

· 短篇论著 ·

无腹部辅助切口腹腔镜改良经肛门结肠肛管吻合术治疗超低位直肠癌的临床疗效

黄勇波 张成雷 洪新凯 王和鑫 谢虹桥 陈土明 吴超群 罗毅 何梓源 邓小细

【摘要】目的 探讨无腹部辅助切口的腹腔镜下改良 Parks 术治疗超低位直肠癌的可行性、安全性和疗效。**方法** 回顾性分析 2008 年 3 月至 2014 年 10 月间在广东省湛江中心人民医院接受无腹部辅助切口的腹腔镜下改良 Parks 手术的 44 例超低位直肠癌(肿瘤下缘距肛缘 2.5~5.0 cm)患者的临床资料。**结果** 全组 44 例患者均顺利完成手术,无围手术期死亡病例,术后并发症发生率为 11.4% (5/44),其中吻合口瘘 2 例,吻合口狭窄 2 例,炎性肠梗阻 1 例,均经保守治疗后好转。术后随访 12~73(平均 20)月,期间局部复发 2 例(4.5%),肝转移 1 例(2.3%)。与术前 1 周相比,术后 1 月患者的控粪能力明显下降($P < 0.01$);至术后 6 月时,患者排粪控制可恢复至术前 1 周水平($P > 0.05$)。**结论** 无腹部辅助切口的腹腔镜下改良 Parks 术治疗超低位直肠癌安全可行,符合肿瘤根治和肛门功能并重的治疗理念。

【关键词】 直肠肿瘤,超低位; 改良经肛门结肠肛管吻合术(Parks 术); 腹腔镜; 控粪功能

超低位直肠癌是指距肛缘 5 cm 以内的直肠癌,传统采用腹会阴联合切除术,但需要切除肛门行永久结肠造口^[1]。近年来,随着结直肠外科基础理论研究、腹腔镜技术及手术器械的迅速发展,直肠癌保肛手术适应证不断拓宽,使患者在治疗肿瘤的同时保留了肛门的主要功能,大大提高了超低位直肠癌患者的生活质量^[2]。作为一种保肛术式,改良经肛门结肠肛管吻合术(Parks 手术)不仅无需行常规结肠造瘘,而且由于保留了约 3 cm 的直肠肛门肌管,能形成一定的直肠反射,从而有效改善了术后排粪功能^[3]。广东省湛江中心人民医院自 2008 年 3 月起采用无辅助切口腹腔镜改良 Parks 手术治疗超低位直肠癌,至 2014 年 10 月已成功完成 44 例,疗效满意,现报道如下。

一、资料与方法

1. 一般资料:病例入选标准:(1)病理证实为直肠癌,预计肿瘤可以根治性切除,患者保肛愿望强烈;(2)肿瘤下缘距肛缘 2.5~5.0 cm;(3)术前直肠腔内超声及盆腔磁共振提示肿瘤未侵犯肛管直肠环;(4)肛门括约肌功能正常;(5)无远处转移。本组 44 例入选病例男 28 例,女 16 例;年龄 32~

76(平均 55.2)岁。肿瘤下缘距肛缘 2.5~5.0(平均 3.6) cm。肿瘤直径 1.0~4.0(平均 3.1) cm。肿瘤大体类型:溃疡型 21 例,浸润型 12 例,肿块型 11 例;组织学分型:管状腺癌 24 例,乳头状腺癌 12 例,绒毛状腺瘤癌变 6 例,黏液腺癌 2 例;分化程度:高分化 14 例,中分化 24 例,低分化 6 例。术前临床分期:I 期 4 例,II 期 9 例,III 期 17 例,IV 期 14 例;其中 II~IV 期者术前行 FOLFOX 化疗(氟尿嘧啶 500 mg+亚叶酸钙 200 mg+奥沙利铂 150 mg)。

