

低位直肠癌手术并发症的原因分析及处理

朱正德¹, 丁汉军¹, 王建军¹, 龚明敏¹, 张克亮²

关键词: 低位直肠癌; 手术; 并发症

中图分类号: R735.3 文献标识码: B

文章编号: 1000-8578(2007)10-0796-02

0 引言

近年来保留盆腔自主神经 (pelvic autonomic nerve preservation, PANP) 全直肠系膜切除术 (total mesorectal excision, TME) 原则的引入, 以及直肠癌浸润转移规律的进一步认识和吻合器械的发展, 直肠癌的保功能手术得到不断完善和发展, 手术并发症发生率逐年递减^[1-3]。1994 ~ 2006 年间, 我院对 424 例直肠癌患者施行手术治疗, 诊治过程中处理了 10 例手术并发症, 现就其发生原因及处理进行讨论分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 424 例, 男 252 例、女 172 例, 年龄 25 ~ 84 岁, 平均年龄 53 岁。肿瘤距肛缘 3 cm 以内 131 例, 3 ~ 5 cm 107 例, 5 ~ 7 cm 186 例。术前均经病理证实为直肠癌。腺癌 228 例, 黏液腺癌 158 例, 未分化腺癌 29 例, 鳞癌 9 例。行 Miles 手术 168 例, Dixon 手术 256 例。其中应用吻合器技术施行 203 例手术。

1.2 并发症 11 例出现手术并发症, 占 2.59%, 其中 Miles 手术 7 例, Dixon 手术 4 例, 吻合器吻合 3 例, 手工缝合吻合 1 例。其中骶前出血 1 例, 前列腺出血 1 例, 采用 ZT 胶注射取得了成功。输尿管损伤 1 例, 采用输尿管吻合后治愈。直肠阴道瘘 1 例, 再次手术治愈。吻合口漏 1 例, 经充分引流治愈。排尿功能障碍 3 例。性功能障碍 3 例。

2 讨论

2.1 吻合器技术并发症 本组近几年来应用吻合器技术施行 203 例手术, 吻合口漏 1 例 (0.49%), 主要原因有: (1) 吻合器操作不规范; (2) 荷包缝合时缝入过多的肠壁。故术前应熟练掌握吻合器技术, 应清除肠壁的脂肪, 以便使肠壁全层进入吻合器内, 避免吻合不完全预防吻合口漏, 应加强缝合吻合口, 充分减轻吻合口张力, 肛门充气试验检查吻合口有无渗漏。经会阴部途径于骶前通畅引流, 引流路径短, 效果好。盆腔引流管常规放置 9 ~ 12 天^[4]。

2.2 术中大出血 主要原因为骶前出血, 损伤髂总静脉或前列腺。骶前静脉丛出血常因未进入正确解剖层次用钝性分离或直肠癌侵犯全层及骶前而强行分离所致^[5]。术中游离直肠后壁要用电刀在骶前间隙的疏松结缔组织内锐性分离。本组 1 例骶前出血, 术中立即用纱布压迫出血部位, 吸除盆腔内积血以改善显露, 采用 ZT 胶注射的方法取得了成功。术中损伤前列腺所致出血, 常规电凝及缝扎加重出血, 用热盐水纱布压迫后, 再用 ZT 胶效果良好。

2.3 尿路损伤 直肠癌肿块易侵犯周围邻近组织器官, 如输尿管、膀胱、尿道等, 术中易损伤尿路, 尤其是男性骨盆狭窄^[6]。为避免损伤, 术前尽量明确肿瘤浸润的程度, 做静脉肾盂造影以了解输尿管的位置及其变化; 术中应仔细探查确认输尿管, 并追踪输尿管至直肠侧韧

带切断处; 术中操作要小心, 要在直视下止血, 避免大块结扎。术中注意有无手术野渗尿或输尿管扩张, 检查输尿管的完整性。本组 1 例术中发现部分输尿管撕裂伤, 及时行输尿管端端吻合术, 置入输尿管支架两周得以治愈。

2.4 直肠阴道瘘 直肠阴道瘘的发生原因与预防: (1) 术中解剖层次欠清晰, 损伤阴道后壁, 且邻近有吻合口瘘发生, 造成直肠阴道瘘。这要求术中应仔细分离直肠阴道间隔, 解剖关系清楚, 操作轻柔, 避免阴道后壁的损伤; 在吻合完成后, 行肛门充气试验检查吻合是否满意, 如有欠缺, 加以修补。(2) 在吻合时, 缝合针或吻合钉穿过阴道后壁, 从而使阴道直肠相通, 引发直肠阴道瘘。术中吻合要在直视下进行, 避免对阴道后壁的损伤。使用吻合器时, 应将远近端肠管拉直, 并使之有一定的张力, 避免周围组织进入。(3) 手术中未能严格按照无菌原则操作, 造成盆腔感染, 加之阴道后壁分离过薄, 引流管引流不畅, 从而导致直肠阴道瘘^[7]。

2.5 性功能障碍及排尿功能障碍 正常人排尿、性功能受 T11 ~ L2 交感神经和 S2 ~ 3 副交感神经构成的盆丛发出的分支神经所支配, 神经分支受损可能出现排尿或性功能障碍。TME 技术要求在直视下沿解剖间隙锐性分离直肠周围, 避免钳夹、结扎, 这样解剖层次清晰, 一方面预防肿瘤细胞的脱落、残留和复发, 另一方面可有效地避免损伤直肠固有筋膜、骶前筋膜、下腹神经、盆丛神经丛以及输尿管结构, 预防术中骶前静脉丛的出血或术后性功能以及排尿功能障碍^[8]。

参考文献:

[1] Wibe A, Syse A, Andersen E, et al. Oncological outcomes after total mesorectal excision for cure for cancer of the lower rectum: anterior vs. abdominoperineal resection [J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(1): 48-58.

