经验交流 文章编号:0253-3626(2009)09-1288-02

18 例腹腔镜低位直肠癌保肛术的临床分析

贾映东[1],王子卫[2]

(1. 四川省遂宁市中心医院普外科,遂宁 629000;2. 重庆医科大学附属第一医院胃肠外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨腹腔镜辅助低位直肠癌保肛手术的应用和临床效果。方法:在全直肠系膜切除的基础上,应用腹腔镜和一次性管状吻合器,对 18 例低位直肠癌行超低位结肛吻合,随访 2~12 月。回顾性分析其术中出血量、切缘癌残留、术后排便功能、手术并发症、局部复发率。结果:全组病例平均出血 86ml,无切端癌残留,无大便失禁,无吻合口漏,无手术死亡,肿瘤局部无 1 例复发。结论:遵循肿瘤根治的原则,腹腔镜低位直肠癌保肛手术出血少,能保留患者的肛门排便功能,明显改善患者的生活质量。

【关键词】低位直肠癌;腹腔镜;保肛手术

【中国图书分类法分类号】R735.37 【文献标识码】B 【收稿日期】2009-07-14

Clinical analysis of laparoscopy-assisted sphincter-preserving surgery for low rectal cancer with 18 cases attached

JIA Ying-dong, et al

(*Department of General Surgery, Suining Central Hospital*)

【Abstract】*Objective*: To explore the application and clinical effects of laparoscopy-assisted sphincter-preserving surgery for low rectal cancer. *Methods*: Following total mesorectum excision, ultra-low colon-anus anastomosis was performedin 18 cases with low rectal cancer by using laparoscopy and disposable circular stapler, then from 6-month to 12-month follow-up was did. The clinical data on intaoperative blood loss, residual tumour at the resection margin, postoperation defecation function, operative complications and local recurrence rate were analyzed retrospectively. *Results*: The mean blood loss was 86 ml in all cases, none of these cases suffered from residual tumour at the resection margin, fecal incontinence, anastomotic leakage, operative death and local recurrence. *Conclusion*: Based on the principle of radical resection, laparoscopy-assisted sphincter-preserving surgery for low rectal cancer is charactered with less bleeding, can preserve anus defecate function and improve quality of life in cases with low rectal cancer.

【Key words】Low rectal cancer; Laparoscopy; Sphincter-preserving surgery

直肠癌是我国常见的大肠恶性肿瘤,其中低位直肠癌占 75%。随着人们对生活质量要求的不断提高,直肠癌病人的保肛愿望也越来越强烈。低位直肠癌的外科治疗已从单纯追求手术的彻底性转向根治和生存质量兼顾。大量研究证明,超低位直肠癌保肛手术后可以获得较好的局部控制。腹腔镜结直肠手术符合肿瘤根治原则,且腹腔镜手术术野放大,入路清晰,能更好地辨认和保护盆腔植物神经丛。因此,我院从 2008 年 7 月开展腹腔镜低位直肠癌根治、结肛吻合术这一术式。本文就 2008 年 7 月~2009 年 5 月我院普外科完成腹腔镜辅助低位直肠癌保肛手术 18 例分析探讨如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 18 例,其中男 11 例,女 7 例;年龄(52.3±9.4)岁;肿瘤下缘距齿状线 3 cm 以内。肛管癌除外。术前辅助检查均无肝、肺等远处转移。病理分类:高分化腺癌 3 例,中分化腺癌 4 例,低分化腺癌 11 例。Dukes 分期:A 期 2 例,B 期 7 例,C 期 9 例。

1.2 手术方法

全麻成功后,患者取改良截石位,碘伏消毒术区,常规铺巾,脐部 1 cm 戳孔,气腹针穿刺入腹腔建立 CO_2 气腹,压力为 14 mmHg。置入摄像系统,分别于平脐 5 cm 左右各 1 个及

作者介绍:贾映东(1971-),男,主治医师,硕士,研究方向:胃肠肿瘤。

通讯作者:王子卫,男,教授,E-mail:wangziwei571@sina.com。

右侧麦氏点下方约 2 cm处 1 个戳孔,置入 Trocar 及器械,右下腹戳孔为主操作。探查肝、胆、胃、小肠、大网膜、肠系膜、腹主动脉旁等无异常情况。遂决定行腹腔镜直肠癌根治术。处理肠系膜下血管及腔内游离完成后,于肛管中部或齿线处环形离断直肠或肛管,近侧离断肠管及肿瘤经左侧腹戳孔延长后提出体外,乙状结肠中段离断,远端肠管及肿瘤整块移除,近断端消毒后置入国产 28.5# 或 31.5# 吻合器蘑菇头, 肛管齿线处作双荷包封闭,将吻合器置入,与乙状结肠端端吻合。于盆腔置血浆引流管 1 根自右下腹戳孔处引出皮肤固定。术毕。