2. 手术方法:采取改良截石位,头低脚高,向右倾斜。于脐上缘放置直径 10 mm 套管行腹腔镜探查,右锁骨中线与两髂前上棘连线交点下方 1 cm 置 5 mm 套管作为主操作孔,左、右锁骨中线平脐点及耻骨结节上一横指分别置 5 mm 套管作为辅助操作孔。腹腔镜组行肠系膜下动脉根部血管切断,裁剪乙状结肠系膜,根据预切断的位置裸化系膜直至肠壁。行保留盆腔自主神经的全直肠系膜切除术(total mesorectal excision, TME),向下锐性游离直肠到达肛提肌平面和肛门外括约肌上缘水平。会阴组充分扩肛门后将肛管与周围皮肤作放射状缝合以牵开肛门,肿瘤下缘缝一荷包收紧打结作关闭肠腔并作为牵引,直视下超声刀距肿瘤远端 1~2 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、肛门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至肛提肌,与腹部会师,见图 1a。将离断并游离的直肠经肛门拖出,距肿瘤 10~15 cm 处切断乙状结肠,整块去除标本,见图 1b。结肠拖出与肛管残端对齐,以吸收线手工间断缝合结肠肛管,见图 1c。置入小儿螺纹管以支撑结肠肛管吻合口,完成吻合,见图 1d。1 500 ml 蒸馏水冲洗腹腔,经右下腹主操作孔留置腹腔引流管 1 根于盆底,排尽积气,关闭操作孔切口。术后胃肠减压 3 d 左右,拔出胃管后即进食流汁并逐渐过渡到半流饮食。做好会阴部的护理,保持局部清洁,5~7 d 拔出螺纹管。肛周皮肤外擦氧化锌保护,1 个月后做提肛锻炼。

3. 术后随访:术后通过门诊复查、电话咨询以及家访等方式定期进行随访,记录患者复发及死亡情况,并对患者控粪功能进行评价:控制良好为优,无法控制排气或偶然粪污为良,完全排粪失禁评估为差。

4. 统计学方法:采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析,计数资料以率表示,其比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2017.01.023

作者单位:524000 广东省湛江中心人民医院普通外二科

通信作者:黄勇波, Email: hyb2000hyb@163.com

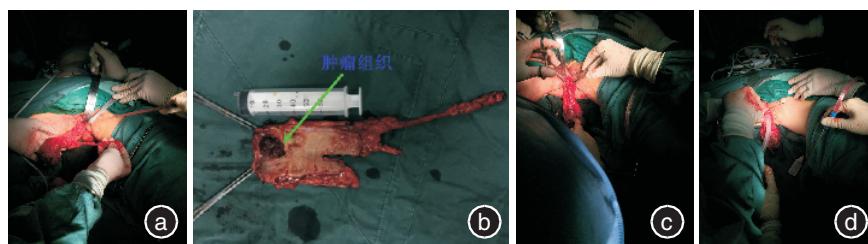


图1 腹腔镜改良 Parks 手术会阴部操作图片 a.于肿瘤下缘1~2 cm超声刀环形切开直肠全层,与腹部会师,自肛门脱出直肠及根部切断的肠系膜下动脉(No.253组淋巴结);b.自肛门取出的整块手术标本;c.近端结肠浆肌层与肛管断端全层间断缝合;d.于直肠腔内置入螺纹管以支撑吻合口

二、结果

本组44例超低位直肠癌患者经患者同意后无一例行预防性回肠或结肠造口,均成功实施了无腹部辅助切口的腹腔镜下改良 Parks 术。其中11例术中发现肿瘤距齿状线仅0.5~1.5 cm,行冰冻切片证实均无肿瘤残留。全组手术时间(162.3 ± 24.5) min,术中出血量(112.4 ± 33.2) ml,术后肛门排气时间(3.3 ± 0.7) d。全组无围手术期死亡病例,术后并发症发生率为11.4% (5/44),其中吻合口瘘2例(4.5%),吻合口狭窄2例(4.5%),炎性肠梗阻1例(2.3%),均经保守治疗后好转。术后病理分期:I期6例,IIA期5例,IIIB期9例,IIIC期14例。

全部病例术后均获随访,随访时间12~73(平均20)月。术后早期患者排粪次数较多,少部分患者甚至每天10余次。与术前1周相比,术后1月患者的控粪能力下降;至术后6月时,患者的排粪感觉逐渐接近术前水平,排粪控制良好,粪便成形,夜间内裤无粪便污染,与术前1周相比,差异无统计学意义。见表1。

