

文章编号:1005-6947(2008)10-0955-03

· 胃肠道肿瘤专题研究 ·

腹腔镜行 TME 加保肛手术治疗低位直肠癌: 附 18 例报告

吴东波, 黄顺荣, 吴鸿根, 罗国强, 周明, 邓洪强, 潘云

(广西壮族自治区人民医院 普通外科, 广西南宁 530021)

摘要:目的 探讨腹腔镜行 TME + 保肛手术治疗低位直肠癌的安全性和可行性。方法 回顾分析近 3 年半笔者采用腹腔镜行 TME + 保肛改良手术治疗低位直肠癌 18 例患者的临床资料。结果 18 例手术均顺利完成。手术时间(165.2 ± 45.6) min, 术中出血量(146.7 ± 84.5) mL, 术后腹腔引流液量(170.1 ± 47.2) mL, 术后肛门排气时间(3.1 ± 0.7) d, 术后住院时间(8.7 ± 1.4) d, 淋巴结清除数(12.1 ± 3.2) 枚。手术后大便次数增加 5 例, 均在 1 年左右恢复至近正常状态。无输尿管损伤、排尿障碍、大便失禁及吻合口瘘等并发症。结论 腹腔镜行 TME + 保肛手术治疗低位直肠癌是安全、可行的, 体现了手术微创的优越性。 [中国普通外科杂志, 2008, 17(10): 955-957]

关键词: 直肠肿瘤/外科学; 肛门括约肌; 腹腔镜; 全直肠系膜切除

中图分类号: R 735.3

文献标识码: A

Laparoscopic TME with ultra-low sphincter-saving procedure for low rectal cancer: a report of 18 cases

WU Dongbo, HUANG Shunrong, WU Honggen, LUO Guoqiang, ZHOU Ming,
DENG Hongqiang, PAN Yun

(Department of General Surgery, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China)

Abstract: **Objective** To study the safety and feasibility of laparoscopic TME with ultra-low sphincter-saving procedure for low rectal cancer. **Methods** The clinical data of laparoscopic TME with ultra-low sphincter-saving modified procedure for low rectal cancer in the recent three and a half years in our hospital were analysed retrospectively. **Results** Eighteen cases were selected in this study and all surgery was performed successfully. The average operative time was (165.2 ± 45.6) min, the mean volume of bleeding was (146.7 ± 84.5) mL, the volume of abdominal drainage was (170.1 ± 47.2) mL, postoperative time of bowel gas passage was (3.1 ± 0.7) d, postoperative hospital stay was (8.7 ± 1.4) d, and the number of lymphnode dissection was (12.1 ± 3.2). 5 cases had increased frequency of stool and all these patients recovered to near normal within one year. No other complications, such as ureteral injury, dysuresia, fecal incontinence, or anastomotic leakage, were experience. **Conclusions** This study shows that it is safe and feasible to perform laparoscopic TME with ultra-low sphincter-saving procedure for low rectal carcinoma, and with the advantage of minimal invasion. [Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(10): 955-957]

Key words: Rectal Neoplasms/surg; Anal Sphincter; Laparoscopy; Total Mesentery Excision

CLC number: R 735.3

Document code: A

收稿日期: 2008-05-06; 修订日期: 2008-09-14。

作者简介: 吴东波, 男, 广西壮族自治区人民医院主治医师, 主要从事腹腔镜外科学方面的研究。

通讯作者: 吴东波 E-mail: wudongbobo@126.com

腹腔镜微创技术在结直肠恶性肿瘤手术中的应用是结直肠肿瘤手术发展历程中的一次具有重大意义的变革。腹腔镜结直肠癌手术已在世界范围内获得广泛开展,其近、远期疗效已得到随机对照临床研究(randomized controlled trials, RCT)的证实^[1-2]。我院自2004年起采用腹腔镜行直肠全系膜切除(totale mesorectal excision, TME)加保肛改良手术治疗低位直肠癌,近期疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2004年6月—2007年12月我院采用腹腔镜对低位直肠癌患者行TME及保肛改良手术。纳入标准:(1)肿瘤下缘距肛缘5~7 cm;(2)肿瘤最大径 ≤ 3 cm或不超过1/2肠壁周径;(3)肿瘤Dukes分期为C期以内;(4)病理结果为高分化或中分化腺癌。排除标准:(1)中转开腹者;(2)合并肠梗阻;(3)既往有腹部手术史,肠粘连严重;(4)有严重心、肺、肝、肾等合并症。

