

## 超低位直肠癌保肛术 54 例治疗体会

顾颖浩 蒋 斌

[摘要]目的:探讨保肛术治疗超低位直肠癌的临床效果。方法:54 例超低位直肠癌患者均行保肛手术治疗,术后 3 个月、6 个月、1 年分别对肛门功能进行判定。结果:54 例均获随访,随访时间 16~48 个月。全组手术无死亡,切缘均经病理证实,除 1 例有肿瘤细胞浸润其余均无肿瘤细胞残留,无切口感染。吻合口瘘 3 例,吻合口狭窄 3 例。2 例于术后 6 个月局部复发,2 例因其他疾病死亡。结论:严格选择病例,改进吻合技术,完善的围手术期处理,保肛手术对于超低位直肠癌患者来说是一种比较理想的手术方案,并能给患者带来更好的功能恢复和生活质量。

[关键词] 直肠肿瘤;保肛手术;肛门功能

[中国图书资料分类法分类号] R 735.37 [文献标识码] A

### Experience of anal sphincter preserving operation treatment of super low rectal carcinoma of 54 cases

GU Ying-hao, JIANG Bin

(Department of General Surgery Qidong Traditional Chinese Medicine Hospital, Qidong Jiangsu 226200, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the curative efficacy of sphincter-preserving surgery in the treatment of patients with super low rectal carcinoma. **Methods:** Fifty-four patients with super low rectal cancer received anal preservative operation were analyzed, inspecting anal function assessed after operation and follow-up for 1, 3, 12 months. **Results:** All the cases were followed up for at least 16 months to 48 months. All patients were operated with no death and no anastomotic infection. Only one case suffered remained cancer cells in cutting margin, three cases anastomotic leakage and three cases anastomotic narrow. Two received Mile operation after 6 months because of local recurrence. Two patients died of other disease. **Conclusions:** By strict selection of cases, improving anastomosis and improving perioperative management, anal sphincter preserving operation is an ideal surgery choose for the patients with super low rectal cancer. The operation used in patients gave better functional results of treatment and better quality of their life.

[Key words] rectal neoplasms; anal sphincter preserving operation; anal function

直肠癌是临床常见的一种恶性肿瘤疾病,有较

高的复发率和死亡率,是严重威胁人类健康的重要疾病之一,手术治疗仍是目前唯一有效的办法。低位直肠癌主要以腹会阴联合切除术(Mile)为主,其腹部造口严重影响了患者术后的生活质量。随着直

[收稿日期] 2011-08-25

[作者单位] 江苏省启东市中医院 普外科, 226200

[作者简介] 顾颖浩(1973-),男,主治医师。

善( $P < 0.01$ )。4 例出现了尿道狭窄,其中 2 例术前外口狭窄,尽管术中做了外口切开,术后仍发生了尿道狭窄,考虑与 PKRP 电切鞘粗,反复在尿道内进退、旋转操作时间过长导致尿道黏膜损伤过重有关<sup>[6]</sup>。因此,我们认为对于尿道较细者必要时不用外鞘,选择膀胱造瘘,减少长时间操作对尿道的过度损伤,可能会减少术后尿道狭窄的发生率。

综上所述,PKRP 是治疗大体积 BPH 的一种安全、有效的微创手术方法,术中出血少,URS 发生率低,术后中远期症状改善明显,在基层医院有广泛的临床应用前景。

## [参 考 文 献]

[1] Agarwal M, Palmer JH, Mufti GR. Transurethral resection for a

large prostate—is it safe[J]. Br J Urol, 1993, 72(3): 318-321.

[2] 洪宝发,符伟军,蔡伟,等.经尿道选择性绿激光前列腺汽化术治疗高龄高危良性前列腺增生[J].中华泌尿外科杂志,2006,27(1):43-45.

[3] 王细生,庄乾元,刘宜川,等.经尿道等离子体前列腺切割术治疗 BPH[J].临床泌尿外科杂志,2005,20(6):373-374.

[4] Hahn RG. Fluid absorption in endoscopic surgery [J]. Br J Anaesth, 2006, 96(1): 8-20.

[5] 余良,刘春晓,张凤林,等.经尿道双极气化处理前列腺增生的疗效观察(附 50 例报告)[J].临床泌尿外科杂志,2001,16(10):450-452.