2 结 果

18 例超低位吻合中,无手术死亡病例,术中出血平均 86 ml,术中测量手术切缘距肿瘤下缘肠壁长度均>3.0 cm;有 2 例术后第 1 d 吻合口近端缺血约 1.0 cm,但均未发生吻合口坏死。全组无吻合口漏,吻合口狭窄发生率 5.56%(1/18),术后病检切缘均未见癌肿残留。本组病例均通过来院化疗获得随访,时间为 2~12 个月,平均 8.6 个月。无局部复发。全组病例大部分(9 例)6 个月内大便次数 6~9 次/d,肛门皮肤都有不同程度湿疹,经口服思密达及阿托品等药物后,大便次数均可控制在 3 次/d 左右,湿疹也随之缓解。

3 讨 论

直肠全系膜切除术(Total mesoretal excision,TME)由著名英国外科学者 Heald 等提出[1],目前已成为直肠癌手术的金标准,广泛应用于临床[2]。一般认为 TME 可适用于各种中下段直肠癌。笔者体会,对于低位直肠癌,遵循根治性手术基础上保肛指征是:(1)原则本手术适用于 DukesA、B 期患者,本组有 9 例为 Dukes C 期,是患者保肛愿望强烈,给予保肛手术;(2)肿瘤直径<5 cm,不超过肠腔周径的 50%。(3)除外肛管癌和 DukesD 期患者;(4)肿瘤距齿线 3 cm 以上。有文献报道,直肠癌肿沿纵轴方向浸润一般较慢,一般在 5~8 cm 范围内,尤其向远端浸润<2 cm[3]。本组病例术后测肿瘤下缘距远侧断端均>3.0 cm,术后病理检查切缘阴性。达到根治目的。

通常认为,腹腔镜手术与传统开腹手术有以下优势:(1)术野清晰,出血少;(2)术后恢复快,住院时间短;(3)腹壁伤口小,外观美容;(4)术后疼痛明显减轻,胃肠道功能恢复快。本组平均失血 86 ml,较同期开腹手术(失血 200 ml 左右)少;术后恢复及住院时间也优于开腹手术。

直肠全系膜切除、结肛吻合术能保持良好的排便功能,由于保留了肛门内外括约肌,大便次数术后增多为暂时性的,可逐渐恢复,时间一般 6 个月。排便功能及盆腔脏器功能的维持有一定的解剖学基础:(1)保留了肛门内括约肌,维持了静态下肛管的压力和张力,保持肛管闭合状态,防止静态大便失禁;(2)保留了耻骨直肠肌,维持了肛管直肠角及排便自制功能;(3) 腹腔镜全直肠系膜切除能很好辨认并完整保存盆腔内脏神经[4]。

本组病例无 1 例吻合口瘘发生,仅有 2 例出现近心端肠壁缺血,笔者认为可能与术后肛管强力收缩或边缘动脉弓细小有关。结肛吻合即使出现吻合口瘘,漏液不会引起腹膜炎,只会漏至肛外,处理比较容易,加之使用一次性吻合器,不仅节约手术时间,吻合口亦规整可靠。

我们认为,尽管腹腔镜下超低位吻合还存在一定问题, 但这种手术方式在遵循肿瘤根治的原则下,能保留病人正常的肛门排便功能,明显改善该类病人的生活质量,是值得推广的。

参 考 文 献

[1] Heald R J, Ryall R O H.Recurrence and survival after total mesorectal excision forrectalcancer[J]. Lancent, 1986, 1:1479-1482

[2] Ridgway P F, Darzi A W.The role of total mesorectal excision in the management of rectal cancer[J].Cancer Control, 2003, 10(3):205.

[3] 吴孟超,吴在德.黄家驷外科学(中册)[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.1641.

[4] Ridgway P F, Darzi A W.The role of total mesorectal excision in the management of rectal cancer[J].Cancer Control, 2003, 10(3):205-211.

(责任编辑:冉明会)