

参考文献

1 中国临床肿瘤学会,中华医学会血液学分会. 萘环类药物心脏毒性防治指南(2013年版)[J]. 临床肿瘤学杂志,2013,18(10):925-934.

2 黄慧强,郝东磊. 吡柔比星(THP)心脏毒性的国外研究概况[J]. 中国肿瘤临床,1999,26(8):634-636.

3 Tone H, Kurebe M, Takeuchi T, et al. Experimental studies on (2'R)-4'-O-Tetrahydropyranlyl Adriamycin(THP). In Kuemmerle HP ed. Advance in experimental and clinical chemotherapy[C]. 15th International Congress of Chemotherapy. Workshop on Pirarubicin, July 19-24, 1987, Istanbul Turkey. Landsberg/Lech;Ecomed,1988:1-9

4 庞纓,陈锐,邱少东,等. 吡柔比星化疗所致心脏毒性的早期监测与防治[J]. 现代肿瘤医学,2014,22(2):428-430.

5 陶卫平,蒋振旻,吴耀贵. 吡柔比星与多柔比星的急性心脏毒性比较[J]. 医药导报,2009,28(9):1216-1217.

6 刘永生. 吡柔比星与阿霉素对心脏毒性的临床比较[J]. 实用临床医学,2001,2(4):35-36.

7 刘小芳,杜涛,王凌云. 以吡柔比星为主的化疗方案治疗恶性血液病和乳腺癌的心脏毒性临床观察并文献复习[J]. 中国肿瘤临床与康复,2007,14(4):355-356.

8 Barry E, Alvarez JA, Scully RE, et al. Anthracycline-induced cardiotoxicity: course, pathophysiology, prevention and management[J]. Expert Opin Pharmacother, 2007, 8(8):1039-1058.

9 胡莎,贾苍松. 萘环类抗肿瘤药物的心脏毒性[J]. 中国小儿血液与肿瘤杂志,2009,14(2):94-97.

10 Simůnek T, stěrba M, Popelová O, et al. Anthracycline-induced cardiotoxicity: Overview of studies examining the roles of oxidative stress and free cellular iron[J]. Pharmacological Reports, 2009, 61(1):154-171.

[收稿日期 2017-03-06][本文编辑 韦所芬]

腹腔镜左半结肠癌根治术术后高位肠梗阻一例

· 病例报告 ·

汪雄, 张文斌

作者单位: 510632 广州,暨南大学

作者简介: 汪雄(1991-),男,在读硕士研究生,研究方向:腹腔镜及胃肠肿瘤。E-mail:931261921@qq.com

通讯作者: 张文斌(1967-),男,医学硕士,副主任医师,研究方向:胃肠肿瘤。E-mail:120620298@qq.com

[关键词] 腹腔镜; 左半结肠切除; 肠梗阻

[中图分类号] R 656.9 [文章编号] 1674-3806(2017)08-0802-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.08.28

1 病例介绍

患者,男,70岁,因“大便性状改变并纳差13d”于2016-10-27入院,既往有左锁骨骨折切开复位内固定手术史14年。查体:腹饱满,腹壁表浅静脉无扩张,可见腹部散在红色痣。未见胃型、肠型及蠕动波。腹肌无强直,全腹未触及肿块。无压痛和反跳痛。肝脾肋下未触及。墨菲征(-),腹部叩诊呈鼓音。移动性浊音(-)。肝区肾区无叩击痛。肠鸣音正常。肠镜:距肛缘35cm处见一隆起性病变,呈分叶状,环形生长,表面凹凸不平,充血水肿、出血,肠腔狭窄,肠镜不能通过,并在距肛缘15、17cm处见散在多个息肉。活检:中分化腺癌。CT:降结肠内见一不规则肿块影,大小约1.6cm×1.3cm×3.3cm,病灶边界欠清,壁旁淋巴结转移,周围筋膜增厚,考虑结肠癌(T3期),同时甲状腺左叶增大,内见类圆