[6] 饶志刚,邵伟,孔东波.6 例前列腺等离子电切术后并发尿道狭窄的原因分析和诊疗体会[J].咸宁学院学报:医学版,2009,23(3):219-220.

(本文编辑 刘畅)

肠癌研究的不断深入及手术技术改进,越来越多的直肠癌患者由保肛术取代了 Mile 术治疗,改善了患者预后生活质量。距肛缘 5 cm 以下的直肠癌又称为超低位直肠癌,对这一部位的直肠癌实行根治并保留肛门的手术称为超低位直肠癌保肛术<sup>[1]</sup>。2004~2010年,我院共收治 54 例超低位直肠癌患者,对其进行超低位保肛术,效果较好,现作报道。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 54 例均非急诊手术,其中男 30 例,女 24 例;年龄 31~76 岁。肿瘤位于直肠前壁及侧壁 39 例,位于直肠后壁 15 例。术前均行 CT 或 MRI、钡剂灌肠、电子结肠镜检查确诊。肿瘤下缘距齿状线距离为 2~5 cm,直肠肿瘤均为局限性隆起或溃疡型病变,基底无明显固定。肿瘤 Dukes 分期: A 期 18 例, B 期 32 例, C 期 4 例。病理组织学分型: 腺癌 40 例(其中高分化腺癌 10 例,中分化腺癌 27 例,低分化腺癌 3 例),黏液腺癌 12 例,未分化癌 2 例。

1.2 治疗方法 保肛手术均按照全直肠系膜切除(TME)原则,用吻合器技术吻合,根据切缘情况,选择双吻合器或三吻合器<sup>[2]</sup>。采用三吻合器技术,即利用两把直线形缝合器对超低位直肠癌患者进行直肠远端切除后,至少切除肿瘤远端 1.5~2 cm,再用圆头吻合器进行吻合结直肠残端。两把直线形缝合器替代单把直线形缝合器和直角钳钳夹,有利于术中直肠牵拉,保证肿瘤下缘保持 2 cm 的切缘和直肠闭合的可靠性,同时避免手术野的污染及不完整的系膜切除。吻合完成后用大量生理盐水冲洗腹腔和盆腔,骶前放置引流,术后 2 d 扩肛至肛门排气。所有病例两切端均为阴性。对保肛手术中切缘吻合不满意者,行预防性盲肠造瘘,防止吻合口瘘的发生。Dukes 分期 A 期者,术后未行放疗, B 期者行术后全身化疗, C 期者行术后放疗。愈合、拆线后按照奥沙利铂、甲酰四氢叶酸钙、5-氟尿嘧啶方案辅助化疗 6~9 个周期。化疗期间同时进行特异性免疫治疗,对低分化腺癌加用放射治疗。同时积极引导患者进行排便功能恢复训练。

## 2 结果

2.1 术后并发症 54 例手术过程均顺利,无手术死亡及严重并发症发生。除 1 例有肿瘤细胞浸润其余均无肿瘤细胞残留,无切口感染。发生吻合口漏 3 例,其中 2 例经盆腔引流管引流、冲洗、营养支持

治疗后治愈,不须行肠造口术,2 周后愈合。1 例直肠阴道瘘于术后 2 周行回肠末端造口治疗,于术后 2 个月后愈合,无吻合口出血。3 例存在不同程度的肛门狭窄,经定期扩肛治疗后治愈。

2.2 随访结果 54 例均随访 16~48 个月随访期内肿瘤复发 2 例,复发时间 < 术后 6 个月 1 例, 6~12 个月 1 例;复发病理类型:黏液腺癌 1 例,未分化癌 1 例。术后 3~4 d 恢复肛门排气。术后 1 个月,大便 < 5 次者 14 例, 5~10 次者 22 例, > 10 次 18 例,术后 6 个月所有患者排便功能基本恢复,大便次数均可控制在 < 5 次,但部分仍需口服止泻药物。术后大便次数每日 1~2 次 21 例, 3~4 次 26 例, > 4 次 7 例。病死 2 例,其中 1 例死于盆腔转移, 1 例死于心脏病。按 Parker 制定的标准,术后肛门功能优良率 87.1%。

