

高龄患者腹腔镜辅助胃癌、直肠癌联合根治并胆囊切除 1 例

罗衡桂^① 俞学军 方孙阳 邱海江 杨应林^① 牟一平^②

(中国医科大学绍兴医院普外科, 绍兴 312030)

中图分类号: R735; R657.4

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2009)10-0959-02

1 临床资料

患者, 女, 81 岁, 因腹痛、腹胀伴黏液血便 2 个月, 胃镜、纤维结肠镜及病理检查确诊为胃癌、直肠癌, B 超诊断萎缩性胆囊炎, 胆囊多发性结石, 于 2007 年 2 月 7 日住院。胃癌为胃窦小弯侧近胃体

溃疡型高分化腺癌, 病灶 2 cm × 1.5 cm × 0.8 cm, 距幽门 6 cm; 直肠癌为 2 cm × 2.5 cm × 2 cm, 质硬、菜花状肿物, 距肛门 12 cm, 为中低分化癌。经 CT 检查, 肝、肺及后腹膜未见明显转移灶。肿瘤学指标除癌胚抗原(CEA) 20 μg/L(正常值 0~5 μg/L)外, 其他糖链抗原 125(CA₁₂₅)、糖链抗原 19-9(CA₁₉₋₉)及

① 现工作单位: 杭州师范大学医学院附属萧山第一医院普外科, 杭州 311201

② (浙江大学附属邵逸夫医院普外科, 杭州 310009)

铁蛋白均正常。既往有胆囊结石病史 7 年, B 超诊断萎缩性胆囊炎, 胆囊多发性结石, 胆囊壁厚 0.4 cm。合并高血压(160/100 mm Hg), 冠心病(反复胸闷胸痛 5 年, 心电图示 II、III、AVF、V₁ ~ V₅ ST 段压低, 冠状动脉造影左支狭窄 55%), 糖尿病(空腹血糖 11 mmol/L), 慢性支气管炎(反复咳嗽、咳痰 10 余年, 胸片示中度肺气肿, 右下肺感染)。经替米沙坦、美托洛尔扩张冠状动脉保护心脏至胸闷胸痛消失, 心电图基本恢复正常, 用硝苯地平缓释片控制血压至 130/80 mm Hg 左右, 餐前胰岛素皮下注射控制血糖至空腹血糖 7 mmol/L 左右, 静脉滴注头孢米诺使肺部炎症消失, 于 2007 年 2 月 16 日全麻下行腹腔镜下胃癌直肠癌联合根治并胆囊切除术。先取头高截石位, 分别于脐部、左肋下腋中线、右锁骨中线肋缘下 3 cm 及右侧腹脐水平做 10 mm 观察孔, 12 mm 主操作孔, 10 mm、5 mm 辅操作孔, CO₂ 气腹压 12 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa) 完成腹腔镜下胃癌 D₂ 根治^[1]及胆囊切除。另于上腹正中做 4 cm 长纵切口, 提出残胃及空肠上段, 体外管状吻合器(KYGW28.5, 常州康迪)完成胃空肠吻合。改头低足高截石位, 分别于耻骨联合上方偏右、左中腹偏下加做 12 mm 主操作孔、5 mm 辅操作孔, 加上原脐部观察孔及右侧腹脐水平辅操作孔共 4 个, 完成腹腔镜下直肠癌根治术^[2], 距肿瘤下缘 5 cm, 用线型切割闭合器(EC60, 强生公司)切断闭合直肠远端, 左下腹扩大操作孔至 4 cm, 提出乙状结肠及近端直肠, 体外手工完成预定范围结直肠切除及吻合口近端置入底钉座, 经肛门用管状吻合器(CDH33, 强生公司)完成乙状结肠直肠吻合, 分别于胃肠吻合口、乙状结肠直肠吻合口及十二指肠残端附近各放置引流管一根, 结束手术。手术顺利, 患者术中生命体征平稳, 手术时间 5 h, 出血 150 ml。术后第 3 天肠蠕动恢复, 自行排尿, 第 4 天进流质, 11 天出院。无并发症发生。病理提示胃窦高分化腺癌(IIc), 侵及肌层, 第 4 组 1/7 淋巴结见癌转移, 胃上、下切端及其他各组 13 枚淋巴结切片阴性; 直肠癌侵犯肌层, 分别于肿瘤旁检出淋巴结 10 枚、系膜间检出 12 枚, 其中肿瘤旁 1 枚转移; 慢性萎缩性胆囊炎伴多发性结石。随访 2 年 3 个月, 患者精神好, 饮食、大便正常, 生活完全自理, 胃镜、肠镜、CT、血 CEA 检查无复发迹象。

