

上皮内瘤变(中度异型增生)2例,管状腺瘤伴低级别上皮内瘤变(中度异型增生)2例,管状腺瘤伴高级别上皮内瘤变(重度异型增生)1例,绒毛状腺瘤伴高级别上皮内瘤变(重度异型增生)2例,管状绒毛状腺瘤伴高级别上皮内瘤变(原位癌)1例,管状腺瘤伴高级别上皮内瘤变(原位癌)1例,绒毛状腺瘤伴高级别上皮内瘤变(原位癌)1例,绒毛状腺瘤伴黏膜内瘤变(黏膜内癌)2例,中分化管状腺癌(癌变浸润突破黏膜肌层,侵及黏膜下层,切缘见癌组织)1例。完整剥离的13例病变中12例标本切缘及基底部无肿瘤组织残留,1例标本病理示中分化管状腺癌侵及黏膜下层,切缘见癌组织,后追加腹腔镜直肠癌经腹前切除术,ESD完整切除率85.7%(12/14)。ESD操作中未出现无法控制的创面大出血,1例位于升结肠病变,在ESD治疗后7h开始排鲜血便,肠镜见创面处渗血明显,予金属夹、药物止血无显效,急诊行右半结肠切除术。1例病变剥离过程中未发现明确裂孔,术后16h出现发热(最高39.6℃),未出现腹膜炎体征,经保守治疗好转。随访14~28(平均18.6)个月,术后3个月创面基本愈合,随访过程中均未见肿瘤残留和复发。

讨论 ESD能实现较大病变的一次性大块、完整剥离,提供完整的病理诊断资料,明确肿瘤浸润深度、分化程度,评估预后,充分体现微创治疗的优越性。有文献称,直径大于或等于2cm为大息肉^[1]。我们将直径大于或等于3cm的称为巨大息肉,息肉的大小并不是内镜下切除的绝对禁忌证,但息肉越大,安全有效切除的难度就越大。本组资料结果显示,ESD可以对结肠巨大广基息肉进行成功剥离切除。

结直肠黏膜肿瘤细胞浸润不超过黏膜肌层到达黏膜下层时不会发生淋巴道转移。2000年版WHO新分类规定:“结直肠发生的上皮恶性肿瘤,只有那些穿透黏膜肌层,浸润到黏膜下层的才认为是恶性”。这也为ESD治疗提供了理

论支持,因此,完整的病理学诊断是开展ESD的必备条件之一。对切缘阴性的原位癌和黏膜内癌,由于无淋巴转移,内镜下完整切除已足够。本组4例局部癌变病例随访至今未见复发或远处转移。

黏膜下层注射观察抬起征是决定是否行ESD最为有效的判断方法,局部无明显隆起,抬起征阴性者,高度怀疑病变基底部与肌层有粘连或浸润至肌层组织,禁忌行ESD切除。ESD治疗的主要并发症是出血和穿孔,术中出血是导致ESD失败的主要原因^[2]。出现并发症的主要原因是黏膜下注射未能使黏膜层充分抬起,ESD操作中,黏膜下注射液应足量,可反复多次注射,使黏膜层与固有肌层充分分离,始终保持剥离层次在黏膜下层,有助于避免肠穿孔发生。要及时电凝或止血钛夹止血,保持内镜清晰视野,病变完整切除后,再次充分止血,注意不能过度电凝,避免使组织损伤加深,焦痂脱落后引起迟发性出血。ESD过程中发生的穿孔一般较小,术前进行过充分的肠道准备,如术中及时发现穿孔并用止血钛夹夹闭,结合术后保守治疗,一般可以避免外科手术。本组1例病例可能存在未被发现的微小穿孔,经保守治疗好转。结直肠巨大广基息肉ESD治疗后定期肠镜随访非常重要,不仅可以了解内镜治疗效果,病变有无复发,还有助于及时发现新生息肉并给予内镜治疗。

参 考 文 献

- [1] Pérez Roldán F, González Carro P, Legaz Huidobro ML, et al. Endoscopic resection of large colorectal polyps. *Rev Esp Enferm Dig*, 2004, 96(1):36-47.
- [2] Kakushima N, Fujishiro M. Endoscopic submucosal dissection for gastrointestinal neoplasms. *World J Gastroenterol*, 2008, 14(19):2962-2967.