## 3 讨论

3.1 超低位直肠癌保肛术的可行性 传统观念认为直肠的淋巴引流有向上、向侧方及向下 3 种引流途径,随着对直肠解剖学研究的不断探索,目前认为,直肠癌的淋巴引流主要向上,向上方淋巴引流沿直肠上动脉至肠系膜下动脉淋巴结,是直肠最主要淋巴引流途径,收集直肠上、中、下三段直肠淋巴液。同时也有向两侧的,只有在晚期、高度恶性,向上引流的淋巴管被癌细胞堵塞时,才有向下的逆行扩散。向下引流是沿肛周皮肤到腹股沟,以引流齿状线以下肛管淋巴液。直肠切除长度主要取决于肿瘤向远侧肠壁内扩散的距离,癌细胞可沿黏膜、黏膜下层、肌层直接浸润。直肠癌存在横行环绕肠管发展的特点,94% 的直肠癌向远端扩散不超过 2.5 cm,超过 2.5 cm 者均属分化不良和 Dukes C 期病变,故假如切除范围距肿瘤远端 3 cm,其切缘是安全的,对于早期发现的患者,远端切缘可保留 1 cm。临床研究证实直肠癌远侧肠管切除 2 cm 与 5 cm 效果相同<sup>[3]</sup>。按 TME 要求,分离直肠系膜,彻底清除直肠周围的结缔组织,最大限度地避免了骶前腔的复发,保肛术中肿瘤远端肠管切除 3 cm,可以基本避免术后肠吻合口复发。有研究表明<sup>[4]</sup>,只要选择分化较好(管状及乳头状腺癌)、MRI 检查无直肠系膜内转移、距齿状线  $\geq 2$  cm 的直肠癌,均可行保肛手术,术后常规结合化疗和(或)放疗等综合治疗可取得同样疗效。保肛术式的远期生存率、局部复发率和 Mile 术并无差异。并且在根治前提下,保肛极大地提高了患者的生存质量,减轻了患者的心理负

担<sup>[5]</sup>。随着吻合器尤其是双吻合器、三吻合器技术的广泛应用,超低位直肠癌保肛术日益受到重视,肥胖、骨盆狭窄、吻合部位位于盆腔深部手法吻合较困难者亦可顺利进行,且操作方便,手术时间缩短,术后并发症少。

对于肿瘤距肛缘 5 cm 以内的 Dukes D 期患者,不建议保肛手术,仅行姑息性手术,解决临床出血、梗阻症状。对于肿瘤距肛缘 4~5 cm、即切除肿瘤后肠道吻合口位于齿状线以上,Dukes C 期之前的超低位直肠癌患者,可实施腹腔镜根治性保肛手术<sup>[6]</sup>。对于肿瘤距肛缘 4 cm 以内、估计切除肿瘤后肠道吻合口位于齿状线以下的超低位直肠癌患者,无远处转移,且肿瘤已浸润外膜(Dukes B、C 期),术前应当行新辅助化疗,治疗后重新评估。对于肿瘤未浸润外膜的患者可以行经骶尾径路直肠肿瘤切除术,二期 TME 清扫系膜淋巴结,或一期全直肠系膜加内括约肌切除术<sup>[7]</sup>;对于肿瘤虽浸润外膜但未突破内括约肌的患者,可以行全直肠系膜加内括约肌切除术;若新辅助化疗后,肿瘤浸润突破内括约肌,则无法保肛,需进行 Mile 术。

