

少术中出血,使手术视野保持清晰^[2]。本组 56 例术后观察 6 个月,治愈 52 例,好转 4 例,治愈率 92.86%,与对照组比较,差异有统计学意义,并发症发生率也低于对照组,或许由于个人手术操作熟练程度的原因导致对照组的临床治愈率相对较低,两组总有效率相当,无统计学差异。吸引器的作用可清除咽喉腔内分泌物及创面出血,以免影响视野,但是要注意避免直接吸声带组织,即术中应尽量少用吸引器直接吸声门组织^[3]。术中创面少量出血时可用 1%肾上腺素棉球局部压迫即可。声带良性肿物的发生多见于用嗓不当或炎症,导致局部黏膜下淤血或水肿。术后声带切缘整齐以及负压吸引的作用可以吸出黏膜下部分水肿组织,抑制术后复发起一定作用,提高了临床治愈率。按侧统计术后声带恢复情况比较更进一步说明了微型电动切削器切削声带良性肿物有其优越性。部分患者术后声音嘶哑明显改善,患者也很满意,而归结为临床好转,但声带仍有少许肿物残留,导致声带按侧统计时对照组无效例数提高。

支撑喉镜下声带手术常要求颈部充分后仰使上切牙缘、舌根、会厌、声门处在同一平面上才能充分暴露声门,完成手术,而临床上部分患者由于脖子粗短、身体健壮、舌根肥厚、咽腔狭小、会厌畸形、张口限制等原因以及近似长椭圆形的立体喉镜更使得病变部位不能充分暴露,增加了手术难度和操作时间。长时间过度压迫舌部易引起舌肌缺血、舌神经损伤致舌体麻木,严重的甚至造成舌肌萎缩可能^[4,5]。鼻内镜辅助下完成声带手术简便易行,只要将微型电动弯头无齿喉刀或显微喉钳头部稍加弯曲,必要时配合喉外按压均可顺利完成手术。支撑喉镜联合鼻内镜下微型

电动切削术适应证多,适用范围广,出血量极少及较常规手术其视野清楚,成功率高、复发率少,疗效可靠。临床遇到 5 例患者声门暴露困难和 2 例患者术中未能发现肿物,对难以完成手术的 7 例患者均在纤维喉镜下钳除肿物作为补救方法。术中难以发现的声带肿物考虑肿物相对较小或声带被气管插管压迫拉紧拉平及气囊压迫移位所致,有待进一步观察。

综上所述支撑喉镜联合鼻内镜下微型电动切削器切削声带良性肿物疗效肯定,并发症少,操作简单、时间短、安全、效果好,提高了生活质量。支撑喉镜下声带手术较纤维喉镜、间接喉镜下易出现软腭擦伤、淤血、门齿松动、舌体麻木,一般术后半年可基本恢复正常^[4]。所以术前充分评估声门暴露程度,结合患者病情、身体状况、声带肿物大小及经济条件等采取最适合患者的治疗方案,术后给予中成药活血化瘀有利于增加远期疗效。

参考文献

- 1 张红伟,陈小梅,韩小路,等.声带息肉和小结术后复发相关因素分析.中国医刊,2003,38(5):47-48
- 2 祝威,汪欣,付涛,等.美敦力切削系统在喉微创手术中的应用体会.中国医学文摘耳鼻喉科学,2010,25(2):156
- 3 李辉,王丽华,史剑波,等.喉内窥镜支撑喉镜下手术治疗声带良性病变.临床耳鼻喉科杂志,1999,13(8):380
- 4 王玲.显微支撑喉镜下声带手术的并发症及其防治.临床耳鼻喉科杂志,2001,15(1):37
- 5 孙广滨,温武,周水森,等.全麻支撑喉镜下喉手术致舌神经损伤(附 2 例报告).中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2002,8(4):279-280

(收稿:2010-12-14)

(修回:2010-12-20)

