

低位直肠癌骶前切除 18 例疗效分析

刘兵

本溪市桓仁满族人民医院肛肠科, 辽宁 本溪 117200

【摘要】低位直肠癌占直肠癌的 75%, 随着技术的改进和器械的应用, 低位直肠癌的保肛率也有了明显的提高, 但低位直肠癌的保肛仍是外科的难点和热点。我院自 2007 年 7 月以来行了低位直肠癌骶前切除 18 例。现分析如下。

【关键词】低位; 直肠癌; 骶前切除; 疗效分析

1 资料和方法

1.1 一般资料

全组 18 例, 其中男 8 例, 女 10 例。年龄 35~83 岁, 平均 56.5 岁。术前均通过肛门指检、肛门镜或结肠镜检查及病理检查证实为直肠癌。肿瘤部位: 距肛缘的 4~5cm 者 5 例, 5.1~7 cm 者 13 例。大体病理类型: 隆起溃疡型 9 例, 溃疡型 7 例, 腺瘤恶变 2 例。组织学类型: 高分化腺癌 3 例, 中分化 11 例, 低分化 4 例。

1.2 治疗方法

本组 18 例术前均未行放、化疗, 均行规范的直肠癌根治术, 采用环形吻合器端端结直肠吻合 4 例, 双吻合器吻合 2 例, 手法结直肠端端吻合 12 例, 全部病例术后行了全身化疗。

2 结果

本组无手术死亡病例, 术中骶前出血 1 例。术后标本病理学检查肿瘤下切缘均未见癌细胞浸润, 上方淋巴结转移率为 25.9%, 侧方淋巴结转移率为 4.7%, 下方淋巴结转移为 0。术后吻合瘘 2 例, 其中 1 例发生于手法结直肠端端吻合, 1 例发生于环形吻合器端端结直肠吻合, 且均于术后一周发生, 经保守治疗愈合。1 例术后排尿困难。无吻合口复发, 盆腔局部复发 1 例, 已死亡, 术后 12 个月吻合口狭窄 1 例, 有肛门下坠感, 大便变细, 排便不尽感。术后 6~12 月有 6 例病人有便次增多, 不规律, 每日排便 4~6 次。

3 讨论

低位直肠癌是指腹膜返折以下的直肠癌, 占直肠癌的 75%, 以溃疡性病变更多见, 由于位置低, 易被直肠指诊及乙状结肠镜检查发现, 容易诊断, 但由于其深入盆腔, 手术困难, 术后局部复发率高, 约为 5%~2.0%, 本组为 5.6%与之相一致。随着理论基础研究的深入和大量的实践证明, 低位或超低位前切除术已成为低位直肠癌根治的主要术式得到公认, 特别是吻合器及双吻合技术的应用使低位直肠癌的保肛比例明显提高, 但保肛手术的 5 年生存率仍较低, 术后复发率高, 所以低位直肠癌的治疗仍是外科的难点和热点。为降低术后的局部复发率, 近年来强调直肠系膜全切除(TME)原则, 即保证手术标本中的直肠系膜的完整无损, 远端系膜切除离肿瘤不少于 5cm, 远端肠管切除不少于 2cm。TME 相当于清扫了第一站淋巴结, 保证了手术的彻底性, 从而使术后局部复发率降至 10%以下, 此外 TME 可以明显提高低位直肠癌的保肛手术成功率, 提高术后的排尿生殖功能, 提高术后的 5 年生存率。另一方面, 根据直肠淋巴回流特点, 腹膜返折以下的直肠有上方向和侧方向的淋巴引流, 所以在行

低位直肠癌手术时行侧方淋巴结的清扫, 也有力地降低了术后的复发。

评价直肠癌根治术成功的标准除了减少术后复发, 延长病人生命外, 还应该减少术后的并发症, 提高病人的生活质量。保肛固然避免了人工肛门之苦, 提高了病人的生活质量, 但术后出现的排便控制障碍, 排尿困难及性功能障碍, 给病人带来了巨大的痛苦。本组术后有 1 例术后排尿困难, 随访有 24 例病人有排便次数增多, 不规律, 2 例睡眠时有轻度大便失禁。所以, 行直肠癌前切除应严格掌握适应症及选择合适的手术方式, 在行侧方淋巴结清扫时应注意避免损伤腹下神经和盆腔神经丛, 以减少术后并发症的发生。直肠癌前切除术后最常见的并发症是吻合口瘘, 据文献报道达 10%~20%, 但随着双吻合技术的广泛应用其发生率显著下降, 约为 2.5%~6.6%, 本组发生率为 3.5%。吻合瘘的发生原因除病人的全身状况、肿瘤的位置过低外, 主要有: ①肠道清洁准备不充分, 肠内细菌繁殖, 引起吻合口炎。②术中远端直肠冲洗液污染盆腔, 导致盆腔感染, 双吻合可避免此原因。③结肠未充分游离, 吻合后张力过大。④两端肠管周围组织分离不足, 吻合器吻合时周围组织嵌入吻合口。⑤引流管放置位置不正确, 引流不畅或压迫吻合口, 形成肠瘘, 影响愈合而形成瘘。近年来, 有人主张对低位直肠癌经腹前切除时常规进行预防性结肠或回肠造口, 以期减少术后的并发症, 其优点是①降低吻合口瘘的发生。②术后一旦有吻合瘘发生, 由于行了预防性造口, 吻合周围炎、盆腔感染和弥漫性腹膜炎发生率低, 经保守治疗可以治愈。③术后可以早期进食, 营养可以得到改善, 有利于术后恢复。④应用造口袋可以解决有些病人术后排便失禁及大便次数过多, 提高病人和和生活质量。但预防性造口由于增加了再次手术和造口本身的并发症, 给病人带来了生理和心理的负担, 而且吻合口瘘毕竟发生少数病人, 所以对低位直肠癌经腹前切除时常规进行预防性结肠或回肠造口应权衡利弊, 我们认为对低位直肠癌前切除时吻合不满意, 肠道准备较差时是有必要的。

总之, 低位直肠癌骶前切除遵循 TME 原则, 吻合器及双吻合技术的应用, 行侧方淋巴结的清扫, 提高了低位直肠癌的保肛率, 降低了术后的复发率及并发症的发生, 延长了病人的生命, 提高了病人的生活质量。

参考文献

- [1] 郁宝铭. 低位直肠癌外科治疗的回顾、现状与展望[J]. 中华普通外科杂志, 2002(7): 8.
- [2] 孟翔凌, 江积瑞, 朱化刚, 等. 直肠癌术后局部复发原因及治疗[J]. 腹部外科, 2000(2): 18.