

文章编号:1005-6947(2008)04-0404-03

· 临床报道 ·

直肠拖出单吻合器技术行超低位直肠癌保肛术

黄勇波¹, 张卓军¹, 孙杰聪², 谢虹桥¹, 吴雄辉¹

(1. 广东医学院附属湛江中心人民医院 普通外科, 广东 湛江 524000; 2. 湖北省咸宁学院医学院 二〇〇三级二班, 湖北 咸宁 437100)

摘要:目的 探讨超低位直肠癌经直肠拖出采用单吻合器技术行保肛手术的可行性。方法 对近8年来收治的31例超低位直肠癌(肿瘤下缘距肛缘 ≤ 5 cm)患者,采用全直肠系膜切除、直肠拖出、双荷包、单吻合器技术行结肠肛管吻合术。结果 31例患者均顺利完成直肠癌保肛根治切除手术,且均未行预防性回肠或结肠造口。术后发生吻合口瘘5例(16.1%),吻合口狭窄2例(6.5%),局部复发2例(6.5%),无大便失禁及围手术期死亡。5年的生存率为78.6%(11/14)。结论 对于超低位直肠癌保肛手术,采用直肠拖出单吻合器技术一期手术,安全可行,且费用相对较低。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(4): 404-406]

关键词: 直肠肿瘤/外科学; 保肛手术; 吻合; 外科缝合器

中图分类号: R 735.3

文献标识码: B

对于低位或超低位直肠癌保留肛门功能的手术治疗,在我国的大多采用直肠癌低位前切除术(Low anterior resection, LAR)。然而不是每一位超低位直肠癌患者都能顺利进行LAR,对于肥胖、盆腔狭窄等无法置入闭合器或肿瘤下缘距肛缘 ≤ 4 cm,虽能置入闭合器切断肠管,但极易造成远切缘肿瘤残留,除施行Parks或Bacon术式保肛外,选用直肠拖出双吻合器技术不失为保肛手术另一较好选择的手术方式^[1],但双吻合器价格昂贵,为此,笔者设计开展了直肠拖出单吻合器双荷包超低位直肠癌保肛手术,自1999年3月—2007年6月,共实施31例,取得较好效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男23例,女8例;年龄32~78(平均54.6)岁。病程1~14(平均5.3)个月。肿瘤下缘距肛缘2.5~5 cm,平均4.1 cm。肿瘤直径1~6.5 cm,平均3.5 cm。累及直肠周径1/4, 2/4, 3/4和呈环状者分别为13, 9, 8例和1例。肿瘤

大体类型:溃疡型15例,浸润型9例,肿块型7例。肿瘤组织学分型:管状腺癌19例,乳头状腺癌8例,绒毛状腺瘤癌变3例,黏液腺癌1例。分化程度:高分化9例,中分化19例,低分化3例。临床病理分期:Dukes A期16例, B期10例, C期5例。

1.2 手术方法

截石位,中下腹正中切口。腹路先行肠系膜下动脉根部血管切断并清扫其周围淋巴结,再行保留盆腔植物神经的全直肠系膜切除术(total mesorectal excision, TME)。TME手法游离直肠到达肛提肌平面,相当于齿状线水平。距肿瘤近端15 cm切断乙状结肠。会阴组充分扩肛门后行直肠腔内碘伏消毒,腹部组将包括肿瘤在内的离断远端肠管从肠腔内作内套叠推出肛门外翻,此时可清晰直视肿瘤及齿状线。距肿瘤远端大致2 cm或齿状线稍远处上一荷包钳(EH40)钳夹,该钳以远上大直角钳,在两钳之间切断直肠并移去标本。完成荷包缝合后移去远端直肠上的荷包钳,收紧荷包线暂不打结。会阴组将圆形吻合器中心导杆插入荷包中央,旋转把柄上的调节旋钮,拧出中心导杆后收紧荷包线打结,回纳复位直肠残端(或肛管)。腹部组同时行乙状结肠断端荷包缝合,将抵钉座置入,收紧荷包打结。两组配合完成结肠肛管吻合。吻合前需检查肠管无扭转和张力。

收稿日期:2007-12-04; 修订日期:2008-03-08。

作者简介:黄勇波,男,广东省湛江中心人民医院副主任医师,主要从事直肠癌保肛手术的基础与临床方面的研究。

通讯作者:黄勇波 E-mail:hyb2000hyb@163.com

手术者用左手拇指和食指触摸吻合口周围无嵌入脂肪垂、系膜、阴道后壁及盆腔其他组织后击发吻合器。吻合结束后检查两端的切割圈是否完整,将直肠切口圈组织送冷冻切片病理检查,需证实无肿瘤残留。吻合结束后,盆腔用大量蒸馏水浸泡冲洗。如切缘有肿瘤残留需追加肿瘤远端切除长度,再次行冷冻切片检查,如仍有肿瘤残留则改行腹会阴切除(abdominal perineal resection, APR)手术。术中应注意无瘤操作。