改良中线入路右半结肠切除术临床疗效观察

任莹坤 韩广森 赵玉洲 王刚成 徐勇超

摘要 目的 探讨改良中线入路在右半结肠切除术中的应用及意义。**方法** 对 2008 年 5 月~2010 年 11 月 60 例采用改良的中线入路右半结肠切除(改良术式组)患者资料进行回顾性分析,并与同期 47 例传统术式患者及 71 例中线入路术式患者相比较。**结果** 改良术式组第三站淋巴清扫数平均 2.5 个,传统术式组第三站淋巴清扫平均 1.2 个,中线入路术式组第三站淋巴清扫平均 2.6 个,改良术式组清扫第三站淋巴结效果和中线入路组相当($P=0.693$),两组均高于传统术式(P 值分别为 0.044,0.038),差异具有统计学意义;改良术式组平均手术时间 46.3min,传统术式组平均手术时间 48.2min,中线入路组平均

作者单位:450003 郑州,河南省肿瘤医院普外科

通讯作者:韩广森,主任医师,电子信箱:ren402kun@yahoo.com.cn

手术时间 65.9min,改良术式组平均手术时间和传统术式组相当($P=0.788$),两组均低于中线入路组(P 值分别为 0.039, 0.046),差异具有统计学意义;3组平均出血量及术后平均引流量相当;本组病例无吻合口瘘发生。**结论** 改良中线入路右半结肠切除术能够安全的、彻底的清除肠系膜根部淋巴结,同时降低右半结肠切除术的难度。

关键词 改良 右半结肠切除术

The Improvement of Anterograde Clearance Lymph Nods for Right Hemicolectomy. Ren Yingkun, Han Guangsen, Zhao Yuzhou, Wang Gangcheng, Xu Yongchao. Department of General Surgery of Tumor Hospital of Henan Province, Henan 450003, China

Abstract Objective To study the effect of improved anterograde clearance lymph nodes for right hemicolectomy. **Methods** Sixty patients who received modified right hemicolectomy from May 2008 to Nov 2009 were studied and compared with 47 cases who received operation with retrograde clearance lymph nodes and 71 cases with anterograde clearance of lymph nodes. **Results** D3 lymph nodes: the improved anterograde group was 2.5, the anterograde group were 2.6, the retrograde group were 1.2. The average time of operation: the improved anterograde group was 46.3 min, the retrograde group was 48.2 min, the anterograde group was 65.9 min. The improved anterograde group had more D3 group lymph nodes than retrograde group($P=0.044$), while had less operation time than anterograde group($P=0.039$). The average amount of bleeding had no difference among this three groups. **Conclusion** This improved retrograde clearance lymph nodes for right hemicolectomy is superior than routine way.

Key words Improvement; Right hemicolectomy

随着生活水平不断提高和饮食习惯改变,结肠癌的发病率呈逐年增高趋势,目前其治疗仍是以手术为主的综合治疗,右半结肠切除术是回盲部癌、升结肠癌及横结肠近肝曲癌的标准术式,右半结肠有传统的术式(逆行清扫)和中线入路(顺行清扫)两种手术方式^[1]。中线入路术式较传统式术更符合肿瘤学原则,然而因其先处理血管后处理肠管的流程使彻底清扫肠系膜上动静脉周围淋巴结存在技术上的困难。

笔者所在科室自 2008 年 5 月起对右半结肠切除

术进行改良,并与和同期传统 47 例传统术式组及 71 例中线入路组相比较,分析如何在安全的前提下彻底清除肠系膜根部淋巴结。

资料与方法

1. 临床资料:改良术式组 60 例,男性 32 例,女性 28 例,年龄 25~83 岁,平均 61.8 岁。传统术式组 47 例,男性 23 例,女性 24 例,年龄 30~79 岁,平均 59.2 岁。中线入路组 71 例,男性 40 例,女性 31 例,年龄 28~79 岁,平均 60.7 岁,3 组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 临床资料