表1 本组44例超低位直肠癌患者手术前后排粪功能评估结果

评价时间	排粪功能[例(%)]			χ^2 值	P值
	优	良	差		
术前1周	23(52.3)	20(45.5)	1(2.3)	-	-
术后1月	14(31.8)	10(22.7)	20(45.5)	22.713	0.000
术后6月	25(56.8)	17(38.6)	2(4.5)	2.372	0.305

随访期间,1例(2.3%)患者于术后6月发现肝转移,其手术标本病理检查提示前列腺膜受累。局部复发2例(4.5%),分别为术后10月吻合口复发和术后17月盆腔复发,行腹会阴联合直肠癌根治术。

三、讨论

Parks 手术于1966年应用在临床,其手术操作难度大,术后并发症较多,肛门控粪功能差,究其原因在于缺乏排粪时的直肠反射;经过改进后逐步衍生出结肠储袋和改良 Parks 等术式^[4]。然而,双吻合器下结肠储袋成形费用高昂,难以得到推广。改良 Parks 手术保留了约3 cm的直肠肛门肌管,能形成一定的直肠反射,且手术费用偏低,易于临床推广。改良 Parks 术的手术原则是根治性切除直肠肿瘤和彻底清扫腹盆腔淋巴结,同时保留肛门控粪功能,提高患者生活质量^[3]。常规腹腔镜下切除手术需要在腹壁处做一约5 cm

的切口,在此切口外完成部分手术操作。而改良 Parks 手术在经腹切断肿瘤近端的乙状结肠后,可将包括肿瘤在内的远端直肠从肛门拖出,经肛门完成肿瘤肠段的切除以及肠管的手工吻合,创口更小。

本组44例超低位直肠癌患者采用无辅助切口的腹腔镜改良 Parks 手术,患者术中情况良好,肿瘤无残留,且无围手术期死亡和术后排粪失禁病例。术后6月随访显示,患者的排粪感觉逐渐接近术前水平,控粪能力增强。然而,改良 Parks 手术仍然存在吻合口瘘和吻合口狭窄等并发症的发生风险^[5]。本组吻合口瘘和吻合口狭窄发生率均为4.5%。为改善术后控粪功能并降低术后吻合口并发症的发生风险,我们体会应注意以下几点:(1)行术前肠道准备以减少术后肠道感染;(2)术中确保近端结肠的血供和远端直肠肠壁肌层的完整性;(3)术后通畅引流;(4)吻合口应要在齿状线上方至少1 cm,以保留神经感受器,保证术后肛门控粪功能的恢复;(5)术后加强肛门功能锻炼有助于促进肛门控粪功能的恢复;(6)结肠肛管吻合后将麻醉机使用的小儿螺纹管置于肠腔内,用以支撑吻合口并起到肛管排气排粪作用,亦为防止吻合口瘘之措施之一。术后随访12~73月,仅2例出现局部复发,1例出现远处转移,肿瘤学疗效满意。

参 考 文 献

- [1] 马磊,丁克,刘广余,等.经肛门括约肌间切除术治疗超低位直肠癌根治效果及术后肛门功能观察[J].中华胃肠外科杂志,2015,18(7):688-692.
- [2] Chojnacki M, Borowski D, Wielgó M, et al. Postpartum levator ani muscle injuries. Diagnosis and treatment [J]. Ginekol Pol, 2015,86(1):67-71.
- [3] Biondo S, Trenti L, Kreisler E. Distal third rectal cancer: intersphincteric anterior resection with manual anastomosis using the techniques of Parks or Turnbull-Cutait [J]. Cir Esp, 2014,92Suppl 1:13-20.DOI: 10.1016/S0009-739X(14)70004-1.
- [4] 刘彦,卢晓明,牛彦峰,等.腹腔镜经肛门结肠肛管吻合在低位直肠癌保肛手术中的应用[J].中华胃肠外科杂志,2013,16(8):727-729.DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2013.08.008.
- [5] 吴超,汪全新,卢晓明.腹腔镜改良经肛门结肠肛管吻合术切除低位直肠癌的临床疗效分析[J].临床外科杂志,2016,24(6):437-439.

(收稿日期:2016-07-15)

(本文编辑:汪挺)