入选的18例中,男10例,女8例。Dukes A期3例,B期6例,C期9例。高分化腺癌5例,中分化腺癌13例。肿瘤下缘距离肛缘的水平5~7 cm,平均 (6.1 ± 0.9) cm,肿瘤最大直径2~5 cm,平均 (3.2 ± 0.7) cm。

1.2 手术方法

采用气管内插管全麻,改良截石位。腹腔镜手术采用四孔法:先在脐部做一10 mm切口为观察孔,插入30°腹腔镜,在直视下穿刺插入其他trocar(套管针),其中右下腹12 mm、左中下腹5 mm和耻骨联合上缘5 mm。

气腹压力12 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)。先用腹腔镜检查腹腔,未发现手术禁忌证后决定施行腹腔镜手术。用超声刀切开乙状结肠和降结肠外侧的腹膜,游离乙状结肠、降结肠至脾曲。用布带将乙状结肠结扎提起作为牵引,解剖肠系膜下血管,并用ligasure高位凝闭切断,清扫血管周围脂肪及淋巴结,切断乙状结肠系膜。用超声刀沿盆筋膜脏、壁两层之间的疏松结缔组织间隙,向盆底进行锐性分离。后方沿骶前间隙到达尾骨尖下方,用超声刀切开直肠骶骨筋膜、肛尾韧带,于远端肛尾韧带附着处切断直肠系膜,完全切除直肠系膜。直肠游离达肿瘤下缘2 cm以上,然后用ligasure于距离肿瘤上缘8~12 cm处切断乙状结肠。

消毒并扩肛至4指(约5 cm),从肛门插入卵圆钳至乙状结肠远断端,夹持肠管壁将远端乙状结肠、直肠及其系膜、直肠肿瘤一并从肛门外翻拖出。消毒肠管,在齿状线上方0.5~1.0 cm处切断直肠,移去标本。经肛门拖出近端乙状结肠,于肛外行手工结肠一直肠吻合;或近端乙状结肠置入吻合器抵钉座后荷包缝合包埋,远端直肠荷包缝合结扎在吻合器中心杆上,在腹腔内完成结肠一直肠吻合器吻合。

2 结果

本组18例手术均顺利完成。手术时间 (165.2 ± 45.6) min,术中出血量 (146.7 ± 84.5) mL,术后腹腔引流量 (170.1 ± 47.2) mL,术后肛门排气时间 (3.1 ± 0.7) d,术后住院时间 (8.7 ± 1.4) d,淋巴结清除数 (12.1 ± 3.2) 枚。无输尿管损伤、排尿障碍、大便失禁及吻合口瘘等并发症。术后随访1~42个月,中位随访时间17个月,失访1例。手术后大便次数增加5例,均在1年左右恢复至近正常状态。1例C期患者术后9个月结肠镜检发现局部复发需行第2次手术,其他患者未发现复发、转移。

3 讨论

低位前切除手术的应用,特别是20世纪90年代腹腔镜技术在结直肠癌手术中的发展,使部分低位直肠癌患者的保肛手术获得成功。若吻合口紧邻肛提肌,即距肛缘4 cm以内,或距齿线2 cm以内即定为超低位吻合保肛术^[3]。在低位直肠癌超低位保肛手术中应同时兼顾根治性和保肛效果,故适应证较严格。目前,多数外科医生采用的适应证为^[4]:(1)肿瘤下端距肛缘5 cm以上;(2)肿瘤直径 ≤ 3 cm或不超过1/2肠壁周径;(3)肿瘤Dukes分期以A、B期为主,直肠周围组织无浸润;(4)肿瘤为分化良好的腺癌。本组也以此作为纳入标准的依据,结果仅1例C期患者术后9个月发现局部复发。

