术、双吻合器拖出式保肛法、免吻合器法拖出式保肛法等 3 种保肛术式。双吻合器技术的应用是直肠癌手术史上的一次重大革命,使我们原来手工操作无法保肛的超低位直肠癌患者得以保肛。但是由于超低位直肠癌直肠肠管在盆腔位置深,在狭小的骨盆腔经腹很难安全可靠地在肿瘤下缘 2 cm 以上直线型吻合器闭合切割吻合肠管,特别是对于骨盆较小的男性患者,直线吻合器放入肿瘤远侧完成切断并闭合直肠非常困难,被迫改行腹会阴切除手术并且难以做到对切除距离的准确把握,常常只能在肿瘤切除后再根据切缘距肿瘤的距离判断切除的充分程度,有时比较被动。为了解决这个问题我们开展了两种拖出式保肛法,拖出式术式克服了在狭小而且位置深的骨盆腔经腹部手术操作的困难,在肛门部直视下表浅位置操作,并且直肠自肛门拖出后,可以在直视下准确测量肿瘤下缘距拟切断直肠肠管处的距离,确保切断肿瘤远端 2 cm 以上直肠肠管。而对于肿瘤体积较大的患者,将瘤体和近端肠管经肠腔内翻出比较困难,而且在翻出的过程中会对瘤体产生挤压,引起可能的医源性转移。因此我们严格把握反拖出式手术指征[7-8]:①肿瘤直径小于 4 cm,肿瘤下缘距齿状线 2 ~ 4 cm,侵犯肠管周径小于 1/2 圈;②肿瘤病理类型为高中分化腺癌,Dukes 分期 A 至 B 期;③患者理解保肛风险,并且具有强烈保肛意愿。

肛肠外科发展至今,对于低位直肠癌的手术方式选择问题,只要掌握好适应证,有许多保留肛门的手术方式可供选择,不能仅凭术者个人主观意愿,必须依据每个患者的具体情况选择最合适的方式[9-10]。

[参考文献]

[1] 崔 龙. 低位直肠癌手术方式的选择[J]. 外科理论与实践,2010,15(2):96 - 99.

[2] 黄志强,林言箴,祝学光,等. 腹部外科学理论与实践[M]. 北京:科学出版社,2003:425.

[3] 江庆斌,蔡旌槐,陈健松,等. 全直肠系膜切除联合双吻合技术在低位直肠癌保肛手术中的应用[J]. 局解手术学杂志,2008,17(6):386 - 387.

[4] 王 翔,邵永孚,周志祥,等. 直肠癌超低位前切除术[J]. 实用癌症杂志,2004,19(5):513 - 514.

[5] 王平治. 直肠癌保肛手术的指征及远期疗效[J]. 腹部外科,2000,13(2):68 - 69.

[6] Kameda K, Furusawa M, Mori M, et al. Proposed distal margin for resection of rectal cancer[J]. Jpn J Cancer Res, 1990, 81(1):100 - 104.

[7] 李曙光,叶再元,邵钦树,等. 经肛门局部切除术治疗 I 期低位直肠癌[J]. 中华消化外科杂志,2008,7(2):144 - 146.

[8] 涂小煌,王 烈,宁京翔,等. 三吻合器在超低位直肠癌切除与吻合中的应用[J]. 中国综合临床,2005,21(3):251 - 254.

[9] 黄前堂,林武华,韩 军,等. 64 例低位直肠癌保肛手术临床分析[J]. 局解手术学杂志,2008,17(4):258.

[10] Matthiessen P, Hallbook O, Rutegard J, et al. Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer: a randomized multicenter trial[J]. Ann Surg, 2007, 246(2):207 - 214.

(编辑:左艳芳)