

文章编号:1005-6947(2004)04-0312-02

· 临床报道 ·

# 双吻合器技术与全直肠系膜切除在低位直肠癌保肛手术中的应用

沈建生, 张玉胜

(广东医学院第三附属医院 外三科, 广东 茂名 525011)

**摘要:**为探讨双吻合器技术(DST)与全直肠系膜切除(TME)在低位直肠癌保肛手术中的应用价值,对18例直肠癌患者在TME完成后使用DST行保肛手术。结果示1例术后少许粪瘘经短期引流治愈,1例切口感染,余无并发症发生,无手术死亡。术后随访9~54个月,无复发病例。故认为TME有助于降低直肠癌术后复发率,DST是低位直肠癌保肛的关键,两者联合应用是低位直肠癌保肛手术的首选术式,该术式有望提高患者生存质量。

**关键词:**直肠肿瘤/外科学;保肛手术;吻合器技术;直肠系膜切除术

**中图分类号:**R735.37

**文献标识码:**B

随着人们观念的改变和对手术要求的提高,以及综合治疗的广泛应用,使直肠癌的外科治疗有了显著的进步,腹会阴切除术则从“金标准术式”降为最后一种选择<sup>[1]</sup>,而保肛手术成了首选的术式。笔者自1998年8月~2002年12月应用全直肠系膜切除(TME)结合双吻合器技术(DST)行低位直肠癌保肛手术18例,效果满意,报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男12例,女6例。年龄36~83(平均58.6)岁。肿瘤下缘距肛缘4~6cm者6例,6~8cm者8例,8~10cm者3例,11cm者1例。

### 1.2 临床及病理类型

大体分型:隆起型5例,溃疡型8例,浸润型4例,腺瘤型1例。病理分型:乳头状腺癌2例,高分化腺癌5例,中分化腺癌8例,低分化腺癌2例,黏液腺癌1例。改良Dukes分期:A期4例,B期9例,C期4例,D期1例(并同时性肝转移1例)。

### 1.3 手术方法

按无瘤技术常规保护切口和瘤体并结扎肿瘤远端肠管后,于瘤体段肠腔内注入5-FU 1.0~1.5g。游离乙状结肠、直肠,不论肿瘤位置高低,均在肠系膜下动脉根部及同一平面将肠系膜下动、静脉离断、结扎,并清除相应淋巴结。直肠及其系膜均以电刀或剪锐性分离至肛提肌水平,分离平面在盆筋膜的脏、壁层之间。覆盖系膜的脏层筋膜要求为一完整的光洁面。两侧韧带及直肠前壁也以锐性分离至肛提肌水平。在肛提肌上方适当位置钳夹直肠,并以盐水、碘伏冲洗远端直肠腔后,在钳夹远端上闭合器闭合并离断直肠。经

肛门置入弯头圆形吻合器,中心杆自残端中点穿出,完成结肠直肠吻合。注意两切端是否完整,吻合后肛门注气检查观察是否渗漏,并置引流。直肠残端短者,近端结肠以侧侧切割吻合器制成J形贮袋后吻合(本组2例)。同时性肝转移者行一期肝转移灶切除。

## 2 结果

本组18例吻合顺利,均未行预防性结肠造瘘。无手术死亡。1例使用国产吻合器者术后少量粪漏经引流很快愈合;切口感染1例。术后全部病例获随访9~54个月,18例均存活,无排尿及性功能障碍,同时性肝转移病例于术后15个月再发肝、肺转移,现已30个月仍带瘤存活,复发率为5.6%。术后早期控便功能行贮袋手术者(1~2次/d)优于未行贮袋者(>4次/d)。

## 3 讨论

低位直肠癌能否实施保肛手术除取决于肿瘤位置、大小、病理分型外,还要看肛侧断端有无癌残留,盆腔淋巴结组织是否复发,术后排便功能与远期效果,以及能否完成低位结肠-直肠/肛管吻合术等因素。

研究证明,腹膜返折以上的直肠只有向上的淋巴引流,腹膜返折以下的直肠主要淋巴引流也以向上为主,直肠癌的逆行扩散罕见。因直肠充分游离后可有3~5cm的延伸,故切除距肿瘤远端2cm以上的肠管已经足够。这为低位直肠癌行保肛手术提供了理论依据和可行性。同时吻合器的问世和改进,特别是双吻合器的出现有力地保肛手术提供了器械保证。人们从单一追求“癌肿根除,抢救生命”的目标变为“癌肿根除,改善生存质量”的双重标准,使保肛手术成了低位直肠癌的首选术式<sup>[1]</sup>。

Heald等<sup>[2]</sup>证实直肠癌患者即使无淋巴结侵犯,直肠系膜内也常隐藏着癌细胞巢,认为术后局部复发的主要原因乃直肠系膜内有肿瘤细胞残留<sup>[3]</sup>。TME的手术宗旨是降低

收稿日期:2003-04-14; 修订日期:2003-10-10。

**作者简介:**沈建生(1960-),男,甘肃兰州人,广东医学院第三附属医院副主任医师,主要从事普外科方面的研究。

文章编号:1005-6947(2004)04-0313-02

· 临床报道 ·

## 胃肠手术后并发肠外瘘 21 例分析

邓维成, 陈学金, 丁国剑, 刘佳新, 郭继雄

(湖南省血吸虫病防治所附属湘岳医院, 湖南 岳阳 414000)