[2] Bretagnol F, Rullier E, Laurent C, et al. Comparison of Functional results and quality of life between intersphincteric resection and conventional coloanal anastomosis for low rectal cancer [J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(6): 832-838.

收稿日期: 2007-06-14; 修回日期: 2007-08-21

作者单位: 1. 441000 湖北省襄樊市第一人民医院肛肠外科; 2. 湖北省肿瘤医院 泌尿外科

作者简介: 朱正德 (1954-), 男, 本科, 副主任医师, 主要从事肛肠外科的临床研究

- [3] Marr R, Birbeck K, Garvican J, et al. The modern abdominoperineal excision: the next challenge after total mesorectal excision. [J]. Ann Surg, 2005, 242(1): 74-82.
- [4] Corman ML. 结肠与直肠外科学[M]. 吕厚山, 译. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 705.
- [5] 任予, 石景森, 陈武科. 直肠癌切除术中的骶前大出血[J]. 现代肿瘤医学, 2005, 13(5): 677-682.
- [6] Law WL, Chu KW. Impact of total mesorectal excision on the results of surgery of distal rectal cancer. [J]. Br J Surg, 2001, 88: 1607-1612.
- [7] Daniels IR, Woodward, Taylor FG, et al. Female urogenital dysfunction following total mesorectal excision for rectal cancer [J]. World J Surg Oncol, 2006, 10: 4-6.
- [8] Kim NK, Aahn TW, Park J K, et al. Assessment of sexual and voiding function after total mesorectal excision with pelvic autonomic nerve preservation in males with rectal cancer [J]. Dis Colon Rectum, 2002, 45(9): 1178-1185.
- [编辑: 贺文; 校对: 周永红]

(上接第 791 页)

- [3] Garcia-Vilanova Comas A, Garcia Comas A, Fuster-Diana E, et al. Prognostic value of the interpectoral lymph nodes in breast cancer. A 20-year survival study [J]. Clin Transl Oncol, 2006, 8(2): 108-118.
- [4] Vrdoljak DV, Ramljak V, Muzina D, et al. Analysis of metastatic involvement of interpectoral (Rotter's) lymph nodes related to tumor location, size, grade and hormone receptor status in breast cancer [J]. Tumori, 2005, 91(2): 177-181.
- [5] Komenaka IK, Bauer VP, Schnabel FR, et al. Interpectoral nodes as the initial site of recurrence in breast cancer [J]. Arch Surg, 2004, 139(2): 175-178.
- [6] 李涛, 谢尚闹, 邓炳初, 等. 乳腺癌胸肌间淋巴结存在率及阳性率的临床分析 [J]. 中国肿瘤临床, 2003, 30(8): 564-566.
- [7] Recht A, Gray R, Davidson NE, et al. Locoregional failure 10 years after mastectomy and adjuvant chemotherapy with or without tamoxifen without irradiation: experience of the Eastern Cooperative Oncology Group [J]. J Clin Oncol, 1999, 17(6): 1689-1700.
- [编辑校对: 贺文]

(上接第 792 页)

胞与内皮细胞黏附。近年来研究表明, 许多 CD4⁺ CD25⁺ T 调节细胞 (Treg) 在机体免疫耐受的产生和维持中起重要作用, Treg 通过细胞接触方式释放抑炎性细胞因子 (主要是 IL-10 和 TGF- β 1) 而抑制自身反应性 T 细胞、巨噬细胞以及自然细胞的活化。许多自身免疫性疾病存在 Treg 数量和 (或) 功能的改变, 同时 Treg 还调节着肿瘤、移植和感染等免疫炎症反应。由于癌症局部及压迫周围组织引起反应性炎症、水肿, 致使压迫痛神经组织引起疼痛, 而辛伐他汀可能是改善癌组织及周围炎症, 使炎症减轻, 降低疼痛组织压迫。而这一抗炎作用是甾体及非甾体类药物所不具备的。

从本组资料观察吗啡控释片联合尼莫地平片、辛伐他汀片治疗中、重度癌痛显效率比单用吗啡控

释片明显增高, 两者差异有统计学意义, 表明三者联用对癌性疼痛有较好的协同治疗作用, 且安全系数高, 无成瘾性。

参考文献:

- [1] 李彦平, 赵欣. 实用疼痛治疗 [M]. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 227.
- [2] Stanitillan R, Maestre JN, Hurlle MA, et al. Enhancement of opiate analgesia by nimadipine in cancer patients chronically treated with morphine: a preliminary report [J]. Pain, 1994, 58(1): 129-136.
- [3] 杨宝峰, 苏定冯. 离子道通概论及钙通道阻滞药. 药理学 [M], 全国高等学校教材. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 203-207.

[编辑校对: 贺文]