维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2008年第17卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg,2008,Vol.17,No.4

64例低位直肠癌保肛手术临床分析

Clinical analysis of anus preserving operation for low rectal cancer in 64 cases

黄前堂,林武华,韩 军,陈建川 (武警四川总队医院外一科,四川 乐山 614000)

[关键词] 直肠癌;手术;临床分析
[中图分类号] R735.37 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0258-01

低位直肠癌(腹膜返折以下,距肛缘8 cm以内)传统的治疗方法通常采用不保留肛门的腹会阴联合切除术(Miles术)。随着对中下段直肠癌生物学行为的深入研究,管状吻合器的问世,全直肠系膜切除术(TME)的普及,保肛手术已成为低位直肠癌治疗的首选方式,而腹会阴联合切除已成为治疗低位直肠癌的最后选择。我院2000年至2002年共收治低位直肠癌136例,其中64例行保肛手术,总体疗效良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例共64例,男40例,女24例,年龄31~78岁,平均55岁。癌灶下缘距肛缘7~8 cm 8例,6~7 cm 30例,5~6 cm 24例,4~5 cm 2例。病理类型:高分化腺癌12例,中分化腺癌48例,低分化腺癌1例,粘液腺癌1例;中国改良Dukes分期A期5例,B期54例,C期5例。

1.2 手术方法

直肠低位前切除术(Dixon术)62例,其中吻合器完成吻合30例,手工吻合32例;拖出式吻合术(Welch术)2例,腹肛式切除吻合术(Parks术)2例。严格按全直肠系膜切除术(TME)的手术方法,先结扎系膜血管和癌灶近侧肠管,直视下在骶前筋膜的脏层和壁层之间锐性分离,始终保持盆筋膜脏层的完整性,后方游离至尾骨尖,前壁分离至前列腺尖端或直肠阴道隔;若需行拖出式吻合术或腹肛式切除吻合术,则需进一步游离肛管。同时注意保护输尿管和盆腔自主神经,在非牵拉状态下切除肿瘤远端直肠不少于2 cm,切除全部直肠系膜。吻合后用蒸馏水冲洗盆腔,吸尽积液,重建盆底腹膜,盆腔置引流管,术后负压吸引。

2 结果

本组病例未发生围手术期死亡,远端切缘无癌细胞浸润,病理学检查阴性。平均手术时间为180 min。术后吻合口漏2例(3%),经禁食、局部冲洗保守治疗痊愈。1年后出现吻合口狭窄3例(4.5%),均为吻合器吻合的病例,经定期扩肛,辅以开塞露、四磨汤药物治疗后症状明显好转,无需再手术治疗。本组病例排便功能良好,无大便失禁。术后5~7 d开始排便,为黄褐色稀便,每天3~10次;2周后为黄色糊状软便;3周后可排成型便,较软,量少,每天2~5次;3个月后排便功能基本恢复正常,每天1~2次。本组病例已随访5年,仍有52例存活(81.3%),局部复发6例(9.4%)。

3 讨论

肿瘤距肛缘的距离是决定低位直肠癌能否保肛的主要因素。由于受Miles直肠癌淋巴转移规律认识的影响,过去一直认为直肠癌下端切线距癌肿下缘的安全距离必须达5 cm以上,保留肛管长度约3 cm,因此,经腹会阴联合切除术(Miles术)是治疗距肛缘8 cm以内的低位直肠癌的标准术式。直肠癌能否保肛对于患者的生存质量,包括心理健康及生理健康等方面关系密切。目前有关低位直肠癌保肛手术指征仍存在争议。有学者认为,直肠癌切除远侧肠管2 cm与切除5 cm的患者,术后局部复发率、生存率均无明显差异;也有部分学者认为切除肿瘤远端直肠不少于3 cm。本组病例在非牵拉状态下切除肿瘤远端直肠不少于2 cm,远端切缘病理检查为阴性,术后恢复好,也说明在非牵拉状态下切除肿瘤远端直肠不少于2 cm是安全的,与万远廉的报道一致。目前,在教学医院及专科医院中低位直肠癌的保肛率大于60%,而一般性医院中低位直肠癌的保肛率小于50%。我院低位直肠癌的保肛率47%,与我院农村病员多,双吻合器应用少有关。

本组病例吻合口漏发生率为3%,低于文献报道(4.9%)。我们的经验是:①认真选择结肠吻合口的部位,确保吻合后无张力,结肠远端有动脉性出血,因直肠残留长度一般小于2 cm,不易导致缺血。②手工吻合时保证肠管各层对合良好。直肠末端或肛管口径大小悬殊,可斜行切除以扩大口径;吻合器吻合时应根据患者肠管选择口径相当的吻合器,同时插入内芯时不要撑裂肠管,彻底清除两端肠管周围组织,吻合后检查上下切缘是否完整必要时加强缝合。③不用电刀切断肠管。④吻合口不得有出血或血肿,吻合口周围无污染和感染灶,术后在吻合口附近置引流管行负压吸引。⑤术后坚持扩肛,每日2次。⑥若术前有梗阻,肠管会表现出充血、水肿,应避免在水肿处吻合,同时适当加宽边距,做到动作准确轻柔。⑦重建完整盆底腹膜,确保吻合口位于腹膜外。⑧积极给予支持,纠正贫血,低蛋白血症。⑨一般不需预防性横结肠造瘘。

[收稿日期] 2008-05-05 [修回日期] 2008-06-03

(编辑:文 灿)