(收稿日期:2011-06-08)

腹腔镜全直肠系膜切除联合经肛门括约肌间切除术 治疗超低位直肠癌

邓建中 彭翔 余思 朱佳成 郭校锡

【关键词】 直肠肿瘤; 腹腔镜手术; 全直肠系膜切除术; 经括约肌间切除术

对于肿瘤下缘距离肛缘小于5cm的超低位直肠癌,以往多采用腹会阴联合切除手术(Miles术),以致部分未扩散转移的早期患者亦丧失肛门功能,给患者造成极大痛苦。2007年

1月至2010年12月,佛山市第一人民医院采用腹腔镜全直肠系膜切除联合经肛门括约肌间切除术(intersphincteric resection, ISR)为12例超低位直肠癌患者进行了保肛手术,效果满意,现报告如下。

一般资料 本组男4例,女8例,年龄35~72(59±11)岁。肿瘤下缘距肛缘3~5(4.3±0.6)cm。肿瘤直径1.5~3.0(2.3±0.6)cm。术前病理:中分化腺癌9例,高分化腺癌2例,类癌1例。术前行新辅助治疗1例。术前MRI均提示肿瘤未侵犯肠外组织,其中2例提示直肠系膜有细小淋巴结。

手术方法 (1)腹腔镜操作:常规采用5孔法,腹腔镜

DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2012.01.027

作者单位:528000 广东省佛山市第一人民医院胃肠外科

通信作者:彭翔, Email:pxiang@fsyyy.com

下完成保留自主神经的标准 TME, 即根部切断肠系膜下动静脉, 清除肠系膜下动脉根部及以下的淋巴结。分离直肠及其系膜至肛提肌水平, 注意保护盆腔自主神经。为了便于会阴部的手术操作, 可继续向下游离直肠并切断肛尾韧带和部分肛提肌, 至耻骨直肠肌后方达肛门外括约肌环上缘。(2) 肛门口操作: 碘伏冲洗直肠肛管, 四周缝牵引线暴露肛管, 肿瘤下方行荷包缝合关闭肠腔。距肿瘤远端 2 cm 环形切开直肠或肛管。切口位置根据肿瘤位置而定, 依次切开直肠或肛管黏膜、黏膜下层、肛管内括约肌全层进入内外括约肌间隙, 然后沿此间隙向盆腔分离, 与腹部分离间隙会合, 经肛门拖出并直视下切除标本, 将标本术中冰冻切片。最后行结肠直肠或肛管吻合。术毕肠腔内放置粗胶管减压。

结果 全组无中转开腹及死亡。肛管内括约肌部分切除术(结肠直肠吻合)10 例, 内括约肌全切除术(结肠肛管吻合)2 例。全组无预防性肠造口。手术历时 210~320(250.0±36.4) min, 出血量 50~300(100.0±64.9) ml。术后住院时间为 9~14(11.4±1.5) d。术后 TNM 分期: I 期 9 例, II A 期 2 例, III B 期 1 例。术后并发症 2 例: 戳口嵌顿疝 1 例, 给予疝松解修补术; 另 1 例术后两周发现直肠阴道瘘, 因瘘口较小未作进一步处理。术后 2 例行辅助放疗。随访 3~51 个月, 中位随访时间为 14.5 个月。全部病例均未发现转移复发。肛门功能: 控粪情况根据 Kirwan 分级, 10 例患者控粪良好(I 级), 2 例患者无法完全控制排气及偶有粪污(II~III 级)。