2 结果

2.1 手术并发症

本组均成功实施了保肛手术,均未行预防性回肠或结肠造口。其中虽13例因肿瘤距齿状线仅1~1.5 cm(距肛缘3.5~4 cm),但直肠切口圈组织中冷冻切片及术后石蜡切片病理检查均证实无肿瘤残留。手术时间为100~165(平均127)min。术后5例发生吻合口瘘(16.1%),经充分引流、营养支持治愈。无手术死亡。

2.2 术后随访

全部患者术后均获随访,平均随访43(2~99)个月。排便功能:术后早期所有患者排便次数较多,其中5例甚至每天10余次,口服易蒙停后排便次数可明显减少。术后1个月患者排便自控能力均改善(2~6次/d);2~4个月后恢复预感便意,排便控制良好,大便成形,每天2~4次;5~6个月后分辨气便能力满意,夜间内裤无粪便污染,控便能力佳,每天1~3次;无大便失禁。出院后半年出现吻合口狭窄2例(6.5%),1例门诊多次使用扩肛器后排便正常;另1例在院期间曾出现吻合口瘘,出院后8个月回院就诊时发现吻合口瘢痕明显,勉强能通过小指尖,故再次入院手术治愈。2例术后局部复发(6.5%),分别为术后13个月吻合口复发和术后18个月盆腔复发。随访期间3例死亡,其中2例分别于术后18个月和37个月死于肝转移,1例术后5个月死于肺转移。术后生存5~9年者11例,5年的生存率为78.6%(11/14)。

3 讨论

从解剖学角度,位于腹膜返折以下的癌肿称之为低位直肠癌,一般是指从肛缘至肿瘤近端

7~8 cm的直肠癌。临床上则把肿瘤下缘距肛缘 ≤ 5 cm的直肠癌称为超低位直肠癌。

既往认为,直肠癌不论其部位高低,其淋巴结转移均有向上、向侧方和向下方的转移。近20年来的研究表明^[2-4],直肠癌生长主要是绕肠壁浸润,沿肠壁向远端浸润的机会很少。位于腹膜反折以上的直肠癌只有向上方的淋巴引流;腹膜反折以下的直肠癌主要淋巴引流仍是以向上方为主,但可有向侧方的淋巴引流,只有不到10%的直肠癌在肠壁内向远侧的转移会超过1 cm,而且这些向远侧转移者主要为分化很差的高度恶性病例或向上方淋巴管被癌栓堵塞的局部晚期直肠癌才向下逆向转移。超过2 cm的原发性肿瘤几乎都是分化不良癌或Dukes C期,对这类病例即使用Miles手术也无法提高患者的生存率。死亡原因不是局部复发,而是远处转移。只有肛管肿瘤才有向3个方向的淋巴引流。因此,以往认为直肠癌必须清除所有引流范围的淋巴结的观点是错误的。刘宝善^[5]通过159例超低位前切除术标本的检查发现,癌向远侧浸润者占24.5%(39/159),但最远都未超过1 cm,认为肿瘤远侧切缘距肿块2~3 cm即已达到确保安全的程度。而且,术中将居于骶凹前呈弧形的直肠充分游离后,还可使肿瘤远侧直肠延伸约1~2 cm。本组31例超低位直肠癌,术前测量肿瘤下缘距肛缘2.5~5 cm,平均4.1 cm,手术中,其远侧切缘距肿瘤下缘1~4 cm,平均2.3 cm。吻合完成后即将13例远侧切缘距齿状线为1~1.5 cm的直肠切口圈组织送术中冷冻切片检查以及术后石蜡切片病理检查,均未发现肿瘤细胞。证实将直肠拖出在直视下测量时,只要直肠远侧切缘距肿瘤下缘1 cm以上即可视为安全。

传统保肛手术要求保留肛门完整结构,即保留肛门括约肌、提肛肌、齿线上2 cm以上的直肠黏膜及血运和神经支配。齿线上2 cm直肠黏膜内有丰富的感觉神经末梢,对控制大便功能很重要,且能明确区分气体与液体,特别能节制夜间大便。近年的研究认为,排便功能与括约肌功能、感觉功能和直肠的储粪功能有关,耻骨直肠肌和肛管皮肤在其中起着非常重要的作用。除了直肠壁外,在肛门括约肌内也有控制排便的感受器,而且随着术后时间的推移,排便的直肠节制功能可由

