

后误认为手术失败或病情加重,甚至以为癌症已到晚期,导致情绪压抑对治疗极其不利,应尽快解除患者的忧虑。(2)术后出现 PGS 后,不要急于用胃肠动力药,因为此时胃黏膜水肿致吻合口狭窄需要休息;经过禁食水、胃肠减压、温盐水洗胃以及补充热量、蛋白质、维生素、激素及微量元素后,再予胃动力药,效果会好。(3)对经济条件较好的患者提倡全肠外营养 (PTN),一是营养全面,二是能抑制消化液的分泌,促使胃壁平滑肌细胞功能恢复,对经济条件较差或治疗 10 d 以上仍无效果者,可行空肠造瘘术以解决营养问题。发生 PGS 后小肠和结肠的功能不受影响或影响甚微,本组 3 例患者行空肠造瘘术后 1 周治愈。在空肠造瘘前可仔细探查吻合口或其他地方无流出道梗阻。(4)红霉素是大环内酯类较古老的抗

生素,在治疗 PGS 中有独特的疗效<sup>[2]</sup>。本组有 6 例在联合应用胃肠动力药物无效的情况下,应用红霉素 500 mg 静脉滴注,有 3 例在 5 d 后见效。我们认为红霉素对胃可产生强烈闭腔性收缩而加速胃内容物的排空,具有安全、有效、价格低廉等优点。

#### 参 考 文 献

- 1 秦新裕. 手术后胃瘫综合征的研究进展. 中华胃肠外科杂志, 2002, 5: 243-244.
- 2 王吉甫. 胃肠外科学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000, 163.

(收稿日期 2005-02-05)

## 右半结肠癌外科干淋巴结转移及微转移的临床研究

刘忠臣 刘晓东 刘平果 丁志杰

**【摘要】**目的 探讨右半结肠癌外科干淋巴结清除的临床意义。方法 对进展期右半结肠癌 32 例患者行外科干淋巴结清扫,并将所得淋巴结行常规病理染色检测及癌胚抗原 (CEA) 上皮抗原 (EMA) 免疫组织化学 (免疫组化) 微转移检测。结果 常规病理外科干淋巴结转移率 9.4% (3/32)。CEA、EMA 表达阳性率分别为 31.2% (10/32) 及 37.5% (12/32), CEA 和 EMA 联合检测阳性率 46.9% (15/32)。Dukes B、C 期结肠癌淋巴结微转移率分别为 29.4% (5/17) 及 66.7% (10/15), 两者比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 对进展期右半结肠癌外科干淋巴结行 CEA、EMA 免疫组化微转移检测,有利于更精确地了解淋巴结转移范围。

**【关键词】** 结肠肿瘤; 淋巴转移; 免疫组织化学

微转移的概念,能够解释常规病理淋巴结转移阴性的胃肠道肿瘤患者术后出现未清除淋巴结肿大转移的现象。有研究证明,通过免疫组织化学 (免疫组化) 检测癌胚抗原 (CEA) 上皮抗原 (EMA) 表达,可以简便快速地检测到淋巴结内的微转移病灶<sup>[3-4]</sup>。我院从 2001 年 1 月-2004 年 6 月,收治进展期结肠癌 32 例并行外科干淋巴结清扫,通过常规苏木精-伊红染色和 CEA、EMA 免疫组化染色,对右结肠癌外科干淋巴结转移及微转移进行检测,以探讨此站淋巴结清扫的意义。

#### 一、资料与方法

1. 一般资料:32 例患者,男性 18 例,女性 14 例。年龄 31~72 (平均 54) 岁。按临床病理分类: Dukes B 期 17 例, Dukes C 期 15 例。

2. 方法:对进展期右半结肠癌患者行包括外科干淋巴结在内的右半结肠根治性切除,术中將所获标记的外科干淋巴结

单独送病理,行常规苏木精-伊红染色,将常规病理染色阴性的外科干淋巴结再行 CEA、EMA 抗原的免疫组化微转移检测。免疫组化染色方法:采用 SP 免疫组化法,对所测淋巴结行 4  $\mu\text{m}$  切片后采用 SP 免疫组化法 (按试剂盒要求, CEA、EMA 单克隆抗体购自福州迈新生物有限公司),测定 CEA 及 EMA 表达情况。染色呈棕褐色判定为微转移表达阳性,反之为阴性。