讨论 ISR 于 90 年代起被应用于超低位直肠癌的保肛治疗^[1]。近几年, 随着腹腔镜技术的发展, 有学者报道, 应用腹腔镜 TME 联合 ISR 治疗超低位直肠癌, 其优势是腹腔操作部分采用腹腔镜来做, 标本从肛门拉出, 经会阴行肠切除

吻合, 腹部无切口, 创伤更小, 更美观, 其微创和保肛的优势更能得到保证^[2-3]。

本组病例行 ISR 病例选择标准与开腹手术类似。我们在临床实践中体会到手术中应注意的几点经验: (1) 需在肠系膜下动脉根部切断血管以保证肠管足够长度而吻合口无张力, 但要注意保护边缘血管弓; (2) 腹腔镜直肠的分离尽可能低, 减少经肛分离的难度。分离至盆底时术者需再次经肛门通过轻柔地触诊评估肿瘤状况, 若发现肿瘤已侵及耻骨直肠肌或外括约肌, 应及时改行腹会阴联合切除, 切忌为了保肛而残留肿瘤; (3) 经肛门切除时为了避免操作过程中肿瘤细胞脱落播散至创面, 可于肿瘤下缘用 7 号丝线作一内荷包缝合关闭远端肠腔; (4) 保证远端切缘距肿瘤 1~2 cm, 切下的标本应送快速冰冻切片, 如切缘(包括远切缘和侧切缘)阳性则应立即改行腹会阴联合切除术; (5) 结肠肛管吻合时, 结肠浆肌层与外括约肌要缝合 4~8 针固定, 可减轻吻合口张力、防止吻合口裂开后肠管回缩。

参 考 文 献

- [1] 王振军, 梁小波, 杨新庆, 等. 经肛门外括约肌间切除直肠癌的直肠癌根治术疗效评价. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(2): 111-113.
- [2] Hamada M, Matsumura T, Matsumoto T, et al. Advantages of the laparoscopic approach for intersphincteric resection. Surg Endosc, 2011, 25(5): 1661-1663.
- [3] Fujimoto Y, Akiyoshi T, Kuroyanagi H, et al. Safety and feasibility of laparoscopic intersphincteric resection for very low rectal cancer. J Gastrointest Surg, 2010, 14(4): 645-650.

(收稿日期: 2011-05-23)

· 医学信息 ·

非甾体类消炎药的使用与胃肠道手术吻合口瘘的风险

吻合口瘘是胃肠道手术的严重并发症, 具有较高的发病率和病死率。非甾体类消炎药(NSAIDs)是镇痛三阶梯用药的一个重要组成部分, 普遍应用于胃肠道手术后的镇痛, 通过抑制炎症反应间接地减少术后疼痛。

NSAIDs 抗炎主要是通过抑制环氧合酶同工酶 COX-1 和 COX-2 发挥作用, COX-1 和 COX-2 是产生前列腺素和血栓素的关键酶。COX-1 在大多数组织中表达, 负责前列腺素和血栓素的产生, 协调机体的正常生理功能; 而 COX-2 在大多数正常组织中检测不到, 但在炎症反应部位能增强前列腺素合成, 并刺激加重炎症反应、疼痛和发热。因此, COX-2 可在吻合口血管内皮细胞、白细胞和肠道黏膜中表达。最近, 综合 PubMed 报道的相关动物实验和临床研究表明, NSAIDs(特别是 COX-2 选择性 NSAIDs)应用于胃肠道手术, 有增加吻合口瘘发生率的不良反应。报道显示, 在累计 882 例患者中, 对照组吻合口瘘的发生率为 1%~4%, 而应用 COX-2 选择性 NSAIDs 的患者吻合口瘘发生率为 15%~21%。

结论: 胃肠吻合术后选择性应用 NSAIDs, 可能会导致吻合口瘘发生率的上升。在胃肠吻合手术中谨慎使用非甾体抗炎药是必要的。

[Rushfeldt CF, et al. Int J Colorectal Dis, 2011, 26(12): 1501-1509. 何勇山摘译 金黑鹰校]