

■ 技术·思维

三线分割法行右半结肠癌根治性切除术的临床疗效

□王刚成

右半结肠癌根治性切除术是外科治疗右半结肠癌的经典手术方式,但术中能否行D₃淋巴结清扫和完整结肠系膜切除,是判断右半结肠癌能否根治性切除的关键环节。相关文献报道,结肠全系膜切除、右半结肠系膜根部血管裸化能明显提高患者术后生存率。然而,右半结肠系膜根部区域淋巴结与肠系膜上静脉及其所属近支系膜密切,如果操作不当,容易导致肠系膜上静脉撕裂、出血性休克或撕裂口缝合不当导致肠系膜上静脉狭窄,进而引发小肠淤血坏死。因此,在右半结肠癌根治性切除的前提下,寻找一种快捷、安全、可控的肠系膜根部区域淋巴结清扫方法是胃肠外科医师探索的目标。我们团队回顾性分析了166名右半结肠癌患者的临床资料,探讨采用三线分割法行右半结肠癌根治性切除术的临床疗效。

■ 一般资料

右半结肠癌患者166例,肿瘤均位于右半结肠,其中结肠腺癌123例,阑尾腺癌43例。其中,18例患者均在当地医院按阑尾炎诊断接受腹部探查,未行切除术。

将83例接受三线分割法行右半结肠癌根治性切除术的患者设为改良组,其中男51例,女32例;年龄35岁~82岁,平均年龄62岁。将另外83例接受传统中线入路行右半结肠癌根治性切除术的患者设为对照组,其中男48例,女35例;年龄33岁~79岁,平均年龄63岁。对两组患者的一般资料进行比较,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。手术操作均由同一组医师完成。手术通过医院伦理委员会审批,患者及其家属签署知情同意书。

■ 纳入标准和排除标准

纳入标准:1.术前病理学检查确诊为右半结肠腺癌(包括阑尾腺癌)。2.肿瘤未侵犯重要血管,如肠系膜上动脉和肠系膜上静脉。3.无远处器官转移。

排除标准:1.肿瘤侵犯周围器官,需行联合脏器切除。2.患者一般情况差,无法耐受根治性切除。

临床资料

D₃淋巴结清扫和完整结肠系膜切除行右半结肠癌根治性切除术是目前国内外胃肠外科医师所推崇的手术方式。然而,肠系膜上动脉、静脉根部区域的淋巴结清扫具有一定风险。要达到真正的右半结肠癌根治性切除术,肠系膜上动脉、静脉根部区域淋巴结清扫是难点及核心。

目前,临床上传统常见的手术入路方式有两种:一是经结肠外侧腹膜入路,二是中线入路。实践证明,通过这两种手术入路方式,均能实现右半结肠全系膜切除,但对肠系

膜上动脉、静脉根部区域进行清扫较为困难,让术者缺乏手术安全感。

本研究采用三线分割法行右半结肠癌根治性切除术,相较传统治疗方法,具有以下优点:

- 1.手术思路清晰。所谓三线是模拟化的3个手术操作方向,使整个手术过程模块化、程序化。
- 2.更符合肿瘤的整块切除原则。切除的范围以肿瘤为中心,先离断肿瘤的周围组织,术中基本不触摸、挤压肿瘤,同时离断肿瘤的血管及淋巴管转移

途径。

- 3.安全性高。每条线上的手术操作仅进展到肠系膜上血管根部附近,就停止了,避免肠系膜上血管根部在未完全游离的情况下发生无法控制的撕裂性出血。待三线操作完成,肠系膜上血管根部周围组织完全游离,并由术者左手控制,再进行淋巴结清扫,这对局部的控制性很强。术者左手可以根据感受到的血管的位置、血管的张力、组织的质地来把握清扫的力度,避免或减少局部出血。

临床讨论

术中利用 Kocher切口(外科手术中沿特定解剖路径设计的切口,主要用于暴露目标区域)探查肿瘤均未侵犯胰头,十二指肠及肠系膜上静脉,行右半结肠癌根治性切除术。

- 1.以肠系膜上血管外科干为核心,虚拟确定三条线的走向。

- 2.离断结肠及结肠血管弓。根据肿瘤的部位、大小,选择切除横结肠的离断点(大多在结肠中血管左右支之间),沿第一条线走向,分别离断横结肠及横结肠边缘血管弓至横结肠中动脉、静脉与近肠系膜上血管交汇处,然后停止该方向的操作。
- 3.分离十二指肠水平部外筋膜与右半结肠系膜间隙。打开十二指肠外侧腹膜,沿第二条线(十二指肠水平部)走向,钝性分离十二指肠外筋膜

