

低位直肠癌 96 例临床治疗分析

姜凤元¹⁾, 张 磊²⁾

(1) 延安大学附属医院普外科; 2) 延安市人民医院腔镜室, 陕西 延安 716000)

[关键词] 低位直肠癌; 保肛; 腹会阴联合根治

[中图分类号] R735.3*7 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 11-0113-03

低位直肠癌是临床上最常见的消化系统恶性肿瘤之一, 仅次于胃癌和食道癌, 约占大肠癌的 65%, 目前已位居癌症排行榜第 2 位^[1]。低位直肠癌临床上传统治疗方法为腹会阴联合根治术, 但由于该术式创伤大, 术后需于患者腹壁处留置永久性人工肛门, 给患者带来了巨大的心理负担及生活不便, 严重影响了患者的生活质量及生存质量, 导致许多患者不愿意接受手术治疗, 导致部分患者失去了肿瘤根治机会, 使其生存受到了严重影响^[2]。随着医疗技术的不断完善与进步, 人们对于低位直肠癌生物学行为及其复发、转移规律的深入认识, 全直肠系膜切除等全新观念的引入, 保肛手术逐渐广泛应用于低位直肠癌临床治疗中, 并呈现出逐渐替代腹会阴联合根治术的趋势。现就对本研究中心应用保肛手术(前切除+侧方淋巴结清扫)治疗低位直肠癌的临床工作总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2005 年 1 月至 2008 年 1 月间于延安大学附属医院诊治并行手术治疗的低位直肠癌患者 96 例, 男 54 例、女 42 例, 年龄 31~72 岁, 平均年龄(54.39±4.23)岁, 病程 2~13 个月, 平均(6.29±2.17)月, 肿瘤直径平均为(4.72±1.93)cm, 患者肿瘤下缘距肛缘均小于 5 cm, 患者术前均行病理活检术, 组织学类型包括腺癌 33 例、粘液腺癌 34 例、未分化癌 24 例、其他 5 例, 分化程度高 38 例、中 27 例、低 31 例, Dukes 分期包括 A 期 29 例、B 期 41 例、C 期 26 例。在征得所有患者及家属同意的前提下, 将所有患者按其诊治顺序进行编号并随机分为对照组(48 例)和观察

组(48 例), 2 组患者临床资料(如年龄、性别、病程、肿瘤大小、病理类型、分化程度、临床分期等)间比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有临床可比性。

入组标准: 均经肠镜及活检病理诊断明确; 均由同一主治医师领导小组完成手术治疗过程; 无远处脏器转移(Dukes D 期); 无其他严重心、肝、肾、肺等器质性疾疾病; 无血液系统、免疫系统疾病及代谢性疾病; 无精神病史及家族精神病史; 同意参与此项研究者。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 对照组: 进行传统腹会阴联合根治术。观察组: 进行保肛手术(前切除+侧方淋巴结清扫), 手术方式与对照组腹会阴联合根治术基本相同, 在手术过程中保留肛门, 直视下锐性分离清扫盆腔, 分离直肠至肛提肌水平, 并切除全直肠系膜, 保留盆腔内脏神经丛及腹下神经丛以便最大可能的保留患者性功能及排尿功能。所有患者术后均根据患者病理类型进行相应化疗治疗。

1.2.2 分析方法 于患者出院时采用我院自制的焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、健康调查简表(SF-36)、患者满意度调查问卷对患者进行调查, 对所有患者进行随访。分析所有低位直肠癌患者临床资料, 从其年龄、性别、病程、肿瘤大小、病理类型、分化程度、临床分期、手术方法、辅助化疗、手术时间、术中输血量、术后并发症发生率、局部复发率、3 a 生存率、5 a 生存率、SAS 评分、SDS 评分、SF-36 评分、患者满意度等方面进行数据收集, 并采用统计学软件进行数据分析。

SF-36 量表^[3]: 共 8 维度 36 条目, 主要涵盖生

[基金项目] 陕西省卫生厅科研基金资助项目 (2012D19)

[作者简介] 姜凤元 (1974~), 男, 陕西延安市人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事肝胆及胃肠疾病临床工作。

理功能（正常生理活动是否影响等）、生理受限（生理健康问题角色功能限制等）、躯体疼痛（疼痛程度及生活影响等）、总体健康（个体对其健康的自我评价等）、情感角色（情感问题角色功能限制等）、社会功能（生理、心理健康问题对其社会活动影响等）、心理健康（患者心理主观感受等）、生命活力（个体对疲劳程度及精力的主观评价等）等8个维度。评分时根据条目计算各维度积分，转换成百分制。

1.3 观察指标

手术时间、术中输血量、术后并发症发生率、局部复发率、3 a 生存率、5 a 生存率、SAS 评分、SDS 评分、SF-36 评分、患者满意度。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 统计学软件进行数据分析，计量资料进行方差分析，计数资料进行卡方检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

96 例低位直肠癌经治疗后均安全出院。对照组和观察组患者平均手术时间分别为 (269.62 ± 90.21) min、 (239.86 ± 71.02) min，2 组患者平均手术时间差异不明显 ($P > 0.05$)，不具有统计学意义；而对照组患者术中平均输血量 (810.37 ± 310.22) mL 明显多于观察组患者术中平均输血量 (472.15 ± 220.93) mL，2 组患者术中输血量差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组患者手术指标见表 1。