1982年Heald等提出TME这一概念。由于其手术路径系沿解剖间隙,在切除了盆腔的直肠肿瘤的同时,还切除了隐含大量微小癌灶的直肠系膜。1998年,他们报道应用这一原则进行直肠癌根治术,可以将该术式的5年局部复发率降低至4%,5年无病生存率提高到80%。并且由于该手术的操作更大程度地保留肛门及盆腔神经的生理功能,因此已被众多学者认可,并成为当今低位直

肠癌根治术的“金标准”^[5]。

在低位直肠癌TME保肛手术中,理论上腹腔镜手术比开腹手术更具优势^[6]:(1)腹腔镜可抵达狭窄的小骨盆,并放大局部视野,因而腹腔镜手术能分离足够低位的直肠,并对盆腔自主神经丛的识别和保护更确切;(2)对盆筋膜脏、壁两层之间疏松结缔组织间隙的判断和入路的选择更准确,能更完整地切除含脏层盆筋膜的直肠系膜,故能达到更好的根治效果;(3)腹腔镜手术可明显减少对肿瘤的挤压,降低术中癌细胞的转移率。

2004年,笔者等改进常规的腹腔镜TME超低位保肛手术的手术方法。在手术中经腹腔镜切断肿瘤近端的乙状结肠,远端的直肠包括肿瘤从肛门拖出,然后经肛门完成肿瘤肠段的切除、肠管的手工吻合或机械吻合。操作过程中要注意4点:(1)沿着盆筋膜脏、壁两层之间的间隙进行分离,完整切除直肠系膜;(2)直肠肿瘤的直径不超过5cm,以免经肛门拖出过程中增加肿瘤细胞血行转移的机会;(3)分离直肠系膜时要保护好盆腔内脏神经,在闭合直肠远端时要注意闭合器是否触及肛门括约肌。本组5例术后出现大便次数增多,主要原因考虑为内脏神经和括约肌的损伤;(4)遵守手术操作的无瘤原则,降低切口肿瘤种植。如保证切口与套管的密闭,拔除套管前尽量排尽腹腔内气体,以及用蒸馏水加5-氟尿嘧啶冲洗切口等^[7]。

淋巴结清扫是直肠癌根治术的重要内容。本组手术的淋巴结清除平均12.2枚/例,达到开腹手术的水平。本组病例手术时间不长,术中出

血量及术后腹腔引流量少,术后胃肠道功能恢复快,术后住院时间短,体现了腹腔镜手术的微创特性。18例手术无1例发生输尿管损伤、排尿障碍、大便失禁及吻合口瘘等并发症,也说明了改良的腹腔镜TME超低位保肛手术治疗低位直肠癌是安全、可行的。目前,该手术方法尚缺乏长期的随访资料,其远期疗效有待验证。

参考文献:

- [1] Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer[J]. N Engl J Med, 2004, 350(20):2050-2059.
- [2] Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, et al. VRC CLASICC trial group short-term endpoints of conventional versus laparoscopic assisted surgery in patients with colorectal cancer (VRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial[J]. Lancet, 2005, 365(9472):1718-1726.
- [3] 顾晋,姚云峰.低位直肠癌的TME与重建方式对远期疗效的影响[J].中国实用外科杂志,2004,24(9):522-525.
- [4] 阎玉矿,李吉利,何美文,等.超低位前切除治疗低位直肠癌26例报告[J].腹部外科,2001,14(4):243-244.
- [5] 郑民华.腹腔镜直肠系膜全切除术的应用与评价[J].上海交通大学学报(医学版),2007,27(5):488-490.
- [6] 张朝军,梁平,罗云生,等.腹腔镜直肠癌直肠系膜全切除保肛手术的临床应用[J].中国普通外科杂志,2005,14(12):887-889.
- [7] 王国斌,牛彦锋,卢晓明,等.腹腔镜辅助下结直肠癌手术的疗效分析[J].中国普通外科杂志,2006,15(8):561-564.

本刊2009年各期重点内容安排

本刊2009年各期重点内容安排如下,欢迎赐稿。

第1期	肝脏肿瘤	第7期	肝脏外科
第2期	胆道外科	第8期	胆道微创外科
第3期	胰腺外科	第9期	胰腺外科
第4期	胃肠道外科	第10期	胃肠道微创外科
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	第12期	血管外科及其他