

# 低位直肠癌术式的选择及其疗效评价

熊治国<sup>1</sup>,张克亮<sup>1</sup>,夏和顺<sup>2</sup>

Comparison of Local Recurrence Rate and Livability of Low Rectum Cancer after Operation

XIONG Zhi-guo<sup>1</sup>,ZHANG Ke-liang<sup>1</sup>,XIA He-shun<sup>2</sup>

1. Dept. of General Surgery and Urology, Hubei Cancer Hospital, Wuhan 430079, China;2. Dept. of Pathology

**Abstract :Objective** To compare local recurrence rate (LRR) and 5-year livability of three different operations on low rectum cancer with or without anal sphincter preservation and to discuss the choice among them three. **Methods** The history of 254 patients with low rectum cancer was collected and divided into three groups depending on the method of surgical treatment. Study their LRR and 5-year livability retrospectively. **Results** Local excision group, 32 patients; Dixon with Total Mesorectal Excision (TME) group, 192 patients; Miles with TME group, 30 patients. The total rate of anal sphincter preservation is 88.2 % (224/254), and the LRR of tumor in group 1 is 15.0 % with 5 recurrent cases in 2 years and 100 % 5-year livability; 16.7 % in group 2 with 32 recurrent cases and 75.5 % 5-year livability, 20 % in group 3 with 6 recurrent cases and 47.7 % 5-year livability. There is no statistic difference between their LRR ( $P>0.05$ ). **Conclusion** We choose different operation method according to the size of the tumor, pathologic style and the Duke stage of the low rectum cancer. Operations with anal sphincter preservation were chosen in most cases. Miles is no longer the have-to-do operation on patients with low rectum cancer.

**Key words :** Low rectum cancer ;Surgical ;treatment

**摘 要:**目的 比较保肛与非保肛的几种低位直肠癌手术后局部复发率及 5 年生存率的差异,探讨术式的选择。方法 收集我院 1994-2000 收治 254 例低位直肠癌病例资料,按局部切除术、TME + Dixon 术、TME + Miles 术分成三组,对其术后局部复发率及 5 年生存率进行回顾性分析。结果 局部切除组 32 例,行 TME + Dixon 术 192 例,TME + Miles 术 30 例,总手术保肛率 88.2 % (224/254)。其中局部切除术 2 年内局部复发 5 例,复发率 15.6 %,5 年生存率 100 %;TME + Dixon 术组 2 年内局部复发 32 例,复发率 16.7 %,5 年生存率 75.5 % (145/192);TME + Miles 术组 2 年内局部复发 6 例,复发率 20 %,5 年生存率 46.7 % (14/30)。三组病例的 2 年局部复发率接近,统计学数据显示无显著性差异 ( $P>0.05$ )。结论 对病例下缘距肛缘 3-7cm 的低位直肠癌可根据病灶大小、病理类型及 Dukes 分期等把握术式选择的适应症,保肛术式为首选,Miles 术应视为最后的选择。

**关键词:**低位直肠癌;术式;疗效

中图分类号:R735.3<sup>+</sup>7;R730.56 文献标识码:A 文章编号:1000-8578(2005)07-0425-02

## 0 引言

随着人们对直肠癌生物学特性认识的深化及淋巴引流理论的更新、规范化的手术操作、吻合器应用技术的提高,使保肛手术的适应症不断扩大。本文收集我院 254 例病灶下缘距肛缘 3 ~ 7cm 的低位直肠癌病历资料,根据外科治疗术式的不同,将其分成局部切除术组、Dixon + TME 术组、Miles + TME 术组,并对其治疗效果及预后进行分析对比,据此探讨直肠癌外科治疗的术式选择。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院低位直肠癌病历资料 254 例,其中男 135 例,女 119 例,年龄 22 ~ 84 岁,中位年龄 52 岁,肿瘤均在腹膜反折以下(距肛缘 3 ~ 7cm)。各种术式的临床分期及病理类型见表 1、2。

1.2 方法 本组 254 例病历资料中行局部切除的 32 例均属早期癌,均位于黏膜和黏膜下层的病变,其临床适应症应符合:(1)肿瘤直径小于 3cm;(2)占

表 1 各术式的病理类型(例,%)

术式	例数(n)	高分化	中分化	低分化	其他
局部切除	32	26(81)	4(13)	0(0)	2(6)
Dixon + TME	192	47(24)	113(59)	28(15)	4(2)
Miles + TME	30	3(10)	18(60)	8(27)	1(3)

收稿日期:2004-09-21;修回日期:2005-05-16  
作者单位:1. 430079 武汉,湖北省肿瘤医院腹泌外科,  
2. 病理科

表 2 各术式的临床分期(例, %)

术式	例数 (n)	DUCKS 分期			
		A	B	C	D
局部切除	32	20(61)	12(39)	0(0)	0(0)
Dixon + TME	192	10(5)	105(54)	73(39)	4(2)
Miles + TME	30	0(0)	2(7)	22(70)	6(23)

