维普资讯 http://www.cqvip.com

203-205

直肠癌术式探讨

吴承堂* 黄祥成* 孙大成**

R735.370.5

【摘 要】 **目的** 探讨直肠癌手术方式的选择。**方法** 对我院1984～1993年行手术切除治疗直肠癌860例作一回顾性分析。**结果** 全组中施行Dixon术510例，Miles术325例，局部切除术25例。Dixon术后局部复发率为11.8%，五年生存率为50.8%，Miles术则分别为11.1%、56.3%。1990年后与1990年前相比，两种术式术后局部复发率均下降，五年生存率显著提高。**结论** 直肠癌术式选择应严格按肿瘤病理分期、细胞学类型、远切缘距离和肿瘤大小来进行，正确选择术式及术中腹腔热灌注化疗有助于改善病人生活质量，降低术后局部复发率，提高五年生存率。

【关键词】 直肠癌 Dixon术 Miles术 复发

治疗

Discuss the selection of operative manners of rectal cancer *Wu Chengtang, Huang Xiangcheng, Sun Dacheng. Department of General Surgery, Nanfang Hospital, First Military Medical University, Guangzhou 510515*

【**Abstract**】 **Objective** To discuss the selection of operative manners in rectal cancer. **Methods** In this study, a retrospective analysis was made to investigate the operative manners in 860 cases suffering from rectal cancer in the past ten years(1984～1993). **Results** 860 patients of rectal cancer treated by Dixon's operation was in 510 cases, Mile's operation was in 325 cases, and local rectomy was in 25 cases. Local recurrence rate and five-year survival rates in Dixon's operation was 11.8% and 50.8%, respectively. But those in Mile's operation was 11.1 and 56.3% respectively. As compared with three years ago, the local recurrence rate reduced and the five-year survival rate increased significantly after 1990. **Conclution** The selection of operation in rectal cancer was strict in pathological grading, cytological type, distance from tumor sections and the size of carcinoma. Correct operation and hyperthermic peritoneal perfusion chemotherapy improve the patient's living, decrease the recurrent rate and increase the five-year survival rates.

【**Key words**】 Rectal cancer Dixon Miles Recurrence

随着现代外科手术操作技能的不断进步，临床热、放、化疗等综合治疗的日趋完善，使直肠癌病人更多地保存肛门功能提高术后生存质量成为可能。近年来保留肛管括约肌的直肠癌切除术报道日渐增多，但术式选择不当，则有增加直肠癌术后局部复发的危险[1]，反而使术后五年生存率下降。因此，目前在直肠癌术式的选择上仍存在不少争议。现就我院1984～1993年收治的直肠癌860例作一回顾性分析，对直肠癌术式的选择进行探讨。

资料和方法

一、一般资料

我院于1984～1993年共收治直肠癌860例，其中男性636例，女性224例，年龄23～72岁，平均48岁，所有病人均经手术和术后病理证实。Dukes A期130例(15.1%)，B期450例(52.3%)，C期237例(27.6%)，D期43(5%)，组织细胞学分类：腺癌580例(67.4%)，粘液性腺癌95例(11.0%)，乳头状癌45例(5.2%)，低分化腺癌56例(6.5%)，未分化癌38例(4.4%)，鳞癌20例(2.3%)，平滑肌肉瘤16例(1.8%)，其它20例(2.3%)。

二、治疗方法与结果

所有病人均施行手术治疗，手术方式及治疗结果见附表。其中，1990年以前手术者，术中未作腹腔热灌注化疗，1990年以后手术病人则行术中腹腔热灌注化疗，方法为术毕用43°C蒸馏水2000～4000ml行腹腔灌洗10～15分钟，术毕腹腔内置放5-FU 1.0克。术后所有病人均常规应用5-FU静脉化疗，每一疗程6～8克，共用6～8个疗程。

* 作者单位：510515 广州市第一军医大学南方医院普外科
** 外科教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

附表 860例直肠癌手术方式及治疗结果比较

术式	1990年以前			1990年以后		
	例数	局部复发率(%)	五年生存率(%)	例数	局部复发率(%)	五年生存率(%)
局部切除	12	1(8.3)	12(100)	13	1(7.6)	13(100)
Dixon	280	43(15.3)	136(48.5)	230	17(7.4)	138(60.0)
Miles	210	28(13.3)	105(50.0)	115	8(6.9)	78(67.8)

三、术后局部复发相关因素分析

1.肿瘤细胞学类型:98例复发病例中,粘液性腺癌61例,低分化腺癌26例、印戒细胞癌6例,腺癌5例。2.肿瘤远切缘距离:3cm以内者79例,3cm以上者19例。3.临床分期:Dukes B期12例,C期80例,D期6例。4.手术方式:局部切除2例,Dixon术60例,Miles术36例。5.肠道准备:常规灌肠法93例,口服甘露醇法5例。