组别	性别		年龄		病程		肿瘤直径		分化程度		术后分期		
	男性	女性	<50 岁	≥50 岁	≤6 个月	>6 个月	≤5cm	>5cm	高中分化	低分化	I	II	III
改良术式	32	28	33	27	29	31	26	34	42	18	5	30	25
传统术式	23	24	22	25	21	26	20	27	30	11	4	19	24
中线入路	34	37	39	32	32	39	30	41	55	16	7	30	34
<i>P</i>	0.948		0.636		0.927		0.200		0.617		0.542		

2. 手术方法。(1)传统术式流程^[1]:①上腹正中切口或旁正中切口进腹,探查明确无远处转移及肿瘤的可切除性;②切开侧腹壁腹膜,剥离右 Toldt 筋膜,使升结肠后壁完全游离;③沿回肠预切除点切断回肠;④显露肠系膜下静脉外科干,显露出回结肠静脉、右结肠静脉流入点,显露胃结肠静脉干流入点;⑤切断各主干血管根部,清除主淋巴结;⑥切开右结肠系膜后叶显露十二指肠胰头,切断结肠中动脉右支;⑦切断横结肠;⑧回肠横结肠吻合。(2)中线入路流程^[2]:①采用正中或右侧旁正中切口进腹,探查明确无远处转移及肿瘤的可切除性;②隔离肿瘤;③距回盲部 15cm 末端回肠处剪开肠系膜,沿肠系膜上静脉方向剪向横结肠系膜根部,仔细解剖出肠系膜上静脉及其分支,清扫周围淋巴结,切断并结扎回结肠

动静脉、右结肠动静脉;④游离右侧大网膜及胃结肠韧带,清扫中结肠动静脉周围淋巴结;⑤切口右侧侧腹膜,沿 Toldt 筋膜自外向内游离右半结肠,完整切除标本;⑥回肠横结肠吻合。(3)改良的中线入路流程:①采用正中或右侧旁正中切口进腹,探查明确无远处转移及肿瘤的可切除性;②在横结肠预点切断大网膜,上方至胃网膜血管弓并沿胃网膜右血管弓向右清扫幽门下淋巴结;③以直线切割闭合器切断横结肠,并向右下切开横结肠系膜无血管区至结肠中血管根部附近;④沿回肠预切除点以直线切割闭合器切断回肠;⑤自肠系膜上静脉左侧打开肠系膜上静脉血管鞘,由下向上骨骼化肠系膜上静脉,依次切断回结肠血管,右结肠血管,并清扫主淋巴结;⑥行 Kocher 切口,在左手控制下清扫肠系膜上静脉根部和胰腺下

缘淋巴结并切断结肠静脉干或结肠中血管(有时为副右结肠血管)并清扫淋巴结;⑦沿 Told 筋膜自内向外游离右半结肠完整切除标本;⑧回肠横结肠吻合。

3. 统计学处理:采用 SPSS 10.0 统计软件对数据进行处理,两组样本均数比较用 t 检验,临床病理学资料采用计数资料的 χ^2 检验,两组术后病理分期在各个组间差别采用方差分析。

结 果

1. 病理结果:改良术式组单个病例第三站淋巴结清扫 1~5 枚,平均 2.5 个。逆行清扫组手术组单个病例第三站淋巴结清扫 1~3 枚,平均 1.2 个。顺行清扫组手术组单个病例第三站淋巴结清扫 1~6 枚,平均 2.6 个。改良术式组清扫第三站淋巴结效果和中路入路组相当($P=0.693$),两组均高于传统术式组(P 分别为 0.044,0.038),差异具有统计学意义。

2. 手术时间:改良术式组平均手术时间 46.3min,逆行清扫组平均手术时间 48.2min,顺行清扫组平均手术时间 65.9min,改良术式组平均手术时间和传统术式组相当($P=0.788$),两组均低于中路入路组(P 值分别为 0.039,0.046),差异具有统计学意义。

