维普资讯 http://www.cqvip.com

78－80

Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1998, Vol. 7, No. 2

直肠类癌22例临床分析

肖乾虎· 蒋 忠·

R735.73

提 要 本文报道22例直肠类癌，其中男性19例，女性2例，平均年龄51.5岁，平均病程16个月。按Dukes分期，Ⅰ期15例，Ⅱ期4例，Ⅲ期2例，Ⅳ期1例。为提高对本病的诊断率，作者认为，对40岁以上出现无明原因的直肠肛管症状，应常规指检，对高度怀疑者，应经直肠针吸或活检，但取材应有一定深度，以免误诊。直肠类癌良恶性的鉴别，应视肿瘤的大小、浸润深度及有无淋巴结转移而定。直肠类癌的治疗应根据肿瘤的大小结合浸润的深度来定更为合理。直径<1cm行局部切除，1～2cm行局部扩大或广泛切除，>2cm或浸及肌层，应行根治性切除。伴肝转移者，应力争切除原发灶，同时经肝动脉插管行栓塞及化疗。

关键词 类癌 直肠 综合征

类癌属少见的神经内分泌肿瘤(Neuroendocrine Tumor)，占所有肿瘤的0.05%～0.2%。约85%以上类癌发生在胃肠道，其发生部位，国外统计依次为阑尾、小肠、直肠；国内报道，直肠类癌有增多趋势，仅次于阑尾。直肠类癌常无特殊的临床表现，容易误诊，为提高临床医师对本病的认识，现将我院于1975～1995年经病理证实为直肠类癌共22例进行回顾性分析、总结如下。

临床资料

一般资料： 本组22例中，男性19例，女性2例，男女之比6.3∶1，年龄30～72岁，平均51.5岁。病史10天～6年，平均16个月。病变距肛门8cm以内17例(77.3%)，8～10cm 5例。按Dukes分期，Ⅰ期15例，Ⅱ期4例，Ⅲ期2例，Ⅳ期1例，其分期与肿瘤大小之关系见下表。

附表 肿瘤分期与大小的关系

分期	例数	肿瘤大小(cm)			
		≤1.0	1.0～1.9	2.0～2.9	≥4.0
Ⅰ	15	11	4		
Ⅱ	4	1	2	1	
Ⅲ	2			2	
Ⅳ	1				1
合计	22	12	6	3	1

临床表现： 有症状者19例，占86.4%，其中便血9例，大便习惯改变6例，大便变细2例，慢性腹泻2例；无症状3例，为体检时发现。本组无类癌综合征表现。22例中13例在院外误诊，其中误为直肠息肉8例，内痔3例，慢性结直肠炎1例，肝癌1例。

手术方法： 肿瘤行局部切除14例(经肛门切除7例，经骶尾切除5例，经腹切除2例)；在院外经肛门局部切除术后再次扩大切除4例(经骶尾切除1例，经腹Dixon术1例及改良Bacon术2例)，术后标本中未发现癌残留；类癌直径>2cm 4例，其中行Miles术3例，因肝广泛转移未治1例。

结果及预后： 因肝转移未治1例于术后10月死亡，失访2例，行Miles手术3例(术后存活6年1例，术后5年死于脑溢血1例，术后

· 作者单位：610041 四川成都华西医科大学附一院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

存活 2 年 1 例)，其余均健在，其中 1 例局部切除已存活 17 年。

讨 论

直肠类癌占直肠肿瘤的 0.14%～1.3%[1,2]，发病年龄为 40～60 岁，趋向老年，本组平均年龄为 51.5 岁，略小于 Sauven 报道 56 岁。男女之比，国外文献报道男略多于女[3]或无明显差别[4]，国内文献报道男多于女[5,6]，本组男女之比为 6.3∶1。