结果和讨论

一、早期手术及腹腔热灌注化疗对直肠癌远期疗效的影响

直肠癌是我国常见恶性肿瘤,其发病率有逐年上升趋势,发病年龄有年轻化倾向。尽管近年来外科手术操作技能不断完善,热疗、化疗、放疗、介入治疗和生物治疗等综合治疗措施不断发展,直肠癌术后五年生存率得到一定的提高,目前已达50~60%[2]。但生存状况仍未能令人满意,因为直肠癌手术治疗的效果,在很大程度上取决于能否早期诊断,早期手术治疗。早期直肠癌(癌肿局限于粘膜层或侵入肌层但未穿透肌层,无淋巴管或静脉受浸润)即使采用局部切除而未行根治性手术,其五年生存率和局部控制率仍为95.8%[3],足以说明早发现、早手术对提高直肠癌生存状况的重要性。但因目前尚缺乏简便、廉价而有效的普查方法和手段,早期诊断直肠癌(特别是中上段者)仍有一定困难,致使临床所见大多为中晚期病人,手术根治或切除肿瘤后,虽然局部复发率只有10~15%,但严重地影响了病人的生存质量,而且死亡率高达80~90%[4]。

直肠癌术后局部复发除与肿瘤病理分期、分化程度和局部浸润有关外,还与手术操作及术中无瘤措施密切相关。直肠癌病人术后80%死于局部复发,防止复发的关键是杀灭腹腔内游离癌细胞和可能残存的微小癌灶。近年来国内外应用术中腹腔热灌注化疗,对防止术后复发取得较好的结果。Leather等[5]报道大肠癌手术结束后腹腔灌洗液中游离癌细胞检出率为13~27%,采用腹腔热灌注化疗后,癌细胞检出率显著下降。本组Dixon及Miles术中应用腹腔热灌注化疗病人术后局部复发率由14.3%降为7.2%。

二、直肠癌手术方式选择

我国直肠癌的特点是以中下段癌为多发,据郁宝铭报道直肠中下段癌占直肠癌发生率的87.3%[4]。目前国内对于直肠上段癌(距肛门11cm以上)可作保肛手术,在这一点上是没有争议的,但对于中下段直肠癌在手术方式的选择上则存在很大分歧,行经腹会阴联合直肠癌切除术(Miles术)者逐渐减少,而作经腹前切除术(Dixon术)则日趋增多,原因是如果病例选择得当,Dixon术后局部复发率、五年生存率与Miles术相比并无显著差异,但保肛手术却给病人生活带来了极大的方便,明显改善了病人的生存质量。本组病人行Dixon、Miles术后患者局部复发率和五年生存率相比并无差别,说明只要病例选择恰当,直肠中下段癌选择Dixon术亦完全可行。因此,我们认为符合以下标准者可考虑采用Dixon术:术前病理类型为非粘液性腺癌、非低分化腺癌,临床病理分期为A、B期,肿瘤远切缘距离大于3cm者。否则,应改作Miles术。不能因为怕复发、追求彻底手术置病人生活质量于不顾一律行Miles术,也不应该为了保住肛门,满足病人一时之要求而盲目采用Dixon术,这些都不可取,在直肠癌手术方式的选择上,应严格掌握适应症。

此外,随着吻合器的问世和外科手术操作技能的改进,使得以往认为必须行Miles术的病人,由于吻合器解决了盆腔深部进行吻合时用手操作所无法完成的操作,直肠前切除吻合可最大限度地用于低位直肠癌病人。李东华[6]报道用双吻合器进行直肠前切除低位吻合术183例,术后局部复发只有8例,说明只要病例选择得当,应用吻合器进行直肠前切除术是安全可行的术式。

近年来由于直肠腔内超声的发展,加上人们健康意识加强,早期直肠癌病例报道逐年增多,对这些病人可选作局部切除术且远期疗效满意。据报告Dukes A期行局部手术切除者五年生存率高达98.05%[3]。但在病例选择上要审慎,仅对癌肿局限于粘膜或粘膜下层、隆起型、低度恶性、肿瘤直径小于3cm且距肛缘大于8cm者适用。

参 考 文 献

1.徐文怀,王怡,胡琳,等.低位直肠癌病人肛门括约肌保留的

维普资讯 http://www.cqvip.com

理论探讨和手术方法改进.肿瘤,1987,7(4):167－168.
2.陈易人,汪良.提高大肠癌远期疗效的措施.普外基础与临床杂志,1996,3(4):227－228.
3.孙瑞利,杨道贵,侯守玺,等.局部切除治疗早期直肠癌.河南肿瘤学杂志,1996,9(3):198－199.
4.郁宝铭,蒋家缇,王一春,等.949例直肠中下段癌的外科治疗.中华外科杂志,1992,30(7):417－419.
5.Leather AJM, Kocjan G, Savage F, et al. Detection of free malignant cells in the peritoneal cavity before and after resection of colon rectal cancer. Dis Colon Rectum, 1994, 37:814－821.
6.李东华,郁宝铭,郑民华.双吻合器在低位直肠癌手术中的价值.腹部外科杂志,1997,10(4):151－153.

