维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 3 期总第 23 期

局部切除配合化疗治疗直肠息肉隆起型癌的临床观察

新疆奎屯市兵团奎屯医院外科 苏万海 谢荣庆

(新疆奎屯,邮政编码 833200)

提要 作者自 1991～1996 年 1 月,对 31 例低位直肠息肉隆起型癌,伴患冠心病、糖尿病、年老、多病,不能耐受根治性手术患者,采用肿瘤局部肠粘膜下层切除,术前、术后全身局部联合化疗。经临床观察:3 例术后分别在 1～3 年期因冠心病死亡;1 例术后 4 年 7 个月因糖尿病酮症酸中毒死亡;27 例目前仍无癌健在。其中 3 例术后已 5 年;5 例术后 4 年;术后 3 年以上者 6 例。其余为近 2 年手术者。表明此项治疗手段,不是一种单纯的姑息性手术,而是疗效可靠,且手术简单易行,无任何并发症,并解决了因全身情况差而不能手术这一难题,也是年老、多病患者既可靠又安全的较佳治疗方法。如掌握好适应征,合理化疗,5 年生存率不低于 Miles 手术。

关键词 低位直肠息肉隆起型癌;切除;化疗。

目前,根治性切除术仍是治疗直肠癌的主要方法,但是直肠癌发病年龄 80%在 60 岁以上,加之近 10 年来,冠心病、糖尿病发病率增高,使一部分直肠癌患者因年老、多病,不能耐受根治手术,而得不到有效的治疗。作者近 6 年来,对 31 例低位直肠息肉隆起型癌,因全身情况不能行根治性手术患者,采用经肛门肿瘤局部肠粘膜下层切除,配合化疗,取得满意效果,现报告如下。

资料和方法

一、临床资料:31 例治疗前均有明确的病理诊断,均为腺癌。其中高分化 23 例;中分化 8 例。男 17 例;女 14 例。年龄 63～72 岁,平均 65.7 岁。

术前瘤体检查:肿瘤距肛门缘 5～6cm19 例;6～7cm12 例。有蒂型 9 例,蒂短,瘤体 2～3cm 大小,呈菜花状或表面溃烂、出血;广茎型 22 例,瘤体 2～4cm 大小,表面突凹溃烂、出血、基底与肠壁无固定、活动度大、肠粘膜松软。

二、治疗方法:

1. 术前化疗:ULF 方案。ULF300mg1 日 3 次,连服 22 天;LMS50mg1 日 3 次,连服 11 天,服药第 12 天开始,每晚用 2.5%5—FU20ml 保留灌肠,连用 10 天。

2. 化疗 1 周期后即行经肛门手术。左手食指伸入肛门肿瘤茎部上方,向肛外轻轻牵拉,显露肿瘤,用大弯血管钳于肿瘤茎部紧贴肿瘤钳夹,而后将血管钳向肛门外前方牵拉,使松软的肠粘膜延长,靠拢,于肠粘膜距止血钳 0.5～1cm 处肠粘膜上第二把止血钳。两钳之间,紧靠肠粘膜止血钳切除肿瘤,残端用中号线贯穿缝扎,局部常规消毒或用 2.5%5—Fu 湿纱布敷盖。如肿瘤距肛缘 7cm 左右,显露有困难,可在肛门镜直视下完成钳夹,退出肛镜,进行切除,缝扎。

3. 术后化疗:术后第 8 天,重复 ULF 方案,第 2 周期,5—Fu 灌肠改为连用 5 天,4 周期为 1 疗程。每年化疗 1 疗程。

结 果

一、术后标本病理分析:高分化腺癌 23 例;中分化 8 例。息肉短蒂型 9 例,癌组织仅限于蒂柄,肠粘膜层;广茎隆突型 22 例,直径 2～4cm。癌组织限于肠粘膜层及肠粘膜下层,但未达肌层者。以上 31 例切除端未见癌组织,未见淋巴转移。

二、临床观察:31 例术前均有血便或脓血例,大便次数 4～10 次/日。3 例术后分别在 1～3 年期因冠心病死亡;1 例术后 4 年 7 个月因糖尿病酮症酸中毒死亡;27 例目前仍无癌健在,其中 3 例术后已 5 年,5 例术后 4 年,术后 3 年以上者 6 例,其余为近 2 年手术者,无 1 例局部复发或转移。

讨 论

一、近年来,由于直肠癌区域性,局部性侵犯诊断技术的不断改善和发展,可以使外科医生掌握更为精确的治疗指征,对每例病人的治疗方法作最佳的选择。破坏性外科手术的不断减少,保留括约肌的治疗技术不断发展,外科和化疗、放疗综合治疗的兴起,使最大可能地进行保留性手术治疗,以根治为目的,并可以使直肠癌病人的生存质量得到明显的改善。这是我们外科的发展和未来。

二、Papillon 报道一组 133 例经审慎选择的下端直肠癌病人可用特制之腔内管进行接触性放疗,取得 78%的 5 年生存率。病人大多符合以下标准:分化良好腺癌,直径不超过 5cm,具有较好的活动性,亦包括小部分全身情况不能耐受大手术的病人。本组审选病例为低位直肠息肉隆起型癌通过肛检查就可确定肿瘤对肠壁的侵犯情况。瘤体直径不超过 4cm,活动度大,肠粘膜松软,说明肿瘤没有侵犯或没有穿越直肠粘膜肌层。那么就不存在淋巴扩散的危险性,均属 Pukes 改良分期 A 期,癌病灶局限于粘膜或粘膜下层,且经病理诊断:均属分化较好的腺癌。这是采用局部切除的先决