结肠节制功能所逐渐代偿,因而即使切除了全部直肠,只要保留完好的耻骨直肠肌和大部分的肛管皮肤,即使切除部分齿状线和肛管,术后经过一段时间的适应和锻炼,患者即可维持正常的排便功能^[6-7]。本组有13例直肠游离后肿瘤距齿状线仅1~1.5 cm,故状齿线上直肠黏膜未能保留,且以管状吻合器完成吻合时需要再次切除不少于0.5 cm肠管,即切除了部分齿状线,由于实施保留盆腔自主神经的TME,术后排尿功能正常,5~6个月后排便能力基本亦恢复正常,无大便失禁。证明本术式是合理的。

文献报道各种直肠癌行TME手术,局部复发率约为3%~6%,5年生存率约为70%~75%。保肛手术与Miles术相比,上方、侧方淋巴结及直肠系膜切除范围是相同的,因此保肛手术与Miles术无论在局部复发或远期疗效上均无显著差异^[8]。本组31例行TME手术,肿瘤下缘距肛缘2.5~5 cm,充分游离后肿瘤远端肠段平均切除2.3 cm,局部复发率较低(6.5%),5年生存率高(78.6%),证明本术式是安全的。

本手术过程中需严格遵守无菌、无瘤原则,翻转直肠时用力要恰当,层次要准确。直肠拖出肛门后要仔细观察正常黏膜与肿瘤的分界线,在肿瘤以远 ≥ 1 cm上荷包钳,必要时可以在齿状线附近上钳。吻合前应调整好牵下的近端结肠肠管的方向,避免扭转或成角,新的直肠保持绝对的无张状态,前后活动应以不少于5 cm范围无张力为度。吻合器在吻合肠管压紧后击发前,应调整在吻合器安全刻度距离的2.0~3.0 mm,使缝钉在吻合时能正确成B型。吻合完成后检查吻合圈,切下的上下端肠管均应是完整的一圈。直肠切口圈的组织需常规送冷冻活检,证实无肿瘤残留。如切缘有肿瘤残留需追加肿瘤远端切除长度,再次行冷冻切片检查,如仍有肿瘤残留则改行Miles术手术。本组31例中有7例结肠肛管吻合患者出现远端切割圈不完整,其中有5例术后发生吻合口瘘(16.1%),考虑原因可能有两方面:一是

吻合器推顶时用力过大,致使肠壁平滑肌受到过度牵伸后变薄,该部分肠壁在切割圈上就呈现细窄或中断;二是结肠黏膜为移行上皮细胞,而齿状线下方黏膜为角化的鳞状上皮细胞,两者分别为胚胎发生的内、外胚层,不同源组织细胞间愈合能力较差。

拖出式单吻合未使用闭合器,用荷包钳替代闭合器,不仅节省了约大量的器械费用,而且避免了双吻合器吻合直肠残端两角处切割不全、形成两个盲袋、有吻合钉残留、易成为吻合口瘘的隐患。

本组31例均为一期吻合,无1例行预防性结肠或空肠造口,虽然出现较高的吻合口瘘的发生率(5/31,16.1%),但经充分引流、营养支持获得痊愈。故笔者认为预防性造口可以不作为常规施行,以避免二次手术给患者增加的经济负担和身体痛苦。

参考文献:

- [1] 何远翔,王为民,查玮,等. 直肠拖出双吻合器超低位直肠癌保肛术[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(12):946-948.
- [2] Goligher G. Surgery of the anus rectum and colo[M]. 5th ed. London: Bailliere Tindall,1995. 673-678.
- [3] Yeat mall TJ, Bland K1. Sphincter - saving procedures for distal carcinoma of the rectum [J]. Ann Surg,1989,209(1):1-18.
- [4] 唐宗江. 直肠全系膜切除并直肠癌保肛手术[J]. 大肠肛门病外科杂志,2000,6(1):10-14.
- [5] 刘宝善,许玉成,王辉,等. 大肠肛门肿瘤学[M]. 成都:四川科技出版社,1998. 288-348.
- [6] 唐宗江,高枫. 家族性腺瘤性息肉的外科治疗[J]. 中国普通外科杂志,1998,7(6):334-336.
- [7] 张宏,陈春生,丛进春,等. 括约肌间切除术在超低位直肠癌保肛手术中的应用[J]. 中国普通外科杂志,2007,16(9):835-838.
- [8] 刘东滨,潘国文,曹玉军. 低位直肠癌的手术治疗:附206例分析[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(4):244-246.