

文章编号:1005-6947(2004)04-0244-03

· 结直肠癌专题研究 ·

低位直肠癌的手术治疗:附 206 例分析

刘东滨¹, 潘国文², 曹玉军¹

(1. 山东省临沂市人民医院 普外科, 山东 临沂 276003; 2. 山东省临沂市文峰山精神病医院 外科, 山东 临沂 277700)

摘要:目的 探讨低位直肠癌的术式选择及保肛手术的治疗效果。方法 回顾性分析 206 例低位直肠癌病例的临床资料。结果 206 例中行 Miles 手术 61 例, 各种保肛手术 145 例。145 例保肛手术中术后发生吻合口瘘 16 例(11.0%, 16/145), 肛门狭窄 13 例(9.0%, 13/145)。无手术死亡。术后 5 年生存率 Miles 手术为 62.3%, 保肛手术为 67.2% ($P > 0.05$)。结论 低位直肠癌的治疗可根据患者情况选用保肛手术或 Miles 手术。在保证根治的情况下, 应尽可能选用保肛术。

关键词: 直肠肿瘤/外科学; 保肛手术

中图分类号: R735.37 文献标识码: A

Surgical treatment of lower rectal carcinoma : a report of 206 cases

LIU Dong-bin¹, PAN Guo-wen², CAO Yu-jun¹

(1. Department of General Surgery, People's Hospital of Linyi City, Linyi, Shandong 276003, China;
2. Department of Surgery, Wenfengshan Psychiatric Hospital of Linyi City, Linyi, Shandong 277700, China)

Abstract: Objective To explore the operative methods and the effect of ano-reserving operations for lower rectal carcinoma (LRC). **Methods** Retrospective analysis was made on the clinical and pathological data of 206 LRC cases. **Results** Of the 206 cases, 61 cases underwent Miles operation, 145 received ano-reserving procedures (ARP). In the 145 cases treated with ARP, postoperative anastomotic leakage occurred in 16 cases (11.0%), and anus stenosis in 13 cases (9.0%). All the complications were cured by non-operative treatment. There was no operative death in this series. The postoperative 5-year survival rate in Miles operation was 62.3%, in ano-reserving procedures was 67.2% ($P > 0.05$). **Conclusions** The choice of Miles operation or ARP in the treatment of LRC is mainly according to patients condition. However, if a radical treatment can be assured. ARP is the best choice for LRC.

Key words: RECTAL NEOPLASMS/surg; ANO-RESERVING OPERATION

CLC number: R735.37 **Document code:** A

我科于 1995 年 6 月 ~ 2000 年 6 月共收治直肠癌 280 例, 其中低位直肠癌 206 例, 现就后者的术式选择等问题讨论如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 120 例, 女 86 例。年龄 28 ~ 72 岁。病

程 3 个月以内者 156 例, 超过 3 个月者 50 例。全部病例均有大便性状的改变及不同程度的体重减轻, 其中以大便次数增多、大便变形变细、排便不畅、肛门下坠为多见。脓血便 134 例, 所有病例大便潜血试验阳性。直肠指诊检查中 200 例可触及肿块。行纤维结肠镜检查 202 例, 病理确诊癌肿者 196 例(97.0%), 慢性炎症 6 例。合并肝转移的 18 例中术前 B 超确诊 9 例, CT 确诊 2 例, 术中探查确诊 7 例。合并不全性肠梗阻 16 例。

1.2 临床病理学资料

癌肿下缘距肛缘 3 cm 以内 46 例, 4 ~ 8 cm 者

收稿日期: 2003-02-20; 修订日期: 2003-11-21。

作者简介: 刘东滨(1959-), 男, 山东苍山人, 山东省临沂市人民医院主治医师, 主要从事胃肠外科方面的研究。

160例。病理类型:低分化腺癌95例,中分化腺癌50例,高分化腺癌27例,黏液性腺癌18例,印戒细胞癌16例。肉眼分类:隆起型89例,溃疡型85例,浸润型32例。Dukes分期(中国改良法1978):A期23例,B期79例,C期86例,D期18例。

