

局部晚期/复发性直肠癌患者根治性全盆腔脏器切除术的疗效

赵运平

重庆市开县人民医院普外科, 重庆 405400

摘要: **目的** 分析局部晚期/复发性直肠癌患者应用根治性全盆腔脏器切除术治疗的方法和效果。**方法** 采用回顾性分析方法, 收集 1994 年 6 月至 2012 年 6 月收治的 88 例局部晚期/复发性直肠癌患者作为研究对象, 其中实验组 58 例应用根治性全盆腔脏器切除术治疗, 对照组 30 例行姑息性手术治疗, 比较两组患者的临床治疗效果。**结果** 实验组患者术后肾功能衰竭、性功能障碍等并发症发生率分别为 3.45% 和 44.83%, 均低于对照组 (16.67% 和 70.00%), 差异均有统计学意义 (P 均 < 0.05)。实验组与对照组术后 2 年生存率 (96.55% vs 16.67%)、5 年生存率 (53.45% vs 0) 比较, 差异均有统计学意义 (P 均 < 0.01)。**结论** 局部晚期/复发性直肠癌患者应用根治性全盆腔脏器切除术临床效果较好, 患者术后并发症发生率较低, 能延长患者生存时间。

关键词: 局部晚期/复发性直肠癌; 根治性全盆腔脏器切除术; 生存率; 并发症

中图分类号: R 735.3⁺7 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0595-03

由于盆腔内广泛癌浸润, 局部晚期/复发性直肠癌患者需忍受肠道、泌尿生殖道梗阻、肿瘤破裂并感染及局部乃至全身的剧烈疼痛。根治性全盆腔脏器切除术应用于局部晚期/复发性直肠癌患者的治疗已有多年历史^[1]。近年来, 根治性全盆腔脏器切除术治疗局部晚期/复发性直肠癌的 5 年生存率已逐步提高。但能否进行全盆腔脏器切除术, 需要临床医生进行严谨的病变范围的确定、术式的选择、术后尿路的流转等多方面的评定^[2-3]; 同时, 术后并发症的发生及处理亦是值得关注的问题^[4]。本院 1994 年 6 月至 2012 年 6 月共进行 88 例根治性全盆腔脏器切除术, 现采用回顾性分析方法, 对其临床资料总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 88 例局部晚期/复发性直肠癌患者按照手术方式分为实验组和对照组。实验组 58 例, 行根治性全盆腔脏器切除术治疗; 男 54 例, 女 4 例; 年龄 22 ~ 67 岁, 平均 (54.5 ± 4.4) 岁; 局部晚期直肠癌 52 例, 复发癌 6 例; 低分化和黏液性腺癌 15 例, 高、中分化腺癌 37 例, 恶性淋巴瘤 3 例, 家族性息肉病癌变 1 例, 恶性间质瘤 2 例。对照组 30 例, 行姑息性手术治疗; 男 26 例, 女 4 例; 年龄 23 ~ 68 岁, 平均 (55.9 ± 4.9) 岁。所有原发性直肠癌患者均存在不全肠梗阻, 其中 21 例下腹部可触及包块, 9 例复发性

直肠癌患者具有会阴部疼痛, 12 例出现排尿困难。

1.2 纳入标准^[5] 所有患者需经病理确诊为局部晚期或复发性直肠癌, 实验组患者包括肿瘤已经侵及膀胱、尿道、前列腺、输尿管等, 但未发现远处转移, 且无腹水征象等; 除外年老体弱、心肺功能不全、血行转移以及侵及超过第 2 骶骨水平或已侵及髂血管和神经者。对照组患者包括由于身体或某些原因不能耐受较大的手术或不愿采用根治性手术者。患者术前检查包括 B 超和 CT 检查, 以判断盆腔病变范围, 个别患者按需要进行肺、骨盆 X 线检查、肾盂造影、钡灌肠、膀胱镜检查等。