直肠类癌多位于粘膜下层，本组在粘膜下 15 例占 68.2%，Jetmore 报道 94 例直肠类癌，在粘膜下占 53%[7]。肿瘤多为单发，生长缓慢，在早期多无临床症状，常出现并发症的症状如便血、大便习惯改变、次数增多或大便变细等而就诊。且症状不典型，又无特异性，与痔疮、炎症、直肠息肉、直肠癌等很难鉴别。本组有 12 例(54.5%)误诊为内痔、直肠息肉、结直肠炎，9 例误为直肠癌(40.9%)。直肠类癌多数位于直肠 8cm 以下，本组 17 例在直肠 8cm 以下，占 77.3%，经肛门指检多可扪及粘膜下有硬节或息肉样肿块，质地偏硬、光滑、活动，呈淡黄或黄白色。少数人的肿块可脱出于肛门外。为提高对本病的诊断率，我们认为，凡 40 岁以上，出现无明原因的直肠肛管症状，应常规进行肛门指检，约 2/3 以上病人可获及时诊断。对高度怀疑者，可先行细针穿刺活检，因癌肿多在粘膜下，直肠活检取材时应有一定的深度，否则难以获得正确诊断。有时一次活检未能确诊，医生不能轻易放弃，应再次活检，以免延误诊断。本组有 1 例，连续三次活检才得以证实。

直肠类癌的胚胎发生来于后肠，属 APUD 细胞范畴，不含 5 羟色胺，其内分泌活性很低。因此，多无类癌综合征的表现，即使发生肝转移亦很少出现，文献报道其发生率为 1.6%。本组无一例类癌综合征表现。

直肠类癌的良恶性鉴别有一定困难，即使从组织学上亦难以鉴别。因而，多数学者认为，根据原发肿瘤的大小、浸润深度及区域淋巴结有无转移，来判断是否良恶性，还有实际的临床意义。Orloff 报道 234 例直肠类癌，发现原发肿瘤直径小于 1cm 时，恶性少，占 1.7%；直径 1～2cm 的恶性占 10%；直径大于 2cm，其恶性占 82%，如伴肌层浸润，恶性占 46%[8]。故一般认为，肿瘤直径小于 1cm，表面无溃疡，病理切片肿瘤仅限于粘膜下层即为良性；如肿瘤直径大于 2cm，表面有溃疡、病理切片发现肿瘤已浸及肌层或伴淋巴结及远处转移者即为恶性。1991 年 Tsioulias 等通过 DNA 非整倍体的检测来确定直肠类癌的良、恶性，认为有较好的特异性[9]。

直肠类癌的治疗，除根据类癌的大小，还应结合其浸润的深度更为合理。如单以肿瘤大小来确定治疗，其正确率为 74%，单以浸润深度来确定，其正确率为 85%，如二者相结合其正确率达 94%[6]。Naunheim 报道 595 例直肠类癌，直径＞2cm 者，74%有转移，直径＜2cm 伴肌层浸润者，47%有转移[2]，故一般认为，直径＞1cm，可行局部切除或电镜切除，1～2cm 者行局部扩大或广泛切除，直径＞2cm 或已侵及肌层者，应行根治性切除。

手术入路，视类癌距肛门的位置而定。如肿瘤为良性，距肛门 6cm 以内，可经肛门切除；距肛门 6～8cm，经骶尾入路切除；在 8cm 以上可经耻骨入路或经腹前切除。如为恶性，则按直肠癌的术式进行。

直肠类癌的预后一般较佳，Godwin 报道，5 年生存率为 18～94%，Mc Dermott 报道 5 年生存率为 44%[4]。Jetmore 认为，即使局部有复发，再次局部切除仍能治愈[7]。本组有 12 例癌肿直径＜1cm，侵及肌层 1 例，行局部切除均存活在 5 年以上。直径＞2cm 4 例，其中 3 例行 Miles 手术，2 例存活在 5 年以上，1 例存活 2 年。为此，我们认为，直肠类癌应力争早期手术切除，如为良性类癌则行局部切除；如为恶性类癌，则应行根治性切除；如已伴肝转移及化疗，将原发灶切除，同时经肝[illegible]可延缓病人的生[illegible]

