

文章编号:1005-6947(2007)09-0833-02

· 述评 ·

提高直肠癌手术治疗效果和思考

晏仲舒

(中南大学湘雅医院 胃肠外科, 湖南 长沙 410008)

摘要:直肠癌术后局部复发是突出的难题。近年来,由于手术技术的改进;术前辅助放、化疗及术后化疗的应用和进展,复发率有所降低。但我国的现状尚未能令人满意。更新知识,专业培训骨干,提高诊治水平,需要引起医疗行政部门和学术界的重视。

[中国普通外科杂志,2007,16(9):833-834]

关键词: 直肠肿瘤/外科学; 结直肠外科手术/方法; 肿瘤复发/预防与控制; 预后

中图分类号: R 735.3

文献标识码: A

由于盆腔解剖结构的特点,直肠癌术后局部复发一直是困扰外科医生的一个大问题。局部复发不仅给患者带来极大的痛苦,失去生存机会,处理上也极为棘手。传统的钝性分离方式,未经培训的手术者施行不规范的手术,未能切除可能存在癌扩散的组织,不重视综合治疗,局部复发率可高达15%~40%。为此,外科医师进行了不懈的探索。

早在上世纪80年代就开始了术前放疗对提高局部控制的研究。1988年的一项荟萃分析显示其效果不明显。因此,1990年NIH专家讨论会不主张术前放疗,推荐对II期晚和III期行术后放疗。以后,瑞典采用术前短程大剂量放疗后立即手术,初步显示5年生存率有所提高。2000年的荟萃分析,11项随机对照研究结果显示:除一项以外,其余均见到术前放疗优于单纯手术。但对控制远处转移无效。瑞典方案的远期结果显示:中位数随访13年局部复发率从单纯手术的26%降至19%。远期生存率提高8个百分点(30%→38%)。短程大剂量术前放疗不能使肿瘤降期,术后并发症主要是感染、吻合口漏和肠梗阻。放疗技术的进步,特别是调强放疗(IMRT),在提高肿瘤的疗效同时,减轻了正常组织的放射损伤。目前多数主张采用术前多野、分

割、大剂量(40~45Gy)及肿瘤局部追加5Gy电子线外照射,并同时给以化疗(以5-FU持续静脉滴注或卡培他滨/UFT口服为基础的不同方案)的辅助放化疗,病理完全有效(pCR)率可达11%。如加上奥沙利铂,更可提高到25%。对T₃, T₄肿瘤而言,术前放化疗对降低局部复发率和提高保肛率的价值不容置疑。但最佳方案,特别是适合国人的方案,仍寄望于多中心合作的前瞻性研究。

上世纪80年代后期,Heald发表了全直肠系膜切除术(TME)对降低局部复发率的作用,这一改进的操作方式的得到广泛的认同。TME切除了包含在直肠固有筋膜包裹以内的扩散癌组织,但仍不能清除此区以外周边的受累病变。近年研究表明:如癌扩散到超出该筋膜层1mm时,局部复发危险就大大增加。因此,TME只适用于T₁, T₂中下段直肠癌。腹膜反折以下的低位直肠癌,其淋巴引流方向除了向上以外,还可以向侧方转移至闭孔、髂血管旁和腹股沟淋巴结。这都不是TME所能解决的。日本学者有鉴于此,早在上世纪70年代,就开始施行包括髂血管及闭孔淋巴结在内的侧方淋巴结清除扩大根治术。据报道,侧方淋巴转移率随病期而增加,为8.6%~17.3%。扩大根治术后局部复发率降至4.8%,Duskes C期为7.4%。但却带来40%以上排尿和性功能障碍等问题。以后采取保留盆腔自主神经手术,上述并发症发生率虽有所降低,但生活质量仍不佳。我国学者除少数仍坚持日本的扩大清除术外,都认为在没有可靠的确定侧方淋巴结转

