

低位直肠癌保肛手术对老年直肠癌患者的疗效评价

阳君武

(衡阳市第一人民医院普外科,湖南 衡阳 421002)

【摘要】 目的 探讨低位直肠癌保肛手术和Miles手术治疗老年直肠癌中的方法及疗效。方法 分析我院收治的80例直肠癌患者资料,采用随机数字表法平均分为两组,实验组40例,行低位直肠癌保肛手术;对照组40例,行Miles手术。治疗后随访5年,比较两组患者治疗后的排便功能恢复情况、术后并发症以及局部复发率、远处转移率和1年、3年、5年生存率。结果 随访期间两组内比较,治疗后患者排便功能恢复均优于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$);两组间比较,治疗后实验组患者的排便功能恢复,并发症发生率、局部复发率、远处转移率和1年、3年、5年生存率均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 早期应用低位直肠癌保肛手术治疗老年直肠癌患者,可以显著改善患者术后排便功能,减少术后并发症的发生,有利于患者长期预后的改善,值得在临床中推广使用。

【关键词】 直肠癌;保肛手术;Miles手术

【中图分类号】 R735.3⁷ **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2012)08-053-02

近年来,我国老年直肠癌的发病率不断升高,尤以中低位直肠癌占大多数。过去Miles手术被认为是治疗直肠癌的金标准手术,而现在已有部分中低位直肠癌可施行根治性的保肛手术^[1]。因此,为对比探讨低位直肠癌保肛手术和Miles手术在治疗老年直肠癌中的方法及疗效,为临床治疗提供参考,特回顾性分析我院收治的直肠癌患者,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 分析我院于2005年7月至2006年7月收治入院的80例直肠癌患者资料(术前均经病理检查确诊为直肠癌)。采用随机数字表法平均分为两组,其中实验组40例,男26例,女14例,年龄50~82岁,平均(63.2±6.68)岁,行低位直肠癌保肛手术;对照组40例,其中男25例,女15例,年龄53~81岁,平均(63.5±6.73)岁,行Miles手术。两组患者手术前在年龄、性别、病程及严重程度等方面比较,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组行Miles手术,即进行永久性的传统改造。实验组行低位直肠癌保肛手术:患者取截石位,用电刀直视下分离直肠骶前筋膜与固有筋膜间隙,全系膜切除,切断两侧直肠侧韧带并清除肠系膜根部淋巴结和相关脂肪组织,分离直肠至肛提肌平面,在肠系膜下动脉根部切断近端,切断肠管在肿瘤上方10 cm及下方2~3 cm处,将直肠远端和近端用吻合器吻合。

1.3 评价方法 治疗后随访5年,采用定期复查法,对比两组患者治疗后的排便功能恢复情况、术后并发症以及局部复发率、远处转移率和1年、3年、5年

生存率^[2]。

1.4 统计学方法 所有数据均采用SPSS13.0统计软件包进行处理,评分数据以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,定量资料用 t 检验进行组间显著性测试,定性资料用 χ^2 检验比较,检验水准定为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 排便功能比较 随访期间两组内比较,治疗后患者排便功能恢复均优于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$);两组间比较,治疗后实验组患者的排便功能恢复明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),具体情况见表1。

表1 治疗后两组患者的排便功能变化比较(例)

组别	时间	例数	排便次数(次)		
			<5	5~10	>10
实验组	手术前	40	4	25	11
	手术后	40	36	3	1
对照组	手术前	40	4	24	12
	手术后	40	27	10	3

2.2 并发症比较 两组间比较,治疗后实验组患者的并发症发生率为25.0%,低于对照组的37.5%,差异有统计学意义($P<0.05$),具体情况见表2。

表2 治疗后两组患者并发症变化比较(例)

组别	例数	吻合口瘘	吻合口出血	肠梗阻	下肢深静脉血栓	发生率(%)
实验组	40	2	2	4	2	25.0
对照组	40	3	3	6	3	37.5
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 不良预后比较 随访期间两组比较,实验组患者的局部复发率、远处转移率和1年、3年、5年生存

作者简介:阳君武(1973—),男,湖南省衡南县人,主治医师,学士。

率均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),具体情况见表3。

表3 随访期间两组患者不良预后比较

组别	例数	转移		局部复发		生存率(%)		
		例数	转移率(%)	例数	复发率(%)	1年	3年	5年
实验组	40	8	20	4	10	98	85	70
对照组	40	10	25	6	15	93	80	60
P值		<0.05		<0.05		<0.05	<0.05	<0.05

注:两组比较,实验组患者各项均优于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

目前,低位直肠癌在我国直肠癌中所占的比例较高,占直肠癌的65%~75%。而低位直肠癌的定义是位于腹膜返折以下、距肛缘7 cm以内的癌肿。因此,一直以临床临床上对癌肿手术的要求是力求根治和长期生存。而随着医学技术的不断发展,特别是局部解剖和直肠癌转移特性的不断进展,患者对低位直肠癌手术的要求已从单纯追求根治转向治愈疾病兼对功能的保全^[3]。因此,保肛手术已逐渐成为治疗低位直肠癌的首选术式。