3. 术后出血量、平均引流量、吻合口瘘发生率:3 组患者平均出血量及术后平均引流量相当;本组病例无吻合口瘘发生。

讨 论

手术是结肠癌的最重要的治疗手段,根治术后 5 年生存率可以达到 70.5%~83%,而 DucksA 期、B 期、C 期的结肠癌术后复发率分别为 10%~15%,20%~40%,40%~60%,除肿瘤的分期和分化程度以外,规范的无瘤操作亦是影响局部复发率的重要因素^[1]。Turnbill 指出结直肠癌手术时在触摸带癌肠段之前,应先分离结扎淋巴管、血管及相关肠段和进行后腹膜淋巴结清扫,总结出无瘤术可以使大肠癌 5 年生存率可提高 16%,Dukes C 期患者的 5 年生存率甚至可提高 30%。

有学者将右半结肠切除术其分为顺行清扫和逆行清扫两种方式^[3,4],顺行清扫即中路入路右半结肠切除术,较传统入路更符合肿瘤手术操作原则,刘宝善等通过对照研究发现,右半结肠癌切除手术中,在处置主病灶之前,在根部结扎切断肿瘤的支配血管,行顺行性淋巴结清扫后连同病灶整块切除,可进一步预防术中癌细胞的血行转移,增加 5 年生存率,降低肝转移发生率^[5]。中路入路术式中心在于先处理肠系膜血管,本组改良术式和中路入路术式区别在于先

切断肠管然后处理肠系膜血管,理论上并不增加肿瘤转移的可能性。

右半结肠的第一站淋巴结位于肠旁 0~5cm 内的边缘动脉与肠壁之间,第二站淋巴结位于肠系膜内动脉干及分支周围,而第三站淋巴结为回结肠淋巴结、右结肠淋巴结和中结肠淋巴结^[1]。目前对进展期右半结肠癌根治性切除一般都主张清除到第三站淋巴结,由于第三站淋巴结的清扫涉及肠系膜上血管、结肠静脉干、胰腺、十二指肠等重要解剖学结构,往往被认为是手术难点,使中路入路右半结肠切除术操作难度高于传统术式,影响其普及推广^[3,4]。

笔者所在科室对中路入路右半结肠切除术进行改良,术式的改进主要在以下几个方面:①先切断肠管然后处理肠系膜血管及行淋巴结清扫;②Kocher 切口;③左手控制下行淋巴结清扫;④自内侧沿 Told 筋膜向外侧游离,切除标本。

先切断肠管然后行淋巴结清扫,将横结肠及回肠首先切断,其作用和纱条捆扎相当,符合无瘤原则。行 Kocher 切口显露制肠系膜上血管及充分显露十二指肠三四段,通过以上操作左手即可安全的控制肠系膜上血管及其右侧分支,在此种情况下清扫淋巴结降低了损伤十二指肠及肠系膜上血管的可能性,从而提高手术安全性,而且能够达到彻底清除第三站淋巴结的目的,同时降低了手术难度,使手术可操作性得到提高,同时缩短了手术时间。整个手术过程中并未接触肿瘤,更符合无瘤操作原则。在改良术式病例中第三站清扫淋巴结总个数均高于传统术式,并和中路入路组相当;手术操作时间和传统术式组相当,小于中路入路组,在一定程度上反映了本术式的优越性。需要注意的是切断肠管时要预防肠内容物污染腹腔,笔者推荐切割闭合器行肠管的闭合及切断以降低污染的概率。此外关于本术式的远期疗效,尚有待进一步随访研究。

参考文献

- 1 万德森. 大肠癌. 北京:中国医药科技出版社,2004:54
- 2 孙辉. 外科手术规范化操作与配合——普通外科分册. 北京:人民军医出版社,2007:235
- 3 王中欣. 根_3 式右半结肠切除术 38 例临床分析. 中国现代药物应用,2008,2(24):121
- 4 王爱亮,刘启龙. 改良根 3 式右半结肠切除术治疗结肠癌. 山东医药,2007,47(18):67-68
- 5 刘宝善,刘超,徐琳. 右半结肠癌顺行性淋巴结清扫切除术. 中华外科杂志,2005,43(23):1503-1505

(收稿:2010-12-22)

(修回:2011-01-04)