2 治疗结果

2.1 治疗方法

全部病例均行手术治疗。其中Miles手术(均为肿瘤下缘距肛门缘3cm以内或已有直肠侧韧带浸润、癌肿较固定者)61例;保肛手术145例(70.4%),包括Dixon手术(直肠前切除,结直肠吻合术)123例,折刀位根治术(经骶后入路骶尾骨切除直肠癌肿切除,肠吻合术)14例,Parks手术(经腹癌肿切除,结肠齿状线外科肛管吻合术)8例。肝转移的18例中行孤立病灶切除8例,门静脉插管术后化疗10例。

2.2 结果

2.2.1 手术并发症 术后吻合口瘘16例(11.0%),其中15例为Dixon术后,折刀位根治术后1例,均经非手术治疗后痊愈。肛门狭窄13例(9.0%),经扩肛等治疗痊愈。本组无手术死亡病例。平均住院时间16d。

2.2.2 随访 术后全部病例随访1~5年,中位时间4.2年。其中Miles术后47例,Dixon术后93例,Parks术后6例,共146例随访时间满5年。折刀位根治术14例随访2年。术后1,3,5年生存率Miles手术分别为100%,91.8%,62.3%;Dixon手术为100%,89.4%,67.5%;Parks手术为100%,87.5%,62.5%;折刀位根治术1,2年生存率为100%。保肛手术(145例)1年后排便功能评价:优良89例,良好30例,一般18例,差8例(徐忠法5项10分评价)。折刀位根治术男性性功能无改变,排便功能均良好(附表)。

附表 206例低位直肠癌术式和治疗结果

术式	肿瘤距肛缘距离、例数		局部复发 例(%)	5年生存 率例(%)
	3cm	4~8cm		
Miles手术	31	30	7(11.5)	38(62.3)
Dixon手术	6	117	14(11.4)	83(67.5)
Parks手术	8	-	1(12.5)	5(62.5)
折刀位根治术(2年)	1	13	0(0)	14(100)

3 讨论

我国直肠癌病例中约有3/4病变位于腹膜返折以下^[1]。本组病例低位直肠癌占同期收治直肠癌病例的73.6%。直肠癌最有效的治疗方法仍是手术。手术方式的选择,已经从追求根治癌肿、挽救生命的单一目的转变为根治癌肿、改善生活质量的双重目的。虽然Miles手术至今仍为经典的低位直肠癌根治术式,但永久性人工肛门以及部分男性术后性功能丧失给患者带来诸多不便和精神创伤,影响生活质量。随着对直肠解剖及直肠癌生物特性认识的深化,以及诊断,术前处理,手术技术,外科器械的发展,低位直肠癌保留原肛门的手术已经越来越受到人们的重视,应用逐渐增多,Miles术已成为低位直肠癌需行手术治疗的最后选择^[2]。Williams^[3]指出,直肠癌远端扩散的范围在90%的病例中不超过2cm,凡远端扩散范围2.5cm者几乎都是Dukes分期C期或更恶性病变。这些病例即使作了腹会阴切除术,预后仍然很差。Pollett等^[4]报告334例直肠癌按切除边缘离肿瘤的长度小于2cm,2~5cm,大于5cm分为3组进行比较,发现其5年生存率、肿瘤致死率和复发率均无显著差异。郁宝铭等^[5]报道949例中、下段直肠癌,保肛手术的局部复发率均低于Miles术,分别为10.9%和15.4%,5年生存率亦优于Miles术。董高宏等^[6]报告,肿瘤下切缘长短与术后局部复发无关。已有大量资料表明,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相同,肿瘤下切缘的长度(残留直肠肛管的长度)是决定因素。保肛手术与腹会阴手术无论在局部复发或远期疗效上均无显著差异。