(收稿:2000-04-04)

·个 案·

立体定向微电极治疗帕金森病156例体会

左艳芳* 杜丽华**

帕金森病(Parkinson disease 简称 PD)是一种常见的中老年人神经系统变性疾病,其主要症状为震颤、肌肉僵直和运动障碍。国外20年代开始手术治疗PD,随着CT、MRI等神经影像学技术、微电极及其电生理等技术的发展,国外于92年在临床上使用微电极(俗称细胞刀)脑多靶点毁损治疗PD获得成功。其优点是比以前更安全,靶点更准确.达到细胞水平的精确定位,从而获得了理想的治疗效果。我校西南医院自1998年7月引进国外"细胞刀"技术,已行PD手术156例次。现将"细胞刀"治疗帕金森病的体会介绍如下。

一、临床资料

本组156例,男89例,女67例,年龄42－75岁,平均67岁。其中有49例靶点选择在丘脑腹外侧核毁损,术后震颤完全消失,肌肉强直明显缓解;有107例靶点选择在苍白球腹后核毁损对三大症状均有效。

二、方法与步骤

1.安装CRW立体定向仪(头环)

首先协助手术者确定立体定向仪在头部的方位,病人最好坐位,助手站在病人的背侧,使病人头颅在定向仪正中,尽可能使大脑原点位于框架中心。标出四个固定点后,用2%的碘伏消毒,在局麻下,作四根螺旋针的固定.要左前右后或左后右前同时进行,迅速将螺旋针螺旋切入头皮,直到骨膜。避免框架偏斜或旋转,四根螺旋针尽量避开AC-PC线固定,防止CT扫描结果产生伪迹,引起误导。

2.靶点确定及治疗效果的观察

根据大脑原点坐标确定靶点解剖坐标;通过CT、MRI等薄层扫描得到的数据计算大脑原点在定向仪中的坐标值,计算测量靶点的X、Y、Z三维坐标数值,确定靶点的位置。手术前由台上医生和台下助手互报坐标值核准,手术中多次电生理验证靶点。一般认为丘脑的破坏灶应尽可能小,而又能获得最佳治疗效果为原则。在制作破坏灶时,可在密切临床观察下(询问和叫病人做各种动作,并进行一些有关的神经功能检查),在靶点中心6mm左右范围内适当调整射频针尖位置,试作几点电刺激,并对其中效果最好的一点,适当延长凝固时间,使破坏更加充分,以达适当扩大破坏灶范围获取最佳效果,而又不引起任何并发症。如果在破坏过程中出现肌力减弱,指尖或口角麻,运动失调等表现,表明已累及该核外侧、后方或下方,应立即停止破坏。对手术中出现意识混乱不能配合的病人,也应中止手术,以策安全。双侧手术应避免选择对称的相同靶区,而且相隔时间最好一年以上,这样可减轻手术反应和减少并发症。

三、微电极的价值及干扰的排除

由于个体差异,常用的解剖坐标及影像学的定位与功能定位有一些误差。微电极可以准确探测到单位细胞放电,达到靶点功能上的定位,同时验证靶点及周围核团(内囊、视束)的关系,使靶点更准确,达到细胞水平的精确定位,既能获得理想的治疗效果,又能防止并发症的发生。电生理的监测工作并不是一件容易的事,为了得到正确、清晰的图形,必须扫除各种机械的伪迹、交流电的干扰,脑组织的搏动可随心跳、呼吸使记录电极的尖端产生相应的移动,造成记录困难。因此要做到以下几点:①病人置于屏蔽房间,排除外界干扰;②"细胞刀"系列仪器埋置有效地线,同时病人身体接一根地线(在病人切口同侧耳垂上涂抹电极膏后接一根电线与地面接触,经过多次比较,发觉此根地线离切口越近干扰越小);③各种记录仪的放置、导线的路径要有固定的位置,应尽量避开手术者的操作台;④手术使用微电极核准靶点时关闭电凝、吸引器等电源,防止交流电的干扰;⑤颅骨钻孔尽可能小,在记录深部电活动时可用生理盐水纱布封闭手术野。

四、并发症的防治

手术过程中最容易发生的并发症有两个:①内囊、视束的损伤引起偏瘫、语言障碍、视野缺损,所以手术中微电极反复核准靶点、电刺激多次确定靶点及周围核团,就是为了确保手术的准确性和安全性,避免损伤靶点周围的内囊和视束。②穿刺道出血,可继发颅内血肿危及生命。手术开始和结束各静推立止血一支,术中如有出血可明胶海绵止血,或者凝血酶与脑棉片合用来止血。

(收稿:2000-06-21)

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学外科应用解剖与手术学教研室
** 西南医院整形科