

肠及直肠癌根治切除术相比较,不需另作 4 cm 长的手术切口,手术创伤更小,腹部仅留下 4 个操作孔和 1 个引流管的手术瘢痕,美容效果良好,减少术后患者伤口疼痛、切口感染、疝及肠粘连发生等并发症。与国内外报道的无辅助切口腹腔镜乙状结肠癌及高位直肠癌体外根治切除术不同^[4]。我们联合肠镜直接在腹腔内完成肿瘤及系膜切除与断端肠管吻合,标本经肛门脱出,这样既保证肠管吻合的无张力,又减少肠管脱出对肠管的创伤。我们认为,免腹部辅助切口的腹腔镜乙状结肠直肠癌根治术适用于肿瘤直径小于肛管直径者;肿瘤直径大于肛管直径、系膜肥厚者、肛门口狭窄、肿瘤侵犯直肠周径大于 1/2 或已发生梗阻及盆壁及周围组织有侵犯或远处转移者,不宜采用该术式;手术操作应遵循腹腔镜结直肠癌根治术操作指南(2008 版)^[5]。

对手术操作,我们有如下体会:(1)患者肠道及饮食准备充分,才能减少术中肠管切开后肠内容物污染腹腔;(2)吻合的肠管两端应彻底清除吻合口附近肠系膜、周围脂肪和淋巴组织,有利于切割闭合器离断闭合及吻合器吻合;(3)肠管吻合时肠管及系膜应无张力,保证肠管血运良好;(4)标本脱出之前应充分扩肛,置入标本袋或 TEM 镜壳,以免脱出时挤压标本,从而造成肿瘤细胞脱落种植;(5)术中严格遵循无瘤和无菌原则,切开肠管前在肿瘤上下端用纱布带结扎肠管,防止肿瘤细胞脱落,同时用碘伏灌洗清洁肛门及远端直肠肠腔,吻合后用络合碘稀释液及大量蒸馏水充分冲洗盆腔,保证腹腔内干洁。本组患者术后恢复顺利,无腹腔感染,近期随访无肿瘤转移。我们认为,手术实施要多学科团队协作,良好麻醉使手术更加安全,护士及外科医师配合手术更加流畅顺利,内镜医师参与术中定位更加精准。此外,患者的选择同样不能忽

视,这是影响手术成败的关键因素,因此我们应严格掌握适应证。

我们的研究结果初步显示,免腹部切口腹腔镜联合内镜治疗结直肠肿瘤是具有创新性和安全性术式,符合肿瘤根治原则和无菌原则,符合现代微创外科理念的要求,近期疗效良好,美容效果满意,具有临床实用价值,远期疗效尚需进一步研究证实。

参 考 文 献

- [1] Hara M, Takayama S, Sato M, et al. Laparoscopic anterior resection for colorectal cancer without minilaparotomy using transanal bowel reversing retrieval. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2011, 21:e235-e238.
- [2] Buunen M, Veldkamp R, Hop WC, et al. Survival after laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: long-term outcome of a randomised clinical trial. *Lancet Oncol*, 2009, 10:44-52.
- [3] Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, et al. Randomized trial of laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma: 3-year results of the UK MRC CLASICC Trial Group. *J Clin Oncol*, 2007, 25:3061-3068.
- [4] 孙东辉, 佟伟华. 腹腔镜联合 TEM 器械行腹部无辅助切口结直肠癌体外根治切除术 27 例报告. *中华腔镜外科杂志*, 2011, 4:105-107.
- [5] 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组, 中国抗癌协会大肠癌专业委员会腹腔镜外科学组. 腹腔镜结直肠癌根治术操作指南(2008 版). *中华胃肠外科杂志*, 2009, 3:310-312.

(收稿日期:2012-04-24)

多排螺旋 CT 对回盲部良恶性病变的鉴别诊断

朱江涛 朱建兵 陈光强 张博 蔡武 龚建平

【关键词】 回盲部; 体层摄影术; X 线计算机

回盲部病变常以右下腹痛起病,该部位解剖结构特殊,多种类型病变可累及此区域,因而定性诊断一直是难点^[1]。2008 年 8 月至 2011 年 8 月,苏州大学附属第二医院对 36 例回盲部病变进行多排螺旋 CT 检查,最终结果均经结肠镜或手术病理证实,本研究分析这组病例资料,以期对腺癌和炎

性病变患者 CT 特征进行比较。

一般资料 36 例患者中男 24 例,女 12 例,年龄 23~85 (平均 54)岁。腺癌 17 例,炎性病变 13 例,息肉 3 例,淋巴瘤 1 例,低度恶性胃肠间质瘤 1 例,黏液囊肿 1 例。

检查方法 采用美国 GE 公司的双排 Highspeed CT 及 64 排 Lightspeed-VCT 螺旋 CT 扫描检查。层厚/层间距为 5 mm。患者取仰卧位先行腹盆腔平扫,增强检查使用智能触发技术,行动脉期、静脉期和延迟期三期扫描。使用非离子型碘造影剂碘海醇(300 mgI/ml),剂量 1.5 ml/kg,注射速率 3~4 ml/s。获得的图像传至 ADW4.3 工作站和医院 PACS 系统进行三维重建后处理和分析。增厚肠壁的测量选取局