手术方法

与右半结肠系膜间隙至近肠系膜上血管根部,停止操作。

- 4.沿第三条线走向即肠系膜上血管主干走向,分别离断小肠、小肠边缘血管弓、小肠系膜、回结肠动脉和静脉,同时清扫小肠系膜及回结肠血管根部淋巴结,由远及近至肠系膜上血管与十二指肠交汇处,停止操作。
- 5.离断胃结肠韧带及副右结肠血管。自横结肠预断点,沿胃网膜右血管向右离断胃结肠韧带,显露并离断结扎副右结肠血管,显露胃结肠静脉干,同时清扫胃网膜右血管周围淋巴结。

- 6.清扫肠系膜上根部淋巴结,裸化肠系膜上静脉干及其所属分支。

- 7.行回肠结肠吻合。对照组:按照黄家骊(中国胸外科奠基人)外科学常规方法,采用沿肠系膜上静脉主干至回结肠血管为标记的中间入路法行肠管的锐性分离,高位结扎中央血管,对肠系膜上静脉进行裸化,清扫肠系膜血管根部的淋巴结。

根据肿瘤的位置,选择横结肠的离断点(距肿瘤边缘>15厘米),然后切除部分横结肠、全部升结肠、15厘米的远端回肠及其所属系膜。

左手内。沿肠系膜上静脉主干清扫淋巴结,必要时打开血管鞘裸化肠系膜上静脉主干。裸化、离断并缝扎升结肠动脉、静脉根部血管,继续沿肠系膜上静脉主干清扫结肠中血管右支及结肠中动脉、静脉根部淋巴结,离断并结扎结肠中血管右支。如果肿瘤位于横结肠中段,必要时离断结肠中动脉、静脉。术者可以根据该区域淋巴结大小、个体组织间隙差异,把握局部组织的张力及剪刀或电刀力度来清扫淋巴结,这样即使发生出血,术者可随时即控制止血。

如果肿瘤位于结肠肝曲且体积较大,应将胃网膜右血管同胃结肠韧带一并切除,同时清扫区域淋巴结。

如果肿瘤位于结肠肝曲且体积较大,应将胃网膜右血管同胃结肠韧带一并切除,同时清扫区域淋巴结。

如果肿瘤位于结肠肝曲且体积较大,应将胃网膜右血管同胃结肠韧带一并切除,同时清扫区域淋巴结。

如果肿瘤位于结肠肝曲且体积较大,应将胃网膜右血管同胃结肠韧带一并切除,同时清扫区域淋巴结。

如果肿瘤位于结肠肝曲且体积较大,应将胃网膜右血管同胃结肠韧带一并切除,同时清扫区域淋巴结。

如果肿瘤位于结肠肝曲且体积较大,应将胃网膜右血管同胃结肠韧带一并切除,同时清扫区域淋巴结。

如果肿瘤位于结肠肝曲且体积较大,应将胃网膜右血管同胃结肠韧带一并切除,同时清扫区域淋巴结。

如果肿瘤位于结肠肝曲且体积较大,应将胃网膜右血管同胃结肠韧带一并切除,同时清扫区域淋巴结。

如果肿瘤位于结肠肝曲且体积较大,应将胃网膜右血管同胃结肠韧带一并切除,同时清扫区域淋巴结。

奥沙利铂急性神经毒性反应的处理

□林晓贞 文/图

71岁的王女士刚输完奥沙利铂化疗药,突然感觉口舌发麻,喉咙像被一只无形的手紧紧扼住,四肢无法活动,血压190/102毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。医护人员迅速应对,采取针对性措施。30分钟后,这些吓人的症状消退了。

“医生,我这是中风还是药物过敏?”症状消失后,王女士心有余悸地问。

这并非中风,也不是普通的过敏,而是奥沙利铂化疗引发的神经毒性反应。这种神经毒性反应具有特殊性和急性特征。了解这些知识,对正在接受化疗的患者至关重要。

如果你或你的家人正在接受奥沙利铂化疗,一定要注意以下问题。

进行奥沙利铂化疗,突发严重不适

王女士的反应,堪称教科书般的奥沙利铂急性神经毒性反应。

口舌麻木严重,味觉变得怪异;喉头发紧,感觉喉咙肌肉不听使唤,吞咽不适,说话费力;四肢无法活动,肢体暂时失控;血压飙升到190/102毫米汞柱,远超正常水平。

值得注意的是,王女士说喉头发紧时,口唇和手指并没有出现青紫,指尖式血氧仪显示98%。服用硝苯地平降压后,在王医生的耐心鼓励下,王女士试着抬腿,随后尝试自主站立行走,最终取得了成功。来去匆匆,正是奥沙利铂化疗急性神经

