维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2008年第17卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2008, Vol. 17, No. 3

贲门癌手术切口选择的探讨

朱 胜[1],安 钢[1],王 鸿[1],唐景志[2],何云鹏[2] (安徽理工大学:1.附属医院胸心外科;2.医学院人体解剖学教研室,安徽 淮南 232001)

[摘 要] **目的** 探讨贲门癌手术切口的合理选择。**方法** 回顾性分析168例贲门癌临床资料,统计经腹切口、经胸切口、胸腹联合切口三种手术径路的切缘癌残留率、平均清扫淋巴结数目、手术切除率、吻合口瘘发生率、心肺并发症发生率和术后平均住院时间等指标。**结果** 三种手术径路的切缘癌残留率、平均清扫淋巴结数目、手术切除率、吻合口瘘发生率、心肺并发症发生率差异无统计学意义($P>0.05$),三种手术径路的平均住院时间分别是9.6 d、14.2 d、15.2 d,而经腹切口手术后平均住院时间显著缩短($P<0.05$)。**结论** 贲门癌手术入路应根据患者情况制定个体化手术切口选择方案。

[关键词] 贲门癌;手术径路;外科治疗
[中图分类号] R655.4; R735.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2008)03-0160-02

Selection of surgical approach for cardiac cancer

ZHU Sheng, AN Gang, WANG Hong, TANG Jing-zhi, HE Yun-peng (Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Affiliated Hospital of Anhui University of Science and Technology, Huainan Anhui 232001, China)

Abstract: Objective To discuss the selection of surgical approach for cardiac cancer. **Methods** the clinical data from 168 patients were analyzed retrospectively. The residual incision margin cancer rate of three surgical approaches, the number of average cleaned lymphatic, surgical excision rate, the incidence of the postoperative complications and the average postoperative hospital stay were analyzed statistically. **Results** There was no significant difference in residual incision margin cancer rate, the number of the average cleaned lymphatic, the incidence of anastomotic leakage and the incidence of the postoperative complications among the three surgical approaches ($P>0.05$). While the mean hospital stay was 9.6, 14.2 and 15.2 days, respectively, was significantly shorter ($P<0.05$). **Conclusion** The selection of the surgical incision for cardiac cancer is based on the patient individually.

Keywords: cardiac cancer; surgical approach; surgical therapy

贲门癌是发生于胃贲门粘膜上皮及贲门腺体的癌,癌中心常位于食管、胃连接部上下各5.0 cm处,故有的学者把其划入胃癌的范畴,有的则列入食管癌,从而对贲门癌的手术径路有不同看法[1],常见手术径路有三种:经腹、经左胸和左侧胸腹联合切口。本文回顾性分析近8年来我院手术治疗贲门癌168例,探讨其手术切口选择,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共168例,其中男性126例,女性42例。年龄分布:40岁以下14例,41~59岁36例,60~74岁103例,75岁以上15例。早期贲门癌病人11例,进展期病人157例。所有病人术前均未行抗癌治疗,均无手术禁忌证。

1.2 手术方法

按不同术式,将病人分为经腹手术经路组85例,经左胸手术经路组38例,左侧胸腹联合切口组45例。经腹手术为上腹部绕脐正中切口,使用悬吊拉钩。经胸手术为左侧第七肋间后外侧切口。胸腹联合切口为左侧腋前线至腹白线经第七肋间弧形切口。观察三组病例的切缘癌残留率、平均清扫淋巴结数目、手术切除率、吻合口瘘发生率、心肺并发症发生率和术后平均住院时间等指标。

1.3 统计学方法

各项观察指标数据采用χ^2检验进行组间比较,$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

三组病例的切缘癌残留率、平均清扫淋巴结数目、手术切除率见表1。三种手术径路病例的切缘癌残留率、平均清扫淋巴结数目、手术切除率差异无统计学意义($P>0.05$)。

三组病例的吻合口瘘发生率、心肺并发症发生率、术后平均住院时间见表2。三组病例的吻合口瘘发生率、心肺并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。三组病例的术后平均住院时间以经腹手术经路病例最短($P<0.05$)。本组除经胸手术经路组有1例在围手术期死亡外,无其他死亡病例。

[作者简介] 朱 胜(1973-),男,安徽省舒城县人,主治医师,学士,主要从事胸心外科临床方面的研究。电话:13855443065, E-mail: tangjingzhitjz@sina.com

[收稿日期] 2008-02-01 [修回日期] 2008-04-02

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 三种手术径路切缘癌残留及平均清扫淋巴结数

组别	例数	切缘癌残留		平均清扫	手术切除	
		例数	残留率(%)	淋巴结数目($\bar{x}\pm s$)	例数	切除率(%)
经腹	85	2	2.4	14.2±4.6	78	91.8
经胸	38	1	2.6	10.2±3.4	35	92.1
胸腹联合	45	0	0	14.8±4.2	45	100.0

表2 三种手术的吻合口瘘发生率、心肺并发症发生率、术后平均住院时间

组别	例数	吻合口瘘		心肺并发症		术后平均住院时间(d)
		例数	发生率(%)	例数	发生率(%)	
经腹	85	2	2.4	2	2.4	9.6*
经胸	38	1	2.6	3	7.9	14.2
胸腹联合	45	0	0	3	6.7	15.2