3.2 常见并发症的预防和处理 超低位直肠癌保肛术后的并发症主要有吻合口瘘、吻合口狭窄、出血、切口及盆腔感染、排便功能障碍和植物神经损伤造成的排尿及性功能障碍等<sup>[8]</sup>,以上并发症只要在围手术期认真加以注意,就可以最大限度地减少,甚至避免。通过充分的术前准备,控制和纠正患者合并糖尿病、高血压、贫血等,并重视术前抗感染和肠道准备,避免术中风险的发生,为患者术后的康复提供良好的条件。术中严格按照规范操作,严密止血、避免术中污染、保证吻合口血运正常、吻合口无张力,游离乙状结肠、直肠时应遵循 TME 原则,注意保护双侧输尿管及生殖神经和过深损伤骶前静脉丛,避免造成难以控制的大出血。选择适宜肠管口径和肠壁厚度的吻合器和闭合器<sup>[9]</sup>。常规于骶前放置盆腔引流管,密切观察引流液,了解有无出血、盆腔感染、吻合口瘘等。本组 3 例发生吻合口瘘,经保守治疗和再次手术等处理后痊愈,余者术后均恢复顺利,未发生大便失禁和吻合口狭窄,从而提高了患者生活质量。吻合口瘘发生原因有吻合口张力或压力因素、年龄、吻合口血供不足和位置低、吻合器使用不当和肠道准备不当等<sup>[10]</sup>。在手术前应考虑充分,做好预防措施。如果出现吻合口瘘,及时处理。对症状轻、引流量较少、吻合口在腹膜返折以下、无腹

膜炎表现者可非手术治疗。首先在肠外营养支持前提下禁食数日或数周,同时酌情给予抗生素控制感染。坚持用生理盐水或含抗生素的生理盐水持续或间断的充分冲洗和吸引是十分重要且有效的措施。保肛术后的肛门功能主要取决于外科性肛管保留的完整性和直肠保留的长度,排便反射的保留有赖于剩余肛侧直肠肛管的长度,正常便意需远侧保留一定长度的直肠,由粪便容积和压力刺激肠壁或直肠容积性扩张刺激盆底肌肉引起。超低位直肠癌患者由于手术切除了大部分直肠,致肛门括约肌功能短时期失调,降低了粪便的储存能力和直肠排便反射的功能,排便感觉受到不同程度的影响<sup>[11]</sup>。本研究对超低位直肠癌保肛手术后患者的肛门功能进行评估,超低位直肠癌保肛手术范围波及肠管及周围组织较高位直肠癌大,手术创伤较大,术后组织修复时间要长于高位直肠癌;术后常规引导患者进行肛门功能锻炼,促进患者排便功能的恢复。

总之,对于超低位直肠癌采用保肛术治疗,只要正确处理好肿瘤切除长度并经吻合器吻合方式行低位前切除,既可降低吻合口狭窄及瘘的发生率,又可改善患者的生活质量,达到肿瘤根治效果。

#### [参 考 文 献]

- [1] 梁天伟,卢永刚,孙轶,等. 86 例超低位直肠癌保肛手术的临床分析[J]. 局部手术学, 2011, 20(1): 30-31.
- [2] 涂小煌,王烈,宋京翔,等. 三吻合器在超低位直肠癌切除与吻合中的应用[J]. 中国综合临床, 2005, 3(21): 251-252.
- [3] 姜秋友. 低位直肠癌保肛术式临床应用与价值[J]. 吉林医学, 2010, 8(31): 3988.
- [4] 陈涛,李艳云,肖杏先. 超低位直肠癌保肛手术 32 例临床体会[J]. 求医问药, 2011, 9(1): 31-32.
- [5] 吴文学,李俊. 保肛术治疗直肠癌 43 例疗效分析[J]. 中国高等教育, 2011, 5: 131-132.
- [6] 孙维华,栗美栖. 腹腔镜保肛治疗低位直肠癌的临床分析[J]. 中国当代医药, 2011, 7(18): 44-45.
- [7] 朱畅,潘凯,夏利刚. 超低位直肠癌根治术中相关保肛因素的 Logistic 分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2011, 36(6): 617-620.
- [8] 王昆华,龚昆梅,钟鸣. 直肠癌保肛术并发症与复发的影响因素及防治[J]. 中国微创外科杂志, 2007, 7(6): 506-508.
- [9] Han F, Li H, Zheng D *et al.* A new sphincter-preserving operation for low rectal cancer: ultralow anterior resection and colorectal/coloanal anastomosis by supporting bundling-up method[J]. Int J Colorectal Dis, 2010, 25(7): 873-880.
- [10] 于智勇,魏屹,许成伟. 直肠癌保肛术后吻合口瘘 11 例分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2010, 35(8): 797-800.
- [11] 吴永胜. 低位直肠癌患者 90 例保肛术临床疗效探讨[J]. 中国现代医生, 2011, 49(7): 125-126.

(本文编辑 姚仁斌)