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2013.01.027

作者单位:215004 苏州大学附属第二医院影像科

通信作者:朱建兵, Email:zeno1839@126.com

表 1 本组回盲部腺癌与炎性病变患者的 CT 特征比较

组别	例数	肠旁脂肪密度增高例数(%)	分层样肠壁例数(%)	淋巴结增大例数(%)	病变厚度 [($\bar{x}\pm s$) mm]	密度[($\bar{x}\pm s$) HU]			
						平扫	动脉期	静脉期	延迟期
炎性病变组	13	7(53.8)	7(53.8)	6(46.2)	11.5±4.0	32.3±6.0	70.1±24.9	76.6±14.1	72.3±15.5 ^a
腺癌组	17	11(64.7)	1(5.9)	13(76.5)	18.7±6.0	38.8±5.1	83.9±16.8	85.4±9.6	85.5±12.5 ^b
<i>t</i> 值		-	-	-	14.192	10.264	3.291	4.106	6.02
<i>P</i> 值		0.711 ^c	0.009 ^c	0.132 ^c	0.001	0.003	0.080	0.052	0.021

注:^a12 例患者有延迟期显像;^b15 例患者有延迟期显像;^c采用 Fisher 精确概率法

部肠壁最厚处,CT 值测量增厚肠壁的实质部位,淋巴结增大定义为淋巴结短轴大于或等于 6 mm^[2]。应用 SPSS 17.0 软件对数据进行单因素方差分析及配对四格表资料的 χ^2 检验。

结果 17 例腺癌病例中,CT 判断有病灶周围淋巴结增大 13 例(13/17,76.5%),而病理证实发生淋巴结转移仅 7 例(7/13,53.8%),其短轴径为(9.9±1.6) mm。炎性病变伴有淋巴结增大者 6 例(6/13,46.2%),其短轴径为(9.0±3.2) mm。腺癌与炎性组增大淋巴结大小相比,两者差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

讨论 多排螺旋 CT 对回盲部疾病的鉴别诊断主要是结合累及肠壁的范围、增厚的程度、强化模式、肠旁脂肪影和淋巴结增大的情况等综合判断^[1,3]。我们认为,肠旁脂肪影对病变的鉴别诊断意义不大,而肠壁分层样改变常呈现为“双晕征”或“靶征”,提示炎性病变可能大。本研究发现,腺癌组增厚肠壁的强化特点为延迟强化明显,与炎性病变组比较有统计学意义,出现这种强化特征及模式,或许与后者肠壁水肿有关,而恶性病变增厚的肠壁主要为实质性肿瘤组织,肿瘤组织内部血供更为丰富^[4]。

参照胃癌淋巴结转移的标准以淋巴结短轴大于或等于 6 mm 作为异常标准,我们还发现良恶性病变均可引起淋巴结增大,累及比率两者差异无统计学意义,回盲部腺癌组的肠旁淋巴结增大并不意味着癌灶转移。根据淋巴结的大小,我们难以区分增大淋巴结是否为转移淋巴结,也无法为鉴别病变的良恶性提供依据。

结合我们的临床经验,回盲部病变的定性诊断应注意以下几点:(1)恶性病变累及范围局限,而良性病变常呈节段性;(2)恶性病变的肠壁多为偏心不规则增厚,尤其是大于 20 mm 的病灶;良性病变呈对称性增厚;(3)病变肠段多呈“截断”征象,缺乏与周围正常解剖结构的平滑过渡;良性病变过渡自然、柔和;(4)恶性病变增强检查延迟期依然强化明显,CT 值高于同区域动脉期、静脉期的测量值;良性病变则发生延迟期 CT 值下降;(5)病变肠壁分层样改变是良性病变的可靠征象。

参 考 文 献

[1] Hoeffel C, Crema MD, Belkacem A, et al. Multi-detector row CT:spectrum of disease involving the ileocecal area. Radiographics, 2006,26:1373-1390.
 [2] Chen CY, Hsu JS, Wu DC, et al. Gastric cancer: preoperative local staging with 3D multi-detector row CT--correlation with surgical and histopathologic results. Radiology, 2007,242:472-482.
 [3] 沈敏,曾蒙苏,康建平,等.多排螺旋 CT 多平面及曲面重组对回盲部病变的诊断价值.临床放射学杂志,2011,30:1017-1020.
 [4] Purysko AS, Remer EM, Filho HM, et al. Beyond appendicitis: common and uncommon gastrointestinal causes of right lower quadrant abdominal pain at multidetector CT. Radiographics, 2011,31:927-947.

(收稿日期:2012-01-09)

·编者·作者·读者·

本刊文稿中作者姓名撰写的要求

在文题下按序排列,排序应在投稿前由全体作者共同讨论确定,在编排过程中不应再作改动,确需改动时必须出示单位证明。作者单位名称(写出所在科室)及邮政编码脚注于首页左下方,并注明通信作者的电子邮箱。作者应具备的条件是:(1)参与选题和设计,或参与资料的分析与解释者;(2)起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者;(3)能对编辑部的修改意见进行核修,在学术界进行答辩,并最终同意该文发表者。以上 3 条须同时具备。仅参与获得资金或收集资料者不能列为作者,仅对科研小组进行一般管理也不宜列为作者。对文章中的各主要结论,均必须至少有 1 位作者负责。作者中如有外籍作者,应附外籍作者亲笔签名同意在该刊发表的函件。集体署名的文章于题名下列署名单位,于文末列整理者姓名,并须明确该文的主要责任者,在论文首页脚注通信作者姓名、单位、邮政编码及电子邮箱。通信作者只列 1 位,由投稿者确定。如需注明协作组成员,则于文末参考文献前列出协作组成员的单位及姓名。