毒性反应的典型表现。

这不是过敏,是神经在“抗议”

简单来说,外周神经就像是我们身体的“传感线路”,负责传递冷、热、疼痛等信号。奥沙利铂在攻击癌细胞的同时,会暂时影响这些“线路”的正常工作,使神经变得异常敏感。平时,这些变化可能不明显,但一遇到冷刺激,敏感的神经就会产生过度反应,向大脑发送混乱信号,让我们有“触电”的感觉。这可不是真的漏电,而是神经受刺激后的特殊反应。

喉头发紧是因为喉部肌肉的神经末梢过度敏感,引发肌肉痉挛——虽然感觉呼吸困难,但是通常不会影响呼吸(没有喘鸣音或哮鸣音)。这里要注意与奥沙利铂超敏反应相区别:伴有假性喉痉挛的感觉迟钝是奥沙利铂急性神经毒性相关症状,一般不伴有喘鸣音或哮鸣音,通常在输注过程中或几个小时后发生,患者没有缺氧症状;若伴随以下症状或体征,如荨麻疹、皮肤瘙痒、面色潮红、低血压、口唇青紫及血氧饱和度下降等,则考虑是奥沙利铂引起的超敏反应。

王女士的四肢无法活动,并非真正的瘫痪,而是感觉神经异常导致的运动协调障碍。经鼓励她能站立行走,证明运动功能并未真正丧失。

王女士血压飙升,可能是自主神经功能紊乱的表现,加上她原本就有高血压,身体对神经异常产生了应激反应。

不必更换治疗方案,做好评估、提前预防

出现如此剧烈的反应,是否需要更换治疗方案?

奥沙利铂对王女士的转移性结肠癌疗效明确,贸然更换可能影响肿瘤控制效果。依据美国国立癌症研究所不良事件通用术语标准,这些症状仅为1级(轻度),且已完全缓解,未达到停药标准。

一旦识别出这是奥沙利铂的特有神经毒性反应,就能采取相关措施进行有效管理。针对王女士的情况,医护人员制定了精准的防护方案:

延长输注时间:从标准的输注2小时延长到6小时

放慢奥沙利铂的滴注速度,给予神经足够的适应时间,可显著减轻冲击反应。

加强预处理:地塞米松+苯海拉明

地塞米松作为糖皮质激素,能稳定神经细胞膜;苯海拉明作为抗组胺药,辅助减轻异常反应。

严密监护:心电图监测+膝腱反射监测

每半小时监测膝腱反射,确保及时应对。膝腱反射是监测神经功能的敏感指标,能够反映神经兴奋性的早期改变。

严格避开冷刺激:全面防护

遇冷加重的神经毒性反应是奥沙利铂独特的表现,甚至可能因喉痉挛导致严重后果。因此,临床使用奥沙利铂时及之后一段时间,应避免接触任何冷刺激——除了冷饮、冷食,还包括

冷空气、用冷水洗手洗碗、触摸金属物品等。这是预防急性神经毒性反应的关键措施。

如何识别与应对

如果你或你的家人正在接受奥沙利铂化疗,请牢记以下知识:

即刻报告这些症状

口周、指尖麻木或刺痛感;喉头紧绷,吞咽不适;呼吸不畅(需紧急处理);肢体无力或协调障碍。

日常防护细节

饮用温水,不喝冷饮;戴手套从冰箱取物;天冷时外出戴口罩、围巾;使用温水洗手、洗脸;

避免接触金属门把手等冷物体。

症状的特点

短暂性:多在数小时至数天内自行缓解。

可逆性:不会造成永久性神经损伤。

剂量相关性:症状随化疗周期可能重复出现。

可控性:采取有效措施可减轻症状或防止出现相关症状。

经评估,医护人员调整了王女士的治疗方案。第二次化疗,她没有出现相关症状,顺利完成了治疗。

(作者供职于河南省肿瘤医院药学部)