3.1 老年直肠癌的临床特点及手术适应证 一直以来,治疗直肠癌的“金标准”便是传统的Miles术,但腹部造口将给患者的生活和心理上带来极大的不便和痛苦,导致其生活质量明显下降。随着临床上不断进步的直肠癌解剖学研究,以及对直肠癌生物学行为认识的不断深入,为了改善直肠癌患者术后的生活质量,加之吻合器械的发展,近年来行保肛术的比例在直肠癌患者中逐年增加。直肠癌保肛术术式较多,方法各异,效果亦不相同。尽管目前部分学者如涂建成等^[4]仍对该手术的切口种植转移、长期生存率、手术安全性等问题持有怀疑态度,但近年来众多研究表明^[5],与传统Miles术相比,低位保肛术无需切除会阴和盆底部组织,亦无需行结肠造口术,具有手术创伤小、术后恢复时间及住院时间明显缩短等优势。本研究中随访期间两组内比较,治疗后患者排便功能恢复均优于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$),说明在一定程度上,不管是传统的Miles手术还是保肛手术,均能使患者排便功能得到有效的改善;而两组间相比,治疗后实验组患者的排便功能恢复明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。王存等^[6]研究报道亦证明低位保肛手术对保护肛门括约肌功能和结构的完整性、盆腔植物神经功能的完整性更胜一筹,可一旦破坏了上述结构的完整性,患者术后不能恢复良好的排便及控便功能。

3.2 低位直肠癌保肛手术治疗老年直肠癌的优势 Hatano等^[7]认为,由于一般老年患者的机体免疫力较低,耐受力较低,因此在直肠癌手术过程中机体功能均有不同程度的各系统脏器的下降,容易出现各

种手术并发症。而本研究中两组间相比,治疗后实验组患者的并发症发生率为25.0%,低于对照组的37.5%($P<0.05$),说明由于保肛手术的低创性和保功能特征,使得并发症的发生大为减少。此外,笔者还认为在直肠癌的手术治疗过程中应注意以下几个方面:(1)长期生存率;(2)局部复发率;(3)肛门括约肌、性功能及排尿;(4)患者的生活质量。两组相比,实验组患者的局部复发率、远处转移率和1年、3年、5年生存率均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),与万小平等^[8]报道基本一致。而国内的夏可义等^[9]认为,远处转移和局部复发是直肠癌保肛手术后失败的主要原因,有25%~50%的患者死于此原因。而低位直肠癌保肛手术可以最大限度的保留肛门相关结构和功能,使机体创伤减少,避免发生不良预后。此外,笔者认为,最新的新辅助放化疗无疑还在发展中,尚有很多问题未解决。但从现有研究的结果来看,新辅助放化疗的采用意义也就是在保证手术根治的前提下既提高了肿瘤的切除率又提高了保肛手术的成功率,这点值得尝试^[10]。

总之,早期应用低位直肠癌保肛手术治疗老年直肠癌患者,可以显著改善患者术后排便功能,减少术后并发症的发生,有利于患者长期预后的改善,值得在临床中推广使用。

参考文献

- [1] Swellengrebel HA, Marijnen CA, Verwaal VJ, et al. Toxicity and complications of preoperative chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer [J]. Br J Surg, 2011, 98(3): 418-426.
- [2] 陈丰. 双吻合术在低位直肠癌保肛手术57例[J]. 广西医学, 2008, 30(9): 1407-1408.
- [3] Haapamaki MM, Pihlgren V, Lundberg O, et al. Physical performance and quality of life after extended abdominoperineal excision of rectum and reconstruction of the pelvic floor with gluteus maximus flap [J]. Dis Colon Rectum, 2011, 54(1): 101-106.
- [4] 涂建成, 李建伟, 方健, 等. 腹腔镜辅助下低位直肠癌根治术21例体会[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2009, 16(10): 812-813.
- [5] Morris EJ, Jordan C, Thomas JD, et al. Comparison of treatment and outcome information between a clinical trial and the National Cancer Data Repository [J]. Br J Surg, 2011, 98(2): 299-307.
- [6] 王存, 于永扬, 周总光, 等. 腹腔镜下结直肠癌手术[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2008, 15(5): 375.
- [7] Hatano S, Kumamoto K, Ishibashi K, et al. Prediction of lateral lymph node metastasis by magnetic resonance imaging [J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2010, 37(12): 2297-2299.
- [8] 万小平, 张翼, 张阳德. 腹腔镜下低位直肠癌保肛根治术75例分析[J]. 中南大学学报(医学版), 2009, 34(9): 902-904.
- [9] 夏可义, 黄小明, 黄世佳, 等. 保肛根治术治疗低位直肠癌34例近期疗效评价[J]. 广西医学, 2007, 29(4): 509-510.
- [10] 梁待宁. 低位直肠癌保肛手术治疗22例分析[J]. 广西医学, 2008, 30(5): 733-734.

(收稿日期:2011-11-23)