**摘要:**为探讨胃肠手术后肠外瘘的诊断和治疗, 回顾性分析了 21 例肠外瘘患者的临床资料。发生高位肠瘘 8 例, 低位肠瘘 13 例; 高流量肠瘘 9 例, 低流量肠瘘 12 例。非手术治疗 4 例, 治愈 4 例; 手术 17 例, 治愈 14 例, 死亡 3 例。结果提示采用控制感染、肠外营养及生长抑素等综合治疗措施, 有利于降低肠外瘘患者的病死率, 手术是治疗非手术疗法不能治愈肠外瘘的最后选择, 把握手术指征和时机是十分重要的。

**关键词:** 胃肠手术/并发症; 肠瘘/病因学

**中图分类号:** R656.1; R656.7

**文献标识码:** B

胃肠手术后并发肠外瘘是腹部外科中不多见但却非常严重的并发症, 尽管外科重症监护, 营养支持, 抗生素使用及

外科手术技术等迅速发展, 但肠外瘘的病死率仍较高。因此控制肠外瘘的发生, 及时诊断, 正确处理, 对患者的预后十分重要的价值。近 5 年来, 我院共收治胃肠手术后肠外瘘患者 21 例, 通过内外科综合治疗, 疗效满意, 现报告如下。

**收稿日期:** 2003-10-14; **修订日期:** 2004-02-14。

**作者简介:** 邓维成(1964-), 男, 湖南华容人, 湖南省血吸虫病防治所附属湘岳医院副主任医师, 主要从事普外肿瘤学的临床研究。

术后局部复发率。因此 TME 已被迅速接受为直肠癌根治术应该遵循的操作原则。TME 原则的应用, 使保肛手术的肿瘤根治要求得到具体的保证。本组 18 例均采用 TME 进行根治性切除, 随访最长 54 个月未见局部复发, 仅 1 例发生远处转移。TME 操作关键是直视下在骶前间隙盆筋膜脏层与壁层之间进行锐性分离, 分离时保证平面光滑完整, 肿瘤远端直肠系膜切除范围不得少于肿瘤下缘 5 cm, 直至肛提肌水平。Miles 手术所造成的巨大创面是癌细胞种植的温床, 而随着吻合器的广泛应用, 低位保肛手术可能使局部复发率增加, 因此, 旨在降低局部复发率的 TME 技术对低位的前切除或结肠肛门吻合显得尤为重要<sup>[4,5]</sup>。TME 术中直肠及其系膜的分离达肛提肌水平, 此时应用双吻合器可使残端低位直肠的处理由原来的手工缝制荷包改成用器械一次性缝合, 使直肠残端的处理方便、可靠。因此, 双吻合器的应用是 TME 技术得以施行的重要保证<sup>[3]</sup>, DST 能显著提高结直肠吻合术的成功率, 明显降低术后吻合口瘘。邱辉忠等<sup>[4]</sup>统计近年来 5 篇文献共计 494 例双吻合器手术的报道, 术后发生吻合口漏共 17 例, 占 3.4%。本组未发生严重吻合口漏。多数文献报道 DST 术后吻合口狭窄的发生率在 0%~22%, 低于手法缝合<sup>[5]</sup>, 本组未发现吻合口狭窄。低位吻合术后部分患者往往有不同程度的排便不良, 近年来, 有人倡导用 J 型贮袋直肠吻合术, 能改善上述症状, 使术后控便功能近似健全的结肠<sup>[6]</sup>。本组对其中的 2 例加用结肠 J 型贮袋直肠吻合术, 术后控便功能优于未做

结肠贮袋者。

本组资料表明: TME 原则与 DST 联合应用更适用于低位和超低位直肠吻合术, 并已成为低位直肠癌保肛手术的首选术式。虽有价格昂贵等限制, 但就避免一个终生造口而言, 还是值得付出的代价。部分病例结合结肠贮袋技术, 更能提高术后生活质量。

### 参考文献:

- [1] 郁宝铭. 当前直肠癌外科治疗的趋势[J]. 中国胃肠外科杂志, 2000, 3(4): 199-200.
- [2] Heald RJ, Chir M, Karanjia NS. Results of radical surgery for rectal cancer[J]. World J Surg, 1992, 16(7): 818-823.
- [3] 张卫, 喻德洪. 全直肠系膜切除术治疗直肠癌[J]. 中华普通外科杂志, 1999, 14(4): 297-299.
- [4] 邱辉忠, 戚勇, 桑新亭, 等. 应有双吻合器技术治疗直肠癌 120 例分析[J]. 中华普通外科杂志, 1999, 14(4): 245-247.
- [5] 郁宝铭, 李东华, 郑民华, 等. 双吻合器在低位直肠癌手术中的地位[J]. 中国实用外科杂志, 1996, 16(3): 140-141.
- [6] 阿兰, 詹文华, 汪建平, 等. 结肠贮袋直肠肛管吻合术对改善直肠癌术后控便功能的作用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2001, 4(2): 81-84.