局解手术学杂志 2008年第17卷第6期
J Regional Anat & Operative Surg,2008,Vol.17,No.6

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

江庆斌,蔡旌槐,陈健松,苏树炎 (潮州市潮州医院普通外科,广东 潮州 521000)

[摘 要] **目的** 探讨全直肠系膜切除联合双吻合技术在基层医院低位直肠癌保肛手术应用的可行性及并发症的防治。**方法** 对已经行低位前切除术的121例低位直肠癌患者作了回顾性分析。**结果** 全组患者手术顺利,无手术死亡。术后都发生了不同程度的排便功能障碍,1年后患者排便功能基本正常。术后发生吻合口瘘3例(9.38%),吻合口狭窄4例(12.5%),局部复发2例(6.25%),无排尿功能障碍;有性生活70例,其中3例有障碍。**结论** 只要合理选择手术适应证,全直肠系膜切除联合双吻合技术对治疗低位直肠癌是一种较安全、有效术式,能够提高低位直肠癌保肛手术成功率及生活质量。

[关键词] 低位直肠癌;全直肠系膜切除术;双吻合技术
[中图分类号] R657.1;R735.37 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2008)06-0386-02

Clinical application of total mesorectal excision combined double stapling technique in anus-preserving operation of low rectal cancer

JIANG Qing-bin, CAI Jing-huai, CHEN Jian-song, SU Shu-yan (Department of General Surgery, Chaozhou Hospital, Chaozhou Guangdong 521000, China)

Abstract: Objective To investigate the feasibility, value and the prevention and treatment of complications for anus-preserving operation in the basic hospitals, which encised total mesorectum combined double stapling technique. **Methods** Totally 121 patients with low rectal cancer were retrospectively analyzed. **Results** All operations got success with no intraoperative death occurred. Different degree of defecate functional impairment occurred in all cases after operation, and recovered one year later. There were 3 cases (9.38%) of anastomotic leak, 4 cases (12.5%) of anastomotic stricture and 2 cases (6.25%) developed local recurrence. **Conclusion** The total mesorectal excision and double stapling technique provides a safe and effective alternative for anus-saving operation in some selected patients with rectal cancer. It is feasible to do TME and DST at the basic hospitals.

Keywords: low rectal cancer; total mesorectal excision; double stapling technique

直肠癌是常见的大肠恶性肿瘤,占整个结直肠癌的60%~70%,在直肠癌中约有3/4的病变位于腹膜返折以下。目前低位直肠癌的外科治疗在省级以上的医院已经从单纯的追求手术的彻底性转向根治性和生存质量兼顾,术中既要做到尽可能根治肿瘤又要做到保住肛门,维持盆腔功能。全直肠系膜切除(total mesorectal excision,TME)联合双吻合技术(double stapling technique,DST)的应用,使低位直肠癌切除保肛手术成为成熟技术并被大型综合医院外科医师广泛接受和推广。本文探讨基层医院行全直肠系膜切除联合双吻合技术在低位直肠癌保肛手术的可行性、应用价值及术后并发症的防治。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我科自2002年4月至2008年4月共手术治疗低位直肠癌121例,其中男72例,女49例,年龄27~86岁。46例肿瘤下缘距肛缘小于5 cm,65例肿瘤下缘距肛缘小于7 cm。大体病理类型:溃疡型71例,肿块型45例,浸润型5例。组织学类型:高分化腺癌12例,中分化腺癌86例,低分化腺癌20例,粘液腺癌3例。Dukes分期:A期8例,B期60例,C期53例。

1.2 方法

手术操作同常规直肠癌手术。按全直肠系膜切除术操作原则游离直肠及乙状结肠下端,沿直肠后间隙作锐性分离,保护左、右髂腹下神经,保持脏层筋膜完整,直至肛提肌水平,在同一间隙向侧前方解剖直至侧韧带,直肠前方切开腹膜返折后沿Denonvitier筋膜前方作锐性解剖,前下方至盆底肌,两侧至侧韧带。沿腹下神经追踪,保护盆丛,切断直肠中动脉,自下向上环绕剥离肿瘤下直肠系膜。肿瘤下缘1.5~3 cm处夹闭直肠,切断拟切除之肠管,移去标本,断端络合碘消毒后,荷包缝合或间断全层缝合残端。吻合器底钉座荷包缝合于近端肠管内,充分扩肛后从肛门插入吻合器身,与底钉座对合、拧紧、击发。退出吻合器后检查,检查近远两端吻合圈是否完整,可在盆腔内倒入生理盐水,自肛管向肛门内注气,以观察吻合口处有无渗漏。骶前置引流管1~2根。术后定时扩肛,括约肌紧张者置排气细管减压。

[作者简介] 江庆斌(1976-),男,广东省潮州市人,主治医生,本科,主要从事外科临床方面的研究。电话:(0768)2262612-3818

[收稿日期] 2008-08-25 [修回日期] 2008-09-29

2 结果

全组患者手术顺利,无手术死亡。肛门功能状况:术后发生了不同程度的排便功能障碍,半年内日排便次数0~15次(平均4.5次),1年后患者排便功能基本正常。术后发生吻合口瘘3例(9.38%),其中1例行横结肠造口而愈,1例改行Hartman手术,其余3例经通畅引流后4周内治愈。无吻合口狭窄,无排尿功能障碍;有性生活70例,其中3例有障碍。随访12~60个月(平均26个月),局部复发2例(6.25%)。