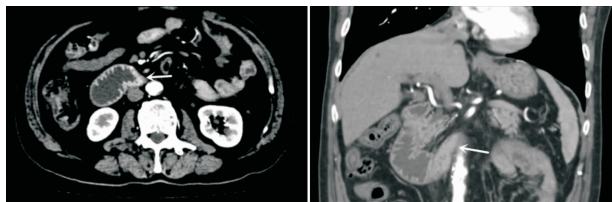
形结节,大小约3.0cm×4.5cm×3.7cm,增强有不均匀强化,考虑恶变(见图1)。实验室检查,癌胚抗原8.86ng/ml。予手术治疗,术中见肿物位于降结肠中下段,已浸润至浆膜,肠系膜下动脉根部未见肿大淋巴结,遂行腹腔镜左半结肠癌根治术,脾曲降结肠与直肠端端吻合。术后病理:(1)左甲状腺乳头状癌(滤泡型);免疫组化示转录调节因子-190%(+),甲状腺球蛋白(+),增殖性核抗原Ki-67<1%(+),跨膜糖蛋白CD34血管(+);(2)左半结肠肿物中分化腺癌,部分绒毛状腺癌,肿物浸润至浆膜层,并见神经侵犯,淋巴结6粒,未见癌转移(0/6),免疫组化示绒毛蛋白Villin(+),表皮生长因子受体EGFR、血管内皮生长因子VEGF(+/-),MutL同源基因(MLH1)20%(+),错配修复基因MSH650%(+),错配修复基因PMS5(+),抑癌基因P5340%

(+),增殖性核抗原 Ki-67 约 70% (+)。术后诊断(1)降结肠中分化腺癌, T₄N₀M₀, III_b 期;(2)左甲状腺乳头状癌。患者术后第 10 天出现呕吐, 呕吐物为胃内容物, 并腹胀不适。查体: 腹饱满, 无腹胀, 腹壁表浅静脉无扩张, 可见腹部散在红色痣。未见胃型、肠型及蠕动波。腹肌无强直, 全腹未触及肿块。无压痛和反跳痛。肝脾肋下未触及。墨菲征(-), 腹部叩诊呈鼓音。移动性浊音(-)。肝区肾区无叩击痛。腹部 CT 提示十二指肠水平部肠管狭窄(见图 2)。诊断:(十二指肠水平段)肠梗阻。患者经生长抑素抑制消化液分泌、禁食、补液、营养支持、对症等处理后, 症状逐渐缓解。患者已随访 7 月, 现一般情况良好, 已完成 7 次辅助化疗(CapoeX 方案)。



术前降结肠中段可见肿物和肠腔狭窄

图 1 术前 CT 检查所见



术后(出现梗阻时)见十二指肠水平段狭窄和十二指肠降段肠管扩张

图 2 术后 CT 检查所见

2 讨论

左半结肠切除术多用于降结肠中段癌、结肠脾曲癌, 乙状结肠癌等^[1]。左半结肠癌术后高位肠梗阻, 尤其是空肠上段、十二指肠水平部, 偶有发生。其机理常为左半结肠切除后, 剩余结肠断端无法与直肠断端无张力吻合, 由于横结肠系膜较短, 且结肠中动脉长度有限, 强行下拉横结肠与乙状结肠吻合时, 会造成吻合口张力过大, 压迫后方小肠, 特别是空肠上段, 甚至十二指肠水平部, 造成术后高位小肠梗阻; 同时由于吻合口张力过大, 术后肠痿的几率明显增加; 结肠中动静脉张力过高会影响横结肠残端血供, 严重者有造成吻合口肠管坏死的可能, 横结肠强行下拉与乙状结肠吻合, 致横结肠严重成角呈“ \neg ”型, 术后出现不全性结肠梗阻, 而且在后期的结肠镜复查时肠镜难以通过此成角处^[2]。本病例将结肠脾曲与直肠上段相吻合, 并将吻合后的结肠置小肠后方, 但仍出现术后高位不全性肠梗阻。针对上述情况, 有以下两种手术方法可以选择:(1) 穿肠系膜法下拉结肠, 即通过小肠系膜的一处无血管区下拉近段剩余结肠;(2) Deloyers 法, 在保留回盲瓣及回结肠动脉的前提下完全游离并翻转右半结肠或横结肠, 然后行右半结肠或横结肠与直肠或肛管吻合^[3]。

参考文献

- 1 李立, 汪晓东, 舒晔, 等. 四川大学华西医院·结直肠癌手术治疗指南(四)[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2009, 16(2): 75-76.
- 2 常顺伍, 吕云福. 扩大左半结肠切除术中不同结直肠吻合方式的近期疗效比较[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(4): 478-482.
- 3 Deloyers L. Suspension of the right colon permits without exception preservation of the anal sphincter after extensive colectomy of the transverse and left colon (including rectum). technic - indications - immediate and late results[J]. Lyon Chir, 1964, 60: 404-413.

[收稿日期 2017-05-08][本文编辑 蓝斯琪]