转移性结肠癌患者的感觉异常/感觉迟钝分级评分标准

分级	定义
1级	已缓解且不影响功能
2级	影响功能但不干扰日常活动
3级	影响日常活动的疼痛或功能损害
4级	致残或危及生命的持续损害

■ 临床体会

那是一个周二的上午,我正在河南省人民医院豫东北医院(位于台前县)内镜中心忙碌着。这时,一位瘦弱的老年患者走进了我的诊室。护士孙旭东协助他躺好后低声对我说:“患者因进食哽噎在消化内科住院治疗,他的家人要求重点检查食管。”我立刻查阅他的病历资料和申请单,发现消化道造影检查提示“食管中段占位”。经验告诉我,这很可能是食管癌,且肿瘤体积较大。下一步,需为他安排胃镜检查,并在检查过程中对病变组织取样,进行活检,明确诊断。

我让孙旭东准备好活检钳。麻醉平稳后,进镜至食管中段,可见一个环2/3管周的溃疡型新生物,表面糜烂,质韧伴自发性出血,病变导致管腔狭窄,但胃镜能勉强通过。这是典型的进展期食管癌表现。下面,活检确诊是关键。我顺利取到病变组织后,继续进镜观察胃部,在贲门下缘小弯侧看见一个约8毫米×10毫米的IIc型病变(早期癌)的形态特征),表面覆白苔,在冲洗后基底微结构消失。NBI(窄带成像)模式下,我发现病变组织表面微血管紊乱,但边界清晰——这是典型的贲门早癌。

这时,我的耳边传来主任医师梁宝松的声音:“肖伟,警惕贲门小弯处,这个地方可能是早癌。”原来,梁宝松老师当天专程从郑州赶来豫东北医院进行基层帮扶坐诊。门诊坐诊结束后,他顾不上休息,立即来到内镜中心指导工作。他开始现场教学,告诉我们内镜检查讲究“双六”法则:

观察六要素:1.颜色异常(过红/过白);2.形态异常(隆起/凹陷);3.光泽度差;4.蠕动异常(减弱/环缺);5.微血管改变;6.腺管开口形态异常。

操作六要点:1.进镜退镜均需观察;2.远近视野结合;3.反复冲洗清洁黏膜;4.充气吸气配合观察;5.白光检查是基础;6.必要时辅以染色。

梁宝松老师说,要做好胃镜检查,不仅靠技术,更要有一颗发现早癌的心。

接下来,继续退镜观察食管,我在食管上段又发现一处白色片状微隆起灶,NBI下微血管不可见,提示癌前病变(文献报道恶变率约为5%)。我取样送活检。

最后,活检结果提示这3处均为肿瘤性病变。

在胃镜检查中,发现一个病变后,不要放松警惕,以免忽略其他潜在病灶。我们要时刻提醒自己:唯有胃镜完全退出体外,检查才算结束,才能最大限度地避免漏诊。

虽然这位老年患者被确诊多处肿瘤(食管进展期癌、贲门早癌、食管上段癌前病变),后续治疗损伤较大,但是他食管上段和贲门的早期病变不需要外科手术,也不需要化疗、放疗,通过胃镜病变区域黏膜微创创手术,即可获得治愈。

胃镜检查要防范漏诊,始于每一次严谨细致的观察。早发现、早治疗,方能显著改善预后。

(作者供职于河南省人民医院)

相关链接

食管癌是食管黏膜上皮的恶性肿瘤,最常见的类型为鳞状细胞癌,少数为腺癌。该病早期常无症状,随着病情的发展,出现进行性吞咽困难、胸痛、体重下降等典型症状。

如何预防食管癌?

一是饮食调整

不吃烫食:将食物温度控制在60摄氏度以下,避免反复烫伤食管黏膜。

少吃腌制食品:少吃咸鱼、腌菜、腊肉等,减少亚硝酸盐的摄入。

二是戒烟限酒

戒烟:烟草中的致癌物质会伤害食管。

限酒:控制饮酒量,避免酒精持续刺激食管黏膜。

三是治疗慢性疾病

食管反流病:一旦发现,马上就医治疗,避免胃酸长期侵蚀食管黏膜。

巴雷特食管:这是胃食管反流病的并发症。要定期去医院随访,必要时听从医生的安排,进行内镜监测和干预。

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习。文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话:16799911313

投稿邮箱:337852179@qq.com

邮编:450046

地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室

肿瘤防治
频道