收稿日期:2007-08-26; 修订日期:2007-09-13。

作者简介:晏仲舒,男,湖南浏阳人,中南大学湘雅医院教授,主要从事胃肠外科方面的研究。

通讯作者:晏仲舒 E-mail:zhongshu.yan@163.com

移的技术时,例行侧方清扫不可取。美国也仅少数人认同扩大手术,但后来也都以并发症太高而放弃。近年来日本也有人对此手术提出质疑。研究发现:即使行侧方清扫,如肿瘤已扩散至盆神经丛等软组织,预后仍然很差。对比术前放疗,其远期结果和侧方清扫相似,却无泌尿生殖系的并发症。近期欧洲发表的 TME 和 TME 加放疗研究,证实放疗可更进一步降低局部复发率。术后辅助化疗可提高 5 年生存率。何种方案更优越的临床试验正在进行中。

对于低位的早期直肠癌(T_1)主张行局部切除,可以达到和腹会阴手术同样效果,生活质量较好,目前已基本认同。但其适应证应严格掌握,否则局部复发率将很高。肿瘤应是高中分化癌,直径在 3 cm 以内,距肛门口 8 cm 以内,肿瘤活动,经直肠腔内 B 超和 MRI 等检查未见淋巴结转移。据报道即使 T_1 肿瘤,淋巴结转移率最高仍可达 18%;而 T_2 则可达 38%。因此,对 T_2 应特别小心选择病例。据个人经验,局部切除术后辅助放疗似能降低局部复发率,但尚无随机对比研究报告。术后密切随访至关重要,如及时发现局部复发,仍可行腹会阴联合切除解救,患者仍有可能长期生存。

对于下段直肠癌,会阴部手术技巧不可低估。原始的腹会阴联合切除会阴部切除范围很大,要求全部切除坐骨直肠窝的脂肪组织,术野组织缺损很大,切口不可能一期缝合,需要敷料填充,待肉芽组织形成逐渐愈合。上世纪 70 年代以后,采用一期缝合,缩短了患者住院时间,但也常因切除不足而致局部复发。TME 技术要求沿直肠固有筋膜向下分离达肛提肌水平,会阴部操作

时,上下在同一平面会师,可能导致肛提肌和坐骨直肠窝组织切除不够,特别是 T_3, T_4 的肿瘤。因此,应根据肿瘤侵犯的程度个别化处理,不要强求一期缝合。会阴部操作时,技术不熟练,常因过度牵拉或分离层次错误,肿瘤破裂,是增加局部复发机会的重要因素。应尽量避免。

癌症手术的远期效果和手术者的素质和经验密切相关,是无容置疑之事。近年来西方许多学者的调查研究均得出结论认为,直肠癌手术效果与医院规模、接纳患者数量和年手术例数有关,也与外科领域不同专业医生操作有关。经过肛肠外科培训与没有接受培训者的差别也很大,特别表现在局部复发率方面。我国虽然有手术分级规定,但并无严格的准入制度。综合医院专业分工不细,加之经济、技术和设备条件的限制,医疗保险的政策规定,患者不能自主地选择就医。凡此种种,都在制约了癌症手术远期效果的提高。

笔者认为,当务之急是在各级卫生行政部门领导和支持下,由省一级相关学会主持,号召专家们义务投入,开展不以营利为目的的骨干培训,更新知识。结合手术演示,认真普及更新发布的相关《治疗指南》。利用远程教学的条件,受益面可能更广。回忆 58 年前入学教育老师在黑板上写的一句话,“Education is repeatation”(教育即重复)。尽管有关直肠癌外科治疗的文献浩如烟海,相关专著言之凿凿,但现状仍然堪忧。肿瘤患者及其家属,将生存和健康的希望寄托于外科医生,无论从伦理层面和技术层面进行与时俱进而不是简单重复的继续教育,都是非常重要的。希望卫生行政部门和学术界加以重视。

本刊 2008 年各期重点内容安排

本刊 2008 年各期重点内容安排如下,欢迎赐稿。

第 1 期	肝脏外科及肝肿瘤	第 7 期	肝脏外科及肝移植
第 2 期	胆道外科及胆石症	第 8 期	胆道外科及胆道肿瘤
第 3 期	胰腺外科及胰腺炎	第 9 期	胰腺外科及胰腺肿瘤
第 4 期	胃肠道外科及消化道肿瘤	第 10 期	胃肠道外科及大肠肿瘤
第 5 期	乳腺、甲状腺外科	第 11 期	甲状腺、乳腺外科
第 6 期	血管外科及门静脉高压症外科	第 12 期	微创外科及其他