肠壁 1/4 以内; (3) 指诊时肿瘤活动良好; (4) 组织学类型好, 分化为高中分化程度, 肿瘤大体类型为隆起型或盘状型。32 例采用经括约肌术式, 手术要求切除肿瘤边缘 2cm, 术中快速病理学检查, 了解切缘有无肿瘤残余, 局部应用可吸收羊肠线缝合应用凡士林包裹纱布卷填充直肠压迫止血, 术后禁食 3~5 天, 拔除纱布, 其中有 4 例病理检查为中分化腺癌者术后补充放疗, 巩固疗效。TME + Dixon 术组的 192 例属进展期直肠癌, 术中在进行吻合前, 自会阴部放置引流管, 避免吻合后放置引流管因操作不慎损伤吻合口, 同时保证自下而上引流通畅。Miles + TME 术组中有 2 例行肝转移灶切除; 4 例累及邻近器官, 行相应扩大手术。6 例为局部复发二次手术。

## 2 结果

254 例中 224 例行保肛手术, 手术保肛率 88.2 % (224/254)。各术式的手术治疗结果, 并发症及随访情况见表 3, 随访时间 15~60 月, 因复发或转移, 并发症死亡 11 例。

表 3 各种术式的治疗结果

术后	例数	有效治疗	无效治疗			总数
			局部复发	远处转移	吻合口漏	
局部切除	32	27	5(0)	0	0	5
TME	192	155	32(2)	5(3)	23(1)	37
Miles	30	20	6(2)	4(3)	0	10

对于上述结果进行  $\chi^2$  检验, 局部复发率无显著差异 ( $\chi^2 = 0.249, P = 0.883, P > 0.05$ ), 有效治疗 ( $\chi^2 = 3.68, P = 0.159, P > 0.05$ ), 结果之间无显著差异, 这与病例的选择有关。

## 3 讨论

直肠癌是我国常见恶性肿瘤之一, 在直肠癌中有 3/4 的病变位于腹膜反折平面以下, 这是我国直肠癌的一大特点。随着对直肠癌浸润及转移规律研究的深入, 已证实中低位肠癌行保肛手术可以达到 Miles 术相同的根治范围。本文回顾分析 1994~2003 收治 254 例低位直肠癌, 行保肛手术 224 例, 保肛率 88.2 %, 其局部复发与行 Miles 术 30 例者相近, 说明保肛不是治疗后复发原因, 控制局部复发关键在于遵循 TME 原则。本文 192 例中遵循此原则获得良好的治疗效果, 两年局部复发率 21.9 %, 与 Miles 术的 20 % 相比, 差异无显著性 ( $P > 0.05$ )。并非所有直肠肿瘤均可作保肛手术, 如

巨大肿瘤肠外广泛浸润转移肛管癌, 盆腔过分狭小, 特别是肥胖, 复发性肿瘤等情况, 是保肛手术的禁忌或妨碍保肛手术的应用。本文 30 例 Miles 手术中有 2 例属 Dukes B 期, 由于其特别肥胖、骨盆狭小, 无法完成保肛手术, 选择 Miles 术。

直肠肿瘤的局部切除不失为保肛手术的一种方法。它虽然不是直肠切除, 但是避免了开腹手术的创伤, 由于他不能切除引流淋巴, 在病理分期和手术彻底性上存在缺陷, 必须严格掌握手术指征, 根据直肠黏膜无淋巴引流和黏膜下病变淋巴播散的概率小于 10 % 的特点, 目前认为选用局部切除必须符合医学条件<sup>[1]</sup>: 病变局限于黏膜或黏膜下层, 临床检查肿瘤活动无基底浸润; 隆起型或浅表溃疡型; 直径 3cm; 肿瘤距肛缘 7cm; 组织学检查肿瘤分化良好或中等, 且无血管、淋巴管和神经周围的浸润。对于术后病理证实浸润至黏膜下层的病例补充局部放疗, 病理提出肌层有浸润的病变则应行直肠根治性切除, 术后定期随访至为重要, 出现局部复发即行根治性切除。本文 32 例病历资料的中位年龄较大, 定向分化程度高。Dukes 分期在 A、B 期遵循此原则, 术中切除肿瘤后, 快速病理切片, 有 5 例切除至深肌层但边缘无肿瘤残余, 仅 7 例局部复发, 再次行直肠根治性切除术, 5 年生存率 100 %。

对保肛手术的病人需要严格把握适应症, 如对远切缘有怀疑的可作术中快速, 病理学检查以确证无肿瘤残留, 反之或发现盆底腹膜有播散者可改行 Miles 术, 术中应强调三化一保: 即血管的骨骼化; 清除臀大肌筋膜达到肌化和盆筋膜脏层的完整化; 防止系膜肿瘤细胞的脱落种植; 尽量保存盆腔的自主神经。同时, 要注意吻合漏的发生和治疗, 术中充分保证肠吻合无张力, 必要时可游离结肠脾曲, 保证引流管的通畅。吻合前自会阴部放好引流管。本文 192 例中有 29 例出现吻合口漏, 占 15.2 %。明显高于其他报道的 6.7 %。但本科全采取引流管经骶前会阴部引出, 将吻合口至于腹腔外, 一量发生吻合漏, 可行局部冲洗、禁食及保守治疗, 仅 1 例出现盆腔感染死亡, 其余均痊愈。对保肛手术的病人应进行肛门检查及全身检查, 及时发现有无局部复发的征象。总的来说, 对每个患者应进行个体化分析, 根据患者的年龄, 全身情况, 肿瘤所在的部位, 浸润的程度, 恶性程度等全面考虑是否可作保肛手术。肿瘤所在直肠的长度不是保肛的唯一指征。

## 参考文献:

- [1] 郁宝铭. 直肠癌手术方式的变迁及改进[J]. 大肠肛门外科学杂志, 2001, 7(1): 1-3.

[编辑校对: 周永红]