1.3 方法 (1) 全盆腔切除范围的确定及尿路流转: 切除范围包括直肠、肛门、乙状结肠、膀胱、前列腺、输尿管、子宫、阴道、卵巢, 侧方淋巴结进行彻底清扫, 侵及到骶骨者以及髂血管神经者需一并切除。对女性患者, 如侵及子宫、阴道者需行后盆腔切除术。对中、上段直肠癌患者为保证患者的生活质量, 可行保留肛门的根治性全盆腔脏器切除术。切除所有受癌变侵及的周围组织和器官的同时, 切缘需距离癌组织 3 cm 以上, 切除整个病灶。尿路流转方法包括回肠代膀胱术、乙状结肠腹壁造瘘术、输尿管腹壁造瘘术。(2) 盆底间隙处理方法: 回肠末端填充盆腔, 腹膜修补术, 盆底腹膜重建。(3) 术后规律随访至少 5 年。

1.4 观察指标 观察术后并发症发生情况, 如术后发生肾功能衰竭、弥散性血管内凝血 (DIC)、性功能障碍、输尿管狭窄的发生率及围手术期病死率。术后 5 年生存率情况。

1.5 统计学方法 应用 SPSS 15.0 软件处理数据, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料采用百分比表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后并发症发生情况比较 实验组肾功能障碍和性功能障碍发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 (P 均 < 0.05)。但两组术后 DIC、术后输尿管狭窄发生率无统计学差异 (P 均 > 0.05)。见表 1。

2.2 术后随访情况 实验组围手术期死亡 2 例 (3.45%), 对照组围手术期死亡 3 例 (10.00%), 两组围手术期病死率比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.597$, $P > 0.05$)。实验组术后 > 2 年生存率、5 年生存率均明显高于对照组 (P 均 < 0.01)。见表 2。

表 1 两组患者术后并发症发生情况比较 例 (%)

组别	例数	肾功能障碍	DIC	性功能障碍	术后输尿管狭窄
实验组	58	2 (3.45)	1 (1.72)	26 (44.83)	10 (17.24)
对照组	30	5 (16.67)	1 (3.33)	21 (70.00)	7 (23.33)
χ^2 值		4.72	0.23	5.04	0.47
P 值		< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05

表 2 两组患者术后随访情况比较 例 (%)

组别	例数	术后生存 > 2 年	5 年生存
实验组	58	56 (96.55)	31 (53.45)
对照组	30	5 (16.67)	0
χ^2 值		59.33	24.75
P 值		< 0.01	< 0.01

3 讨论

以往全盆腔脏器切除术的手术病死率为 15% ~ 20%, 近年来其手术病死率已降至 0 ~ 10%, 且手术并发症发生率也大大降低。全盆腔脏器切除术的进步也标志着根治晚期直肠癌、局部复发性直肠癌的疗效又提高了一步^[6-8]。根据多年的临床手术经验, 作者总结局部晚期/复发性直肠癌患者所需要做的术前准备如下: (1) 术前进行必要的影像学检查, 以确定病变范围, 指导手术过程中的操作。(2) 术前对患者双肾功能进行评估, 避免出现术后肾功能无代偿, 避免术后肾脏并发症的发生。(3) 术前常规置入双肾输尿管导管, 以减少术中对输尿管的损伤, 对手术安全具有重要作用。虽然根治性全盆腔脏器切除术一直作为目前治疗直肠癌唯一有效的手段, 但这种手术的实施同时受到患者的一般状态、病变范围、术后并发症情况以及术者技术等多重因素的限制。因此, 在提高患者生存期以及临床应用方面仍需要进一步探

讨^[9-10], 对于术中癌细胞污染和残留的控制更是手术关注点。术中应注意患者肠内营养的供应, 以免由于患者长期疾病导致身体状态不佳而影响手术过程, 同时对患者的预后不利^[11]。少部分原发性直肠癌在发现时已经发生周围组织、器官的浸润, 但还未发生远处转移, 这属于局部晚期病变; 有不到 1/3 的直肠癌患者在实施根治性全盆腔脏器切除术后又出现盆腔局部的复发, 但发生复发性直肠癌时, 大约 50% 的复发性肿瘤可能会继续向周围侵犯, 逐步侵及到子宫、前列腺、膀胱等器官^[12-13]。对于上述局部晚期直肠癌和复发性直肠癌, 采取姑息性手术治疗方案, 患者的生存时间明显缩短, 5 年生存率基本为 0。当然, 本组经随访, 截止目前, 行姑息性手术治疗的患者中, 有生存期超过 2 年但不足 5 年仍存活的病例。