本组206例手术治疗者中,行保肛手术145例,保肛率70.4%;Miles手术61例。经统计学处理,两组病例5年存活率及局部复发率差异无显著性($P > 0.05$)。笔者认为,低位直肠癌在术式选择上遵循以下原则:(1)距肛缘3cm以内,进展期直肠癌,环周度 $> 1/2$,浸润肌层,低、中分化腺癌,选择Parks手术;(2)距肛缘3cm以内,进展期直肠癌,环周度 $> 1/2$,浸润肌层,低分化腺癌、黏液性腺癌,尤其是位于直肠前壁者,行Miles手术。(3)

距肛缘 4 ~ 8 cm, 进展期直肠癌, 浸润肌层, 在直肠系膜全切除和侧方淋巴结清扫的前提下, 行 Dixon 手术, 必要时用双吻合器行结直肠吻合。(4) 距肛缘 4 ~ 8 cm 早期直肠癌, 高分化腺癌, 环周度 < 1/2, 行折刀位根治术, 切除直肠系膜、侧方淋巴结及部分脂肪组织。本组 14 例术后随访 2 年, 局部复发率 0%, 存活率 100%, 也与病变早期、局限、高分化有一定的关系。笔者体会: 保肛手术的选择要在能保证根治切除的前提下进行。术后局部复发的主要原因是与直肠癌的病理类型以及术中癌肿远侧切除不足, 直肠系膜或直肠周围组织切除不充分, 术中癌肿细胞种植有关。各种术式中, 正确测量远切缘至癌肿下缘的距离很重要。癌肿及直肠骶曲、侧方解剖游离后, 其距肛缘的距离可有所延长。术中常规将游离段肠管无张力引直时测量, 结果确实。

吻合口瘘和肛门狭窄是低位直肠癌术后常见的并发症。本组 16 例吻合口瘘和 13 例肛门狭窄, 均发生在手工缝合吻合的病例。吻合口瘘似与手术方式无关。近端结肠血运, 吻合口有无张力, 吻合有无漏口, 术者操作技巧, 骶前引流是否充分以及患者营养状况是决定因素。本组 15 例出现吻合口瘘后, 给予充分引流、冲洗以及营养支持治疗, 瘘

口愈合。吻合口狭窄 13 例, 术后 2 周指诊扩肛治疗, 效果良好。再者, 术后须定期复查, 并给予化疗等综合治疗。

参考文献:

- [1] 徐忠法, 左文述, 刘奇. 现代肛肠肿瘤外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993. 191 - 192.
- [2] Enker WE, Havenga K, Plyak T, *et al.* Abdominoperineal resection via total mesorectal excision and autonomic nerve preservation for low rectal cancer [J]. *World J Surg*, 1997, 21(7): 715 - 718.
- [3] Williams NS, Dixon MF, Johnstone D. Reappraisal of the 5 centimeter rule of distal excision for the rectum: a study of distal intramural spread and of patient survival [J]. *Br J Surg*, 1983, 70(8): 150 - 153.
- [4] Pollett WG, Nicholls RJ. The relationship between the extent of distal clearance and survival and local recurrence rates after curative anterior resection for adenocarcinoma of the rectum [J]. *Ann Surg*, 1982, 19(8): 159 - 163.
- [5] 郁宝铭, 蒋家缙, 王一春, 等. 949 例直肠中下段癌的外科治疗 [J]. *中华外科杂志*, 1992, 30(7): 417 - 419.
- [6] 董高宏, 韩方海, 张肇达. 低位直肠癌保肛手术临床分析 [J]. *中国普通外科杂志*, 2002, 11(11): 644 - 646.

《中国普通外科杂志》2004 年下半年各期重点内容安排

本刊 2004 年下半年各期重点内容安排如下, 欢迎赐稿。

第 7 期	胆道外科	第 10 期	甲状腺外科、乳腺外科
第 8 期	肝脏外科、血管外科	第 11 期	胰腺外科
第 9 期	胃肠道外科	第 12 期	肠内、肠外营养及其他