维普资讯 http://www.cqvip.com

参 考 文 献

1. Quan SMQ, Bader G, Berg JW. Carcinoid tumors of the rectum. Dis Colon Rectum, 1964, 7: 197.
2. Naunheim KS, Zeitels J, Kaplan EL, et al. Rectal carcinoid tumors: treatment and prognosis. Surgery, 1983, 94: 670.
3. Sauven P, Ridge JA, Quau SH, et al. Anorectal carcinoid tumors. Ann Surg, 1990, 211: 67.
4. Mc Dermott EW, et al. Prognostic Variables in patients with gastrointestinal carcinoid tumors. Br J Surg, 1994, 81(9): 1007.
5. 崔龙, 戴观荣, 屠岳. 直肠类癌(附12例报告). 中国普通外科杂志, 1996, 3: 147.
6. 印辉忠, 唐伟松, 张思源. 直肠类癌19例分析. 普外临床, 1995, 10(2): 111.
7. Jetmore AB, Ray JE, Gathright JB, et al. Rectal carcinoids: The most frequent carcinoid tumor. Dis Colon Rectum, 1992, 35: 717.
8. Orloff MJ. Carcinoid tumors of the rectum. Cancer, 1991, 28: 175.

(收稿: 1997－06－15)

·个　　案·

羊膜腔穿刺致宫腔内出血失血性休克1例

张莉英*

患者26岁，住院号54706，孕2产1。因停经25周，要求终止妊娠于1997年10月20日入院。查体：T36.5℃，P80次/分，R20次/分，BP15/10kpa，神清、精神好，心肺检查正常，腹部膨隆，肝脾无肿大。宫高22cm，腹围81cm，臀先露，无宫缩。实验室检查：血WBC5.8×10⁹/L，RBC2.55×10¹²/L，Hb100g/L；尿＋项，OB(＋)，心电图正常。于当日下午11时在常规消毒下行羊膜腔穿刺利凡诺引产，取脐耻间中点旁开1cm处进针，回抽出血液，遂改变穿刺方向重新穿刺，穿刺过程中，患者烦躁、呻吟、脸色苍白、血压下降，考虑"羊水栓塞"。停止穿刺，予吸氧、输液、静注地塞米松、阿托品、氨茶碱等处理，数分钟后患者恢复正常。又于耻上三横指右旁开1cm处进针穿刺，抽出血性羊水，患者再次出现烦躁、四肢冷、血压测不到，急拔针抢救、双管快速输液，静滴低分子右旋糖酐、5%碳酸氢钠及多巴胺20mg，并再次使用地塞米松、阿托品，血压逐步上升，但末梢循环仍较差，查Hb60g/L，考虑"宫腔内出血"，给予立止血、止血合剂等静注，一般情况好转，血压升至正常且平稳，于下午1时转入病房，维持输液并监测生命体征。下午5时30分患者再次出现血压下降，面色极度苍白、腹软，稍增大，阴道无流血，查血色素50g/L，考虑"宫腔内出血、失血性休克"，在积极纠正休克及输血治疗的同时行剖腹探查术，开腹后见腹腔无出血，子宫大于孕周，取子宫下段横切口切开子宫，见大量血水及血块涌出，总计2500ml，以臀位牵引娩出一女婴，胎盘位于前壁，未剥离，子宫肌注缩宫素20u、麦角新碱0.2mg。并予缩宫素20u静滴加强宫缩，娩出胎盘胎膜，见其子面近脐带处有一血管破裂活动性出血，术中子宫收缩好，出血不多。子宫无卒中。术后继续输血，预防感染及支持治疗。生命体征平稳，一周后拆线、伤口甲级愈合、痊愈出院。

讨论　羊膜腔内利凡诺引产由于安全、方便、有效，在我国已广泛使用，但由于羊膜腔穿刺致宫腔内大出血失血性休克甚少报道，我们也对此缺乏认识，险些造成严重的后果。为了防止中期妊娠，引产时羊膜腔穿刺刺破大的胎盘血管，除需严格按照中期妊娠引产进行操作，还要特别注意以下几点①行羊膜腔穿刺引产时，操作技术应熟练，穿刺针要细(尽量选用7号穿刺针)穿刺部位要准，尽量一次成功，穿刺时应垂直进针，避免捻转手法，②穿刺前最好借助B超进行胎盘定位，避开胎盘附着处，③若穿刺后回抽的羊水血性，应禁止注入利凡诺，酌情应用止血药，观察24小时～48小时无特殊另选点穿刺。

(收稿: 1998－01－04)

* 作者单位：510080　广东花都市花东医院　妇产科