全盆腔脏器切除术治疗复发性直肠癌存在一定的优势: 对于发生局部复发的患者行全盆腔脏器切除术; 对于肿瘤无远处转移, 且尚未与盆腔壁完全固定的直肠, 行全盆腔脏器切除术可根治癌灶。全盆腔脏器切除术对于复发性直肠癌治疗存在多种适应证, 其中常见的情况包括复发性直肠癌广泛浸润盆腔内脏器及组织结构等; 淋巴结转移, 或即使有淋巴结转移也只是局限在盆腔内, 无肠系膜下动脉根部及腹主动脉旁淋巴结转移, 无肝、肺等远处脏器的转移等; 复发性直肠癌所侵犯的上界在第二骶骨以下, 且髂外血管未受侵犯者。全盆腔脏器切除术对于晚期直肠癌或复发性直肠癌虽然具有较为广泛的适应证, 但也存在一定的禁忌证, 当局部晚期直肠癌/复发性直肠癌发生腹腔转移及远处转移, 转移至腰肌, 患者骨盆等承受重力部分遭到破坏且下肢严重水肿, 坐骨神经分布区疼痛^[14-15]等为该术式的禁忌证。

本研究对局部晚期/复发性直肠癌行根治性全盆腔脏器切除术后, 肾功能衰竭、性功能障碍等并发症的发生率较高, 但明显低于姑息性手术^[16]; 根治性全盆腔切除术患者生存 > 2 年者占 96.55%, 术后平均生存时间达 80 个月, 较姑息性手术的术后生存期明显延长。因此, 根治性全盆腔脏器切除术是较为安全、有效的方法。

综上所述, 根治性全盆腔脏器切除术用于治疗局部晚期/复发性直肠癌的临床效果较好, 值得进一步临床观察及深入探讨。

参考文献

- [1] 李加生, 房修桐. 根治性全盆腔脏器切除术治疗局部晚期/复发性直肠癌的临床研究[J]. 现代肿瘤医学, 2014, 22(2): 383-385.
- [2] 万远廉, 姜勇. 全盆腔脏器切除术在局部复发直肠癌中的应用