#### 二、结果

全组获得外科干淋巴结 126 枚,每例 3~6 (平均 4) 枚。常规病理阳性淋巴结 11 枚 (6 例, 9.4%); CEA 阳性率 31.2% (10/32); EMA 阳性率 37.5% (12/32); 联合总阳性率 46.9% (15/32)。其中 Dukes B 期阳性率 29.4% (5/17), 明显低于 Dukes C 期的 66.7% (10/15), 两者比较 ( $P < 0.05$ ), 差异有统计学意义。

#### 三、讨论

外科干是 Giltt 于 1964 年提出的,把从胃结肠静脉干注入点到回结肠静脉注入点间之肠系膜上静脉称为外科干,长约 1.4~8.5 cm,个体差异较大<sup>[1]</sup>。与外科干伴行的是肠系膜上动脉,在外科干及肠系膜上动脉前、右及后侧淋巴结为右结肠癌中淋巴结,为第 4 站淋巴结<sup>[2]</sup>。清除此淋巴结有两种方法:较瘦患者在认清肠系膜上动、静脉走行后,可在肠系膜上动脉内侧剪开系膜前叶后清扫淋巴结<sup>[2]</sup>;对较胖患者可从系膜背侧剪开外科干表面组织,向前内侧清扫。在清扫过程中要十分注意外科干、肠系膜上动脉的解剖,动作要轻柔,以免造成肠系膜上动、静脉的损伤,特别是该静脉较脆、易损伤。CEA 及 EMA 在结肠癌转移淋巴结中有较高的表达率。本组常规病理检测外科干阴性淋巴结,其 CEA 阳性率 31.2%, EMA 表达阳性 37.5% (12/32), 而两者联合表达率 46.9% (15/32); 表明进展期右结肠癌外科干淋巴结内存在微转移,特别是在 Dukes B 组有 5 例患者可测到外科干淋巴结内侧转

作者单位: 361004 厦门大学医学院第一临床学院 (中山医院) 肿瘤外科

移,说明即便是常规病理没有淋巴结转移者,在第 4 站淋巴结内也可能存在微转移。而在 Dukes C 期,微转移明显增高达 66.7%,因此,外科干淋巴微转移与 Dukes 常规病理分期有一定相关性。微转移是复发转移的基础,会导致生存率下降<sup>[5]</sup>。对微转移阳性的患者应该进行个体化治疗。外科干淋巴结微转移的存在,为进展期右半结肠癌进行该站淋巴结清扫提供了分子病理学依据。

#### 参 考 文 献

1 陈峻青,夏志平,主编. 胃肠癌根治手术学,第 1 版. 北京:人

民卫生出版社,1998. 138.

- 2 夏利刚,左敏,何文亮,等. 直肠癌患者淋巴结美蓝染色及微转移的临床研究. 中华实验外科杂志,2004,21:1139-1140.
- 3 赵秀兰,宋文静,刘易欣,等. 局域淋巴结微转移癌的免疫组织化学检测及意义. 天津医科大学学报,2003,9:334-336.
- 4 杨竹林,李永国,钟德许,等. 肠道癌组织中 EMA、CK 的表达及其意义. 湖南医学,1995,12:210-211.
- 5 Noura S, Yamamoto HM. Immunohistochemical assessment of localization and frequency of micrometastases in lymph nodes of colorectal cancer. Clin Cancer Res, 2002, 8: 759-767.

(收稿日期 2005-04-01)

## 低位直肠癌保肛术后排便功能的研究

宋怡才 赵永灵 林宗伟 张好云 古琳

**【摘要】** 目的 研究部分肛门内括约肌切除的低位直肠癌保留肛门术后的排便功能。方法 38 例低位直肠癌患者均行部分肛门内括约肌切除。其中 20 例直接行结肠肛管吻合,18 例行结肠 J 型造袋后吻合。分别于术后 (28 ± 10) 周和 (100 ± 20) 周用标准问卷 (Wexner score) 调查患者大便的控制功能。结果 术后 26.3% 患者对成形大便失控,50.0% 的患者对液态大便失控,失控情况至少 1 次/周。结肠 J 型造袋患者的大便控制能力 [(8.2 ± 3.5) 分] 显著强于直接吻合组 [(14.6 ± 4.0) 分]; 两组比较,  $P < 0.05$ 。结论 肛门内括约肌的切除会导致患者术后大便控制功能的损害; 结肠 J 型造袋能改善患者的大便控制功能。

