维普资讯 http://www.cqvip.com

40-41

22

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 3 期总第 23 期

结肠癌根治术淋巴结廓清范围的探讨

内蒙古通辽市哲里木盟医院 李 政 兰荫梧
（内蒙古通辽，邮政编码 028000）

R735.350.5

提要 左、右侧结肠癌根治术淋巴结的廓清范围，在国内目前仍有意见分歧。但根据结肠癌的淋巴结转移规律与生物学特性，指导结肠癌的术中淋巴结的廓清，近年通过在中国医大癌研所学习，结合文献，参照日本大肠癌规约[1]的标准，1993 年以来，我院共收治不同部位的结肠癌 12 例，均做 R_3 半结肠癌切除术，术中廓清主干淋巴结，术后根据病理情况做初步讨论。现报告如下。

关键词 结肠癌根治术 淋巴结 廓清。

临床资料

本组 12 例，男性 9 例，女性 3 例。年龄 41～72 岁，平均年龄 55 岁。横结肠癌 1 例，脾曲结肠癌 3 例，升结肠癌 4 例，乙状结肠癌 4 例，均行结肠癌根治术，简称 R_3。术中切取淋巴结，按日本大肠癌规约[1]，将淋巴结分站，分组，编号，并同大体标本送检。预防性切除不够，进行吻合端术中病理切片检查。

结 果

一、本组术后病理回报情况 本组 12 例，行 R_3 术式，术中廓清肠系膜上，下动脉根 R_3 站主淋巴结，根部结扎，切断肠系膜上、下动脉，清除淋巴结 8 例。行 R_3 术式未结扎肠系膜上、下动脉廓清根部淋巴结 3 例，1 例横结肠癌行结肠中动脉根部结扎廓清淋巴结，逐各廓清肠系膜上动脉周围淋巴结 12 个。肠系膜下动脉周围淋巴结 8 个。髂血管、腹主动脉旁淋巴结 4 个，结肠中动脉旁淋巴对 2 个。本组 12 例在大体标本摘取淋巴结 142 个，平均每例 12 个（国内标准 10 个）。病理回报，转移淋巴结 119 个，反应性增生 23 个。组织学分类：高分化腺癌 4 例、中分化腺癌 3 例、低分化腺癌 1 例和粘液腺癌 4 例。

二、12 例中 9 例为扩大半切除，3 例为 R_2 式切除术。本组无一例肠吻合端癌侵润。术后吻合口瘘 2 例，对症治疗后，12 例均痊愈出院。由于 12 例均为 1993 年以来的病例，时间短，例数少，术后随访无一例复发，有待进一步随访。

讨 论

一、结肠癌的淋巴结转移范围 结肠的淋巴输出管始于粘膜下和浆膜下淋巴网。出肠壁后其淋巴液可经结肠上淋巴结，结肠旁淋巴结，中间淋巴结，肠系膜根部淋巴结而后注入腹主动脉旁淋巴结。从而得知，结肠癌淋巴结主要分布于癌供应主干血管及相邻血管区域，淋巴走行沿动脉分布[1]。将淋巴结转移程度分为肿瘤附近的 n_1，沿动脉走行的 n_2，动脉干起始部的 n_3，同时根据日本大肠癌规约[1]，把肠壁本身与肠壁动脉边缘的淋巴结，距癌块上下 5cm 为第一站淋巴结。边缘淋巴结与沿血管干分布的中间淋巴结为第 2 站淋巴结。血管主干与肠系膜根部、腹主动脉旁淋巴结为第 3 站淋巴结。由此可见结肠癌转移物是由癌块上、下 5cm 以内边缘淋巴结及癌供应主干血管周围到达肠系膜根部这一区域的。

二、因此而产生的淋巴结廓清范围 通过综上所述结肠癌淋巴系统是由边缘淋巴结、中间淋巴结和主淋巴结这一方式进行引流的，那么结肠癌根治术应当彻底廓清这 3 组淋巴结[1,2]。按结肠癌根治Ⅲ式（R_3）的要求，左、右侧结肠的主淋巴结在主干血管的根部，也就是肠系膜上，下动脉发出分枝的水平处结扎主干血管，清除周围淋巴结。12 例中肠系膜上，下动脉，中结肠动脉，腹主动脉旁，共计廓清 24 个淋巴结，癌的主淋巴结转移率 17%。浜野报告[3]右半结肠癌的主淋巴结转移率为 8.5%，所以必须常廓清此站淋巴结。

广泛廓清淋巴结这一主张已基本被同道公认，我院根据穿透肠壁有淋巴转移的 DvkesB.C 术中怀疑有第三站淋巴结转移，又无其它脏器转移与播散，情况好的病例，均行 R_2，R_3 结肠癌切除术，肠系膜上，下动脉是否结扎，根据术中情况，廓清的理由是①肿块已侵出肠壁，淋巴结转移的发生早于其它转移方式。②在手术中肉眼很难判定癌转移，且有部分病例具有跳跃性转移的特点。③广泛廓清淋巴结可以减少癌经淋巴道扩散的机会。预防了癌残留。④根据结肠癌的生物学特性，隆起型、溃疡型转移率低，浸润型最易转移，高分化腺癌转移率低，低分化腺癌粘液腺癌易发生转移等特点进行合理的根治，⑤广泛的廓清不会增加手术死亡率和术后病死率。