维普资讯 http://www.cqvip.com

条件和疗效可靠的基本保证。

三、31例均属年老、多病，大多患冠心病，糖尿病而不能耐受大手术。采用放疗，腺癌对放射线不敏感、疗程长、见效慢、并发症多，且多数医院条件设备受限。经肛门局部切除手术简单易行，创伤轻微，解决了因全身情况而不能手术这一难题。肿瘤局部肠粘膜下层彻底完整切除癌肿，术后无并发症。临床病症消失，疗效明显优于非手术治疗，保持正常生理通道，最大限度地提高了生存质量，这点优于根治性手术。

四、化疗方案的选择：UFT为FT207的复方片剂，目前仍是对直肠癌最有效的药物，可有效地控制和防止肿瘤的局部扩散和血行转移。口服副作用轻，白细胞减少者仅占5%。LMS为免疫化学治疗剂。口服迅速吸收并分布到全身所有组织中，可使T淋巴细胞、巨噬细胞的功能恢复，使T细胞的前体细胞分化成熟细胞。此外术前投入LMST淋巴细胞增殖效应持续3周，有助于防止在术后早期引起的肿瘤的转移形成和局部复发。2.5%5—Fu保留灌肠，直肠癌细胞内不含5—Fu降解酶。高浓度药物直接作用于肠粘膜和肿瘤组织，而直肠粘膜药物吸收力强，直肠结构较松散，细胞间隙裸露，且5—Fu药物分子量小，对组织间隙和细胞穿透力强，易穿透肿瘤组织，这些都是局部用药的有利条件，并且高浓度5—Fu可降低肿瘤细胞的活力，使种植到手术区的瘤细胞不能生存。有利于避免术中血源性扩散，减少局部复发。

五、肿瘤局部粘膜下层切除术的远期疗效：局部切除令人担心的重要问题是肿瘤切除不彻底而引起复发和转移。直肠癌的区域性侵犯重要是区域淋巴系统受侵，直肠壁越是被肿瘤浸润得深，淋巴结受限的程度就越严重，而病人的局部复发率和远处转移率就越高。如果肿瘤没有侵犯或没有穿越直肠粘膜肌层，那么就不存在有淋巴扩散的危险性。因此要严格掌握手术适应征。本组病例均属息肉隆起型，A期。肠粘膜切缘距肿瘤组织0.5～1cm，呈圆周型。钳夹切除，术后标本病检：切缘为正常肠粘膜。术前、术后配合全身局部化疗，这些都是防止扩散、转移的有效措施。经随访所有病例，包括3例因合并症死亡病例，按手术时年限计算：5年期、4年期、3年期，无1例局部复发和远处转移。

六、本手术适应征：①低位直肠息肉隆起型癌，A期病例；②因全身情况不能耐受大手术的B_1期病例。对B_2期病例要慎重选择，术后配合化疗、放疗。

溃疡型、浸润型均不属于手术范畴。

（收稿日期：1996－12－12）

剑突综合征3例

齐齐哈尔医学院第一附属医院普外科　乔宝成　郭占跃　陈玉军　孙玉琢
齐齐哈尔市碾子山区人民医院外科　胡继国　李国忠
（黑龙江齐齐哈尔，邮政编码161041）

剑突综合征系指胸骨剑突增生或过长而造成其周围组织增生的非特异性腹壁病变。有临床表现者少见。作者遇3例有临床症状，并经手术治愈的患者，报道如下。

3例患者，女2例，男1例。年龄分别为32岁、45岁、57岁。疼痛时间最短1年，最长已达6～7年。均按胃炎治疗无效。疼痛特点：上腹隐痛不放散，以饱餐后及弯腰时加重。查体：3例患者均为肥胖病人，在深呼吸时剑突有明显前突，翘起或向背侧弯曲，触之较宽，比正常剑突长1倍以上且质硬。按压该处则疼痛明显并放射到上腹部。局麻下切除剑突，术后症状消失。

讨论：剑突为胸骨的尾部，一直伸延于上腹部。在30岁之前剑突多处于软骨阶段，此时除有因剑突过长而造成类似剑突综合征之外，一般不产生症状。剑突的骨化并不是到达中年以后才形成的，而是从3岁时就开始形成骨化中心，随着年龄的增长，逐渐扩大，直至完全骨化。到中年以后，胸骨体才与剑突骨性融合，随着骨性的增加，弹性则越来越小，但硬度越来越大，一部分人便产生了不同程度的剑突综合征。

剑突综合征，在36～45岁之间较多见，主要发生于肥胖病人，表现为上腹部特别是剑突附近疼痛。有时在重体力劳动或弯腰动作的活动之后或饮食后加重，剑突有明显的压痛及局部放射痛，严重时可使病人处于躯干过伸才感疼痛缓解。病程比较持久，一般不能自愈。它的突出病理特点是：软骨组织增生和骨性化；骨膜纤维性增生变厚；再者是软组织有孤立的透明软骨岛，可导致对周围组织的刺激而引起症状。

一经确诊该病，初期可试行局部氟美松及氢化考的松封闭，部分病人可能治愈。病程较久或封闭后又有复发者可手术治疗。如果切除范围不足仍可产生如上症状。因此手术时要求切除全部剑突，有时需清除其周围部分软组织，消除异位骨岛，方可收到良好的手术效果。

（收稿日期：1996－11－11）