3 讨论

直肠癌腹会阴联合切除术自1908年成功开展以来,一直被外科界认为是低位直肠癌的标准术式。随着人们对生活质量要求的提高,相继又推出保留括约肌的各种保肛术式,但出现了局部复发率居高不下情况,达到30%左右,5年生存率徘徊在50%。1982年由英国学者Heald提出了全直肠癌切除术(TME)[1]。直肠癌TME是指在盆腔后间隙内由盆底腹膜脏层、壁层包裹直肠及脂肪、血管、淋巴系统组织等组合成完整结构体的切除,即直肠全系膜结构切除。TME的手术原则:①直视下在骶前间隙中进行锐性分离;②保持盆筋膜脏层的完整无破损;③肿瘤远端直肠系膜的切除不得少于5 cm;④保留自主神经。凡不能达到上述要求者,均不能称作直肠系膜全切除术[2-3]。

直肠癌能否保留肛门的影响因素很多,最重要的因素是肿瘤下缘与齿状线(肛提肌或以肛门缘为标准)的距离。对于低位的直肠癌,要做到既要符合肿瘤手术的操作原则,不会因为保留肛门而增加局部复发的机会,又要使所保留的肛门有良好的功能,这样在肿瘤远端需要切除2 cm。国内研究表明,欲保留一定的控便功能需保留齿状线以上1 cm的直肠,否则术后排便功能障碍会严重影响患者生活质量[4]。手术切除的极限位点在齿状线以上1 cm。1982年Goligher[5]首次指出直肠是卧在弧形的骶凹上,一旦被充分游离后,可有3~5 cm的延伸,在手术中肠管伸直以后,肿瘤下缘距离肛门缘的长度极限为6 cm,这样在低位直肠癌中进行肛门的保留手术时,肿瘤下缘距离肛门缘的极限距离为3~5 cm。但低位、超低位吻合,传统的手工吻合方法难以办到。1980年Knight首先提出双重器械吻合技术,Varma研究认为DST可以帮助完成齿状线上0.1~2 cm以内的结肠直肠或结肠肛管吻合,这使DST在TEM的基础上进一步提高了低位、超低位直肠癌保肛术的成功率[6]。

传统直肠癌术后吻合口漏的发生率在5%~10%,而TME术后吻合口漏发生率可达9.5%~18.0%[7-8]。本组术后发生吻合口瘘3例(9.38%),原因可能是TME吻合口低,而越低腔内压力越大,易发生吻合口漏;吻合口张力大引起吻合口局部血运不良;吻合器型号使用不当损伤远端直肠;术后骶前间隙空虚,容易积血积液,影响吻合口愈合。故在术中务必保证吻合口无张力;保持骶前引流通畅,空虚者必要时置2条引流管;术后常规扩肛,如不理想放置排气管1周以减压;抗感染及静脉营养支持治疗2~3周后瘘口可闭合,但合并严重出血或腹膜刺激征时,需再次手术处理。本组大部分患者术后均出现了不同程度的便频、便急、气便排便障碍及便不尽感等症状,但随着时间的延长,患者仍可维持基本的排便功能。本组资料显示,大部分患者术后1年均恢复正常排便功能,为了改善直肠癌低位或超低位前切除术后的排便功能,可采用J形结肠贮袋与直肠或肛管吻合。本组大多数采用Heald提出的TME手术方法,但仍有4例术后发生吻合口和会阴部肿瘤复发,可能是远端残留或直肠癌分期晚,恶性程度高引起。

通过本组资料分析显示,掌握TME技术,熟悉双吻合器性能并掌握其技术操作,只要合理选择手术适应证,全直肠系膜切除联合双吻合技术在低位直肠癌手术治疗中是有效、安全的,能够增加低位直肠癌保肛手术成功率,提高患者生存质量。双吻合器于基层医院可改用国产,大大降低了费用,提高了手术的可行性。

[参考文献]

[1] Heald RJ,Husbamd EM,Ryall RD. The mesorectun in rectal cancer surgert - - the clue to pelvic recurrencei? [J]. Br J Surg,1982,69(10):613-616.

[2] 万远廉,潘义生. 低位直肠癌的保肛术式[J]. 中国实用外科杂志,2005,25(3):184-185.

[3] Enker WE. Total mesorectal excision - - the new golden standard of surgery for rectal cancer[J]. Ann Med,1997,29(2):127-133.

[4] 刘中宁,刘祖定. 不使用吻合期的低位直肠癌保肛手术27例手术体会[J]. 现代肿瘤医学,2004,12(3):244-245.

[5] Goligher JC. Current trends in the use of sphincter-saving excision in the treatment of carcinoma of the rectum[J]. Cancer,1982,50(11 Suppl):2627-2630.

[6] Varma JS,Chan AC,Li MK,et al. Low anterior resection of the rectum using double stapling technique[J]. Br J Surg,1990,77(8):888-890.

[7] heald RJ,Ryall RD. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer[J]. Lancet,1986,1(8496):1479-1482.

[8] MacFarlane JK,Ryall RD,Heald RJ. Mesorectal excision for rectal cacner[J]. Lancet,1993,341(8843):457-460.

(编辑:郭光金)