术中对肠管的切除长度与残端的处理应根据癌向远近端肠壁直接扩展最长 2.0cm[2]。故应把根治放在淋巴结的廓清上。因而肠管的切除长度应与淋巴结廓清的需要而定。整个术式采用 Turnbu 曾报告不触摸

维普资讯 http://www.cqvip.com

法进行操作。

三、术后展望　术后的生存率决定癌浸润深度和淋巴结转移程度的两大因素。因此，通过术中所见及切除标本检查OT以确定肿瘤的病变程度，浸润深度。可分为粘膜层(m)，粘膜下层(sm)，固有肌层(pm)，怀疑浸出肠壁不明显(S_1)，明显侵出肠壁(S_2)。有其它脏器侵润者(S_3)。因而得知侵润深5年生存率低。高桥考报告[1]无淋巴结转移者术后5年生存率为74.5%。有淋巴结转移者5年生存率为56.5%。本组12例均存在淋巴结转移。由于本组12例均是1993年以后病例，术后随访时间短无一例复发。

参考文献

1. 高桥考.大肠癌におけるリに节廓清，第1板，东京：医学教育出版社　1986；23－34.
2. 日本大肠癌研究会编.大肠癌取极规约，第1板，东京：金原出版社　1977；1－25.
3. 浜野恭一.右半结肠切除术，消化器外科　1985；8(7)：1117.
4. 高喜康.结肠癌淋巴结廓清范围的探讨，实用外科杂志　1989；9～11.

(收稿日期：1997－02－04)

肝下异位阑尾并结肠过长1例

河北省承德市寿王坟铜矿医院　王立成　杨汝贵

(河北承德，邮政编码 067100)

患者，男，59岁。因右中下腹痛伴恶心，呕吐，发热11小时入院。劳累后发病，无转移性右下腹痛史。腹痛为持续性钝痛，阵发性加剧，伴背痛。一年前有类似发作史，未确诊。查体：T38.4℃，BP13.7KPa/9.33KPa，心肺无异常。腹平坦，无胃肠型及蠕动波，无膨隆，右侧腹壁肌紧张，右侧锁骨中线平脐上2cm处压痛为著，反跳痛阳性，无包块，肝区及右肾区叩击痛阳性，肠鸣音稍亢，结肠充气试验阳性，腰大肌、闭孔内肌试验阴性。实验室检查：Wbc26.0×10^9/L，N0.85；尿Rt：Pro(+)。胸透及肝胆肾区B超未见异常。术前诊断：急性阑尾炎。

手术中所见：即行阑尾切除术，取右下腹切口，入腹腔，未见大网膜下移，顺结肠带寻找阑尾。见结肠于右下腹部固定于腹后壁。右下腹腔未见到回盲部及索状物。仔细检查见如上升结肠内侧有一并行结肠自右下腹部与之相延续，两者形态相同。故向上延长切口，沿后者走行方向探查，后者于肝下约3.5cm处固定，并于此处扪及索状物，长10cm，粗1.2cm，充血明显，肉眼观为阑尾，根部可见三条结肠带汇聚的回盲部固定于该处。即顺利性切除阑尾，残端包埋于基底肠壁内。术后病理证实索条物为阑尾。术后抗炎治疗，7天拆线，痊愈出院。

讨论：阑尾的基底部与盲肠的位置关系比较固定[1]，故阑尾的位置主要决定于盲肠的解剖部位。阑尾异位于肝下，主要是因为在胚胎发育过程中，盲肠没有按通常规律由右上腹下降至右髂窝内，而遗留在肝下位置而致[1]。盲肠为结肠起始部，其为腹膜所覆盖，但其系膜长短不定，故盲肠可有一定活动度；但如果在胚胎时期，升结肠系膜与后腹膜未完全融合，使盲肠活动范围过大而形成移动盲肠[2]，可移至腹中部或左下腹部。此例在术中探查了回盲部位置且无活动性，故可与移动盲肠相鉴别。

肠重复畸形是消化道重复畸形中较为常见的一种，系指肠的某一段或全结肠形成双肠管，多发生于回肠及回盲部，本病症状变异较大，亦有少数患者终生无症状。哈医大第二临床学院小儿外科韩福友副教授首次提出将该病分成5型：即肠内隔膜型、肠壁囊肿型、肠外管状型、肠外囊肿型及孤立型。此例病人结肠自肝下回盲部向下绕经右下腹，复又上升至肝曲向左延续为横结肠，与如上五型均不符，可与肠重复畸形相区别。

在解剖学中，结肠的长度为升、横、降及乙状结肠的总长度，其随人身长有异，但此病员结肠较正常解剖关系多出一升结肠之长度。复习有关文献资料，尚未见类似报导。可能亦为胚胎发育过程中，肠旋转畸形而致，在这里暂称为结肠过长。

阑尾异位，在腹外科较为常见，但此病例阑尾与结肠的解剖位置关系较少见，有一定的解剖学意义。

参考文献

1. 河北新医大学.《人体解剖学》编写组.人体解剖学(上)，人民卫生出版社 1977，585.
2. 宋文阁，类维富主编.临床疼痛鉴别诊断，济南出版社 1993；205.

(收稿日期：1996－12－05)