对所有患者进行随访，随访时间为 6 月 ~7 a，

平均随访时间为 (3.56 ± 1.23) a，其中随访资料完整者 93 例，随访率为 96.88%，3 例失访原因为电话更改或错误、患者不配合等，其中对照组 2 例，观察组 1 例。在随访过程中，对照组共出现并发症 5 例，1 例肠梗阻、2 例骶前出血、1 例输尿管损伤，1 例人工肛门坏死，并发症发生率为 10.87%，观察组共出现并发症 4 例，2 例吻合口瘘、1 例骶前出血、1 例输尿管损伤，并发症发生率为 8.51%，2 组患者并发症发生率存在差异，但不具有统计学意义 ($P > 0.05$)；对照组共出现局部复发 2 例，局部复发率为 4.35%，观察组共出现 3 例，局部复发率为 6.38%，对照组局部复发率低于观察组，但亦不具有统计学意义 ($P > 0.05$)；对照组和观察组患者 3 a 生存率分别为 73.91% 和 76.60%，组间差异不明显 ($P > 0.05$)，在统计学上无意义；术后随访 5 a 时，对照组患者 5 a 生存率 47.82% 低于观察组患者 53.19%，但不具有统计学意义 ($P > 0.05$)。2 组患者各治疗疗效指标详见表 1。

96 例低位直肠癌患者均于其出院时进行 SAS、SDS、SF-36 量表评分及患者满意度调查，对照组患者 SAS 评分、SDS 评分分别为 (53.34 ± 4.98) 、 (49.22 ± 4.20) ，明显高于观察组相应指标 (34.92 ± 5.27) 、 (32.83 ± 3.29) ，组间差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)；而对照组患者 SF-36 评分 (69.44 ± 5.23) 明显低于观察组患者 (87.23 ± 4.29) ，组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；同时出院时对照组患者满意度 75.28% 明显低于观察组患者 92.45%，组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组患者各生存质量比较见表 2。

表 1 对照组和观察组患者临床治疗疗效统计分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中输血量(mL)	并发症发生率(%)	局部复发率(%)	3 a生存率(%)	5 a生存率(%)
对照组	48	269.62 ± 90.21	810.37 ± 310.22	10.87	4.35	73.91	47.82
观察组	48	239.86 ± 71.02	472.15 ± 220.93*	8.51	6.38	76.60	53.19

与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

表 2 对照组和观察组患者生存质量指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS 评分	SDS 评分	SF-36 评分	患者满意度 (%)
对照组	48	53.34 ± 4.98	49.22 ± 4.20	69.44 ± 5.23	75.28
观察组	48	34.92 ± 5.27*	32.83 ± 3.29*	87.23 ± 4.29*	92.45*

与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

3 讨论

低位直肠癌是临床上常见的消化道恶性肿瘤之

一，多发生于中老年人，其预后是常见消化道肿瘤中最好的，但近年来其发病率及致死率呈现逐渐上升趋势。随着经济水平的不断发展，仅仅低位直肠癌临床治疗疗效并不能满足患者的需要，

患者术后生活质量逐渐成为该病临床治疗的关注焦点^[4]。

低位直肠癌传统治疗手术方法为腹会阴联合根治术,但由于该术式对患者创伤大,术后患者往往会出现不同程度的排尿功能及性功能障碍,严重影响了患者的生活质量及生存质量。随着人们物质生活水平的不断提高,人们不再愿意接受腹会阴联合根治术带来的腹壁人工肛门带来的痛苦,而强烈要求能够恢复正常的肛门排便通道。因此,近年来保肛手术在临床应用中受到了越来越多的临床医师的青睐。目前,大量临床研究报告,保肛手术并不会影响低位直肠癌患者术后 5 a 生存率。在本研究中,经保肛手术(前切除+侧方淋巴结清扫)的观察组患者的平均手术时间、并发症发生率、局部复发率、3 a 生存期、5 a 生存期虽与经腹会阴联合根治术治疗的对照组患者存在差异但不明显,在统计学上无意义($P>0.05$),而其术中输血量明显少于对照组,说明保肛手术能够保障低位直肠癌患者的临床治疗疗效,且不影响其预后与转归,不会影响患者的 3 a 生存率及 5 a 生存率。此外,由表 2 可以看出,观察组患者术后 SAS 评分及 SDS 评分均明显低于对照组患者,说明保肛手术患者心理问题发生率明显低于腹会阴联合根治术患者,有利于患者心理健康发展;观察组患者 SF-36 评分明显高于对照组患者,尤其是在其心理健康、社会功能、情感角色等方面评分尤为明显,说明保肛手术较腹会阴联合根治

术能够明显改善其排便、排尿、性功能,提高患者生活、生存质量。

综上所述,与腹会阴联合根治术治疗低位直肠癌相比,保肛手术(前切除+侧方淋巴结清扫)能够保障其临床治疗疗效基础上,并不会提高患者术后并发症发生率及局部复发率,亦不会影响其 3 a 生存率及 5 a 生存率^[5],而且能够明显改善患者心理健康状态,提高患者的生存质量及生活质量,值得在临床实践中推广应用。

[参考文献]

- [1] 胡淳蕴. 腹腔镜结肠直肠癌手术的肿瘤根治性研究[J]. 外科理论与实践,2009,14(3):364-366.
- [2] 张朝军,杨桦,谢娜,等. 一层间断缝合加吻合器吻合在低位、超低位直肠癌保肛手术中的应用[J]. 重庆医学,2009,38(5):524.
- [3] 丛昌盛,于甬华,刘希军,等. 直肠癌化疗患者心理问题与生活质量评估[J]. 实用癌症杂志,2008,23(2):166-168.
- [4] 刘畅,罗翼,汪晓东,等. 低位/超低位直肠癌吻合术后评估肛门功能的方法[J]. 中国普外基础与临床杂志,2010,17(9):910-913.
- [5] 阮能健,涂小煌,王烈,等. 超低位直肠癌保肛手术42例临床报告[J]. 福建医科大学学报,2009,43(1):85-86.

(2013-09-12 收稿)