*:与经胸组和胸腹联合组比较,$P<0.05$

3 讨论

贲门癌是指发生于解剖学贲门齿线上下5 cm的食管和胃的恶性肿瘤[2],贲门癌淋巴结转移相应有上下两个方向,早中期先向腹腔淋巴结转移,晚期才向胸腔淋巴结转移。正因为贲门癌解剖位置的特殊性,淋巴转移的双向性,才有手术径路的多样性。合理的手术径路应尽可能满足原发病灶的彻底切除,有利于淋巴结的彻底清扫,并可以降低并发症的发生和缩短住院时间[3-4]。贲门癌常见的手术路径有三种:经腹、经左胸和左侧胸腹联合切口。

经腹正中切口入路手术,其肿瘤切除清扫和消化道重建均在腹腔内进行。它的优点是:不开胸,不损伤膈肌,对心肺功能影响小,手术相对简单(应用吻合器),较开胸手术时间短,出血少,并发症少,吻合口瘘发生率低,病人恢复快。缺点为:无法清扫纵隔淋巴结,而上缘切除长度较开胸者短,吻合困难。由于贲门癌常常存在向食管浸润的现象,特别是当浸润的界限不清时,很难判断应切除食管的长度,而且又受到不切开膈肌的限制,最后容易发生食管切缘癌细胞残留[5]。本组出现2例(2.4%)上切缘阳性。术中冰冻切片是避免癌细胞残留的可靠方法[6-7]。如切缘阳性,则改胸腹联合切口以增加食管切除长度。选择左胸后外侧第7肋间切口,便于清扫胸腔淋巴结,且能切除足够长的食管,保证上切缘充分,减少吻合口复发及膈上淋巴结转移。但经胸入路对胃的远端和脾门、脾动脉旁暴露差,手术野深,无法清扫幽门上、幽门下、肝总动脉和肝十二指肠韧带处的淋巴结。对进展期贲门癌单纯经胸切口不能满足广泛清扫术要求,不能充分达到清扫第二站淋巴结范围。本组1例(2.6%)出现下切缘阳性,心肺并发症发生率为7.9%,吻合口瘘发生率为2.6%,高于经腹手术组。胸腹联合切口兼有经胸和经腹入路的优点,食管下段、全胃及胰体尾和脾脏完全暴露于手术野中,暴露好,切除率高,便于腹腔淋巴结清扫和联合脏器切除以及消化道重建[8],也能进行胸腔内的操作。此入路也有缺点:手术创伤大,手术切口大,胸廓稳定性降低,术后心肺并发症较多。本组心肺并发症发生率为6.7%,也高于经腹手术组。为避免无谓的开胸,作者首先开腹探查,若不能切除,再行开胸。术中对于肋弓的重建,作者采用双"V"形、"三明治"法楔状对合,能够有效保证胸廓稳定性,减少相关切口并发症。

贲门癌三种手术路径各有优劣,选择何种术式,常根据病人情况和医生手术习惯而定。本文认为贲门癌手术入路总的原则应根据内镜检查和上消化道造影的结果。内镜提示病变在40 cm以下同时造影显示病变在膈肌下的患者可单纯开腹。若病变累及食管,以开胸为宜,经胸切除足够长的下段食管是一个很好的解决方法。病变若侵及邻近脏器、腹腔淋巴结转移广泛者,应选择经胸腹联合切口手术,以提高切除率和根治性,并应先开腹探查,再决定是否开胸。本研究结果表明,术前认真评估临床资料,制定科学的、个体化的手术切口选择方案,贲门癌手术路径的选择才能更加合理。

[参考文献]

[1] 李茂竹,马善符,马 琴,等.胃底贲门癌手术径路的选择[J].中华普通外科杂志,2000,15(2):80-81.
[2] 宋 展,张书俊,孙 萍,等.贲门癌手术径路的选择[J].临床医学,2007,27(9):15-16.
[3] 兰邵平,张祥福,卢辉山,等.侵及邻近结构的胃底贲门癌手术方式的探讨[J].中华外科杂志,2003,41(4):271-273.
[4] 李 辉.现代食管外科学[M].北京:人民军医出版社,2004.387-389.
[5] Mattioli S, Di Simone MP, Ferruzzi L, et al. Surgical therapy for adenocarcinoma of the cardia: modalities of recurrence and extension of resection[J]. Dis Esophagus, 2001,14(2):104-109.
[6] 温世春,徐惠绵.贲门切缘癌残留与病理生物学行为及手术径路的关系[J].中国肿瘤临床与康复,2002,9(2):45-46.
[7] Wang LS, Wu CW, Hsieh MJ, et al. Lymph node metastasis in patients with adenocarcinoma of gastric cardia[J]. Cancer,1993,71(6):1948-1953.
[8] 赵广法,师英强,傅 红,等.贲门癌手术的理想途径-经左胸腹联合斜切口[J].外科理论与实践,2004,9(6):494-498.

(编辑:余汇洋)