- [J]. 中华胃肠外科杂志, 2010, 13(8): 562-564.
- [3] 葛磊, 王海洋, 赵泽亮, 等. 腹腔镜中下段直肠癌根治术的近期疗效及安全性分析[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(2): 98-101.
- [4] 姜勇, 万远廉, 刘玉村, 等. 局部复发直肠癌 187 例手术疗效及预后因素分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2011, 14(8): 582-585.
- [5] 何桦波, 武伟. 新辅助化疗联合盆腔脏器切除术治疗 45 例复发性直肠癌[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2011, 17(5): 455-458.
- [6] 易福梅, 王皓, 袁慧书, 等. CT 引导¹²⁵I 放射性粒子植入治疗局部复发性直肠癌的疗效分析[J]. 中华放射医学与防护杂志, 2014, 34(1): 30-33.
- [7] 王皓, 王俊杰, 曲昂, 等. 西妥昔单抗联合照射对结直肠癌 CL187 细胞的抑制作用及机制探讨[J]. 中华放射医学与防护杂志, 2012, 32(5): 481-484.
- [8] 刘晓斌, 袁智勇, 尤金强, 等. 根治术后局部复发性直肠癌的预后因素分析[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2010, 19(3): 223-226.
- [9] 庄华章, 黄振宇. 综合治疗对老年局部复发性直肠癌的疗效分析[J]. 结直肠肛门外科, 2012, 18(5): 297-299.
- [10] 彭美艳. 腹腔镜下行结、直肠癌根治术的围手术期护理探讨[J]. 中国医药指南, 2013, 11(31): 229-230.
- [11] 楼征, 张卫, 孟荣贵, 等. 老年复发性结直肠癌的外科治疗[J]. 中华胃肠外科杂志, 2011, 14(8): 586-588.
- [12] 任宝志, 钟立松, 袁建军, 等. ¹⁸F-FDG PET/CT 定位三维适形放疗联合化疗对复发性直肠癌的疗效和预后分析[J]. 西部医学, 2010, 22(12): 2236-2238.
- [13] 吴新军, 闫争强, 赵伦德, 等. 38 例腹腔镜直肠癌根治术的临床分析及手术体会[J]. 中国中医药咨讯, 2012, 04(2): 124-125.
- [14] 黄伟波. 3 种靶浓度瑞芬太尼靶控输注在直肠癌手术的麻醉效果比较[J]. 中国药业, 2012, 21(17): 84-85.
- [15] 范波, 张朝华, 卞永生, 等. 47 例直肠癌术后盆腔内复发的治疗分析[J]. 中国药业, 2008, 17(23): 61-62.
- [16] 孙勇, 何磊, 程元光, 等. 高龄结直肠癌患者根治性手术的危险因素分析[J]. 安徽医学, 2014, 35(10): 1388-1391.

收稿日期: 2014-12-20 修回日期: 2015-01-26 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

大张轻质补片免固定腹腔镜经腹腹膜前 疝修补术 58 例临床研究

王丕, 齐建华, 曹玉平, 陈俊平, 年文博, 马福军
华亭县医院普外科, 甘肃 华亭 744100

摘要: **目的** 探讨腹腔镜经腹腹膜前疝修补术(transabdominal preperitoneal prosthesis, TAPP)中大张轻质补片免固定法的临床应用价值。**方法** 回顾 2012 年 6 月至 2014 年 6 月完成的 133 例腹股沟疝修补术患者的临床资料,其中 75 例行开放充填式无张力疝修补术(开放组), 58 例采用大张轻质补片免固定法行 TAPP(腹腔镜组); 术后随访 6~24 个月, 对比分析两组患者临床指标及术后并发症发生率。**结果** 腹腔镜组患者住院时间和术后镇痛剂使用、术后慢性疼痛、术后异物感发生率均明显低于开放组($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$); 手术时间、住院费用、术后复发率、阴囊血肿和尿潴留发生率两组比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。**结论** TAPP 术中采用大张轻质补片免固定法安全、有效, 与开放手术相比, 具有术后切口瘢痕小、疼痛轻、住院时间短、康复快、并发症少等优点, 适用于大多数腹外疝。

关键词: 疝, 腹股沟; 腹腔镜; 经腹腹膜前疝修补术; 耻骨肌孔; 补片免固定

中图分类号: R 656.2⁺1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0597-03

手术修补是治疗成人腹股沟疝的唯一方法。传统无张力疝修补术存在术后慢性疼痛、补片排异、异物感重等并发症。随着微创技术的发展, 腹腔镜腹股沟疝修补术(LIHR)以创伤小、康复快、复发率低^[1]等优势, 正在被人们所接受。其主流术式为经腹腹膜前疝修补术(TAPP)和完全腹膜外疝修补术(TEP), 要求游离足够的腹膜前间隙, 用补片覆盖整个耻骨肌

孔, 并需用一次性钉枪或粘合胶固定补片, 技术难度大, 费用相对较高。2012 年 6 月至 2014 年 6 月我院完成 58 例大张轻质补片免固定法 TAPP, 与同期 75 例开放充填式无张力疝修补术进行对比分析。现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 腹腔镜疝修补组(腹腔镜组)58 例, 患者 22~82 岁, 平均(49.2 ± 12.4)岁; 男 50 例, 女 8 例; 其中斜疝 41 例(含复发疝 1 例, 双侧斜疝 2 例),