2 讨论

此例患者高龄且合并高血压、冠心病、糖尿病、慢性支气管炎等多种内科疾病, 一次腹腔镜下完成胃癌、直肠癌联合根治及胆囊切除临床罕见报道, 目

前已随访 2 年 3 个月未复发, 生活质量较好。此例病人如采用开腹手术, 切口从剑突至耻骨联合, 创伤大, 术中及术后面临多种高危因素, 危险性很大, 而胃癌、肠癌联合根治术仅需在胃癌四孔操作基础上再增加两孔, 避免了过大切口所致创伤, 由于腹腔镜的放大效应, 术中解剖层次清晰, 血管、神经、胆管、输尿管暴露良好, 损伤机会少, 腔镜视野的扩大以及器械操作的灵活性便于胃周血管的结扎及淋巴清扫, 也便于在狭小骨盆腔中直肠骶前的分离及肠管的离断吻合, 减少了腹腔内操作的创伤, 加上超声刀高分子复合血管夹(Hem-o-lok)等辅助工具的应用, 减少了出血, 且胃肠吻合、乙状结肠直肠切除及置入底钉座, 分别于腹部 4 cm 长的切口外进行, 既节省了费用, 更节省了时间, 故术中平稳, 术后恢复顺利, 无并发症发生。由于心肺功能障碍, 术中注意进气时采用慢速充气, 注意控制流量及腹压, 下肢应用循环驱动仪, 以减少对心肺功能的影响。

目前大多数作者认为腹腔镜下胃癌与直肠癌根治术, 具有与开腹手术相同的效果^[3], Huscher 等^[4]比较腹腔镜与开腹行进展期胃癌根治术各 20 例, 2 组切缘与淋巴结清扫无差异; CLASTCC 研究小组^[5]认为肠癌腹腔镜手术总体生存率、无瘤生存率及局部复发率与开腹手术无差异。此例胃癌清扫了 20 枚淋巴结, 直肠癌清扫了 22 枚淋巴结, 胃肠切缘均呈阴性, 完全达到了开腹手术所要求根治的范围及淋巴结清扫的数目。当然, 远期效果尚需进一步追踪观察。我们相信随着腹腔镜胃肠外科的深入发展, 将有更多的常规手术高危病人通过腹腔镜微创技术而得到救治。

参考文献

- 1 许 军, 刘 昶, 李清晨, 等. 腹腔镜胃癌根治术 8 例报告. 中国微创外科杂志, 2007, 7(6): 509-511.
- 2 徐 建, 张晨晖, 刘忠诚, 等. 腹腔镜直肠癌根治术 117 例报告. 中国微创外科杂志 2009, 9(1): 15-17.
- 3 郑民华. 我国微创胃肠肿瘤外科的发展前景与方向. 中国微创外科杂志, 2008, 8(12): 1061-1063.
- 4 Huscher C, Mingoli A, Sgarzini G, et al. Value of extended lymphadenectomy in laparoscopic subtotal gastrectomy for advanced gastric cancer. J Am Coll Surg, 2005, 200: 314.
- 5 Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, et al. Randomized trial of laparoscopic - assisted resection of colorectal carcinoma: 3 - year results of the UK MRC CLASICC Trial Group. J Clin Oncol, 2007, 25(21): 3061-3068.

(收稿日期: 2009-03-09)

(修回日期: 2009-05-22)

(责任编辑: 王惠群)