**【关键词】** 直肠肿瘤; 肛门内括约肌切除; 排便功能

直肠癌是最常见的消化道肿瘤之一。而 75% 的直肠癌是最低位直肠癌<sup>[1]</sup>。近年来,随着吻合器的广泛使用和人们对生活质量要求的日益提高,保留肛门的直肠癌切除、部分肛门内括约肌切除已成为低位直肠癌手术治疗的首选方案。本研究旨在探讨肛门内括约肌切除术后,患者控制大便功能的改变情况。

#### 一、资料与方法

1. 一般资料: 38 例低位直肠癌患者为 1993 年 5 月至 2005 年 4 月我院收治。男 21 例,女 17 例,年龄 39 ~ 68 (66 ± 10) 岁。肿瘤均位于腹腔返折以下,距肛门平均 6.3 cm。其中 Dukes A<sub>2</sub> 期 4 例, B 期 25 例, C 期 9 例; 组织学分类以管状腺癌和乳头状腺癌为主,高分化 8 例,中分化 26 例,低分化 4 例。38 例患者均采用前切除术,并切除部分肛门内括约肌 (1.5 ± 0.4) cm。20 例患者直接行结肠肛管吻合,18 例行结肠 J 型造袋后吻合。术后两年仅有 1 例低分化管状腺癌患者肝脏转移性复发,无 1 例患者死亡。

2. 方法: 分别于术后 (28 ± 10) 周和 (100 ± 20) 周,用标准

问卷 (Wexner score) 调查患者大便的控制功能: 0 分,能完全控制; 20 分,为完全不能控制<sup>[1]</sup>。

3. 统计学方法: 样本率比较用  $\chi^2$  检验。用 SPSS 10.0 统计软件进行分析。

#### 二、结果

术后 (28 ± 10) 周时, Wexner score 问卷调查结果,直接吻合组为 (15.2 ± 4.8) 分,结肠造袋组为 (9.0 ± 4.1) 分; 两组比较,  $P < 0.05$ 。有 10 例 (26.3%) 患者 (均为直接吻合者) 对成形大便有失控现象,有 19 例 (50.0%) 患者 (其中直接吻合者 16 例,结肠 J 型造袋者 3 例) 对液态大便有失控现象; 失控现象至少每周发生 2 次。

术后 (100 ± 20) 周时, Wexner score 问卷调查结果,直接吻合组 (14.6 ± 4.0) 分,结肠造袋组 (8.2 ± 3.5) 分; 两组比较,  $P < 0.05$ 。上述有大便失控现象的患者症状略有好转,但仍至少 1 次/周。

#### 三、讨论

随着对直肠癌淋巴结转移的认识的加深,认为直肠癌的肠壁内淋巴结的转移以向近侧转移为主,加之近年来全直肠系膜切除术的开展,直肠癌的复发率降至 10% 以下<sup>[2]</sup>。再结合吻合器的使用,使低位直肠癌保肛手术的可行性大幅度提高。本组术后 2 年仅有 1 例低分化管状腺癌患者复发。

直肠癌前切除、部分肛门括约肌切除后会导致患者术后大便控制功能受损。但有文献报道,同类手术后肛门内压并无明显改变,而仅为直肠最大耐受容积以及顺应性改变<sup>[3]</sup>。肛门收缩压的产生主要来自于随意肌 (肛门外括约肌) 的收缩,而本组手术均未破坏肛门外括约肌,故肛门收缩压不会有明显改变。而随着直肠系膜及部分内括约肌的切除,支配肛门内括约肌的神经大部被离断,内括约肌的收缩能力下降,当受到一定容量的刺激后其更容易处于松弛状态,此时则需外括约肌的收缩来压迫而抑制排便; 而外括约肌为横纹肌,它不能长时间收缩来维持肛门机械性自制,因此,机械性压迫作用是暂时的<sup>[5]</sup>。所以本组部分患者会出现排便

作者单位 518000 广东省深圳市第六人民医院普外二科