维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2008年第17卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg,2008,Vol.17,No.2

中下段食管癌以及合并贲门癌的外科治疗

王 钢[1],孟 镔[2],蒋德华[2],何健鸿[2],何 进[2],李英杰[2] (安徽理工大学医学院:1.临床医学专业2005级;2.临床外科应用解剖教研室,安徽 淮南 232001)

[摘 要] **目的** 探讨中下段食管癌以及合并贲门癌的外科治疗方法。**方法** 我院1992年至2006年外科手术治疗中下段食管癌97例,85例行根治术,7例剖胸探查术,5例姑息性切除术。左进胸60例,右进胸22例,三切口15例(均为合并贲门癌患者)。**结果** 全组无手术死亡。右进胸的切除率为82.14%,左进胸为89.63%,总切除率为87.63%。术后胸腔内吻合口漏2例,颈部吻合口漏2例,术后出血3例,膈疝3例,喉返神经损伤6例、吻合口狭窄3例,心律失常6例。**结论** 食管癌治疗以手术为主,根据肿瘤部位灵活选择手术切口;手术治疗中吻合口重建是关键,吻合技术的改进非常重要;在合并有贲门癌时充分的术前准备、正确把握手术适应证、精细的手术操作、术后对各种可能并发症的早期预防和及时有效处理仍是降低手术并发症发生率和病死率的关键。

[关键词] 食管癌;贲门癌;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)02-0086-02

The surgical treatment for the middle and lower phases of esophageal cancer with carcinoma of gastric cardia

WANG Gang, MENG Bin, JIANG De-hua, HE Jian-hong, HE Jin, LI Ying-jie(Clinical Surgery Group, Medical College, Anhui University of Science and Engineering, Huainan Anhui 232001, China)

Abstract: Objective To summarize the experience in the surgical treatment for the middle and lower phases of esophageal cancer with carcinoma of gastric cardia. **Methods** Total 97patients with the middle and lower phases of esophageal cancer treated by surgical operation were retrospectively analyzed from 1992 to 2006. The age ranged from 41 to 76 years. 85 cases underwent radical operation and thoracotomy in 7 cases. 5 cases underwent conservative operation. Left thoracic approach is 60 cases. Right thoracic approach is 22 cases. Triple incisions were 15 cases. **Results** All patients survived well. Right thoracic approach's excision rate for 82.14%, Left thoracic approach for 89.63%, total excision rate is 87.63%. Two cases were postoperative intrathoracic anastomotic leakage, 2 cases were cervical anastomotic leakage, 3 cases were postoperative bleeding, 3 cases were diaphragmatic hernia, 6 cases were injury of recurrent laryngeal nerve, 3 cases were straitness of anastomotic stoma, 6 cases were cardiac arrhythmia. **Conclusion** Surgical operation is the main method in esophageal cancer, the approach is selected according to the tumor position. anastomotic technology critical to improve the therapic effect. Thoroughly preparation pre-operation, pertinent indication, and expert technique, are very important to decrease complication and case fatality.

Keywords: esophageal cancer; carcinoma of gastric cardia; surgical treatment

食管癌是食管鳞状上皮的恶性肿瘤,进行性吞咽困难为其最典型的临床症状,其发病率和死亡率很高,尤其在老年人群中。外科手术切除是最好的治疗手段,也有部份病人不宜手术而采用放疗、化疗和介入治疗。提高食管癌分期诊断水平对治疗方法的选择和预后均有重要意义。我院1992年至2006年对97例中下段食管癌患者进行了外科治疗(根治术和姑息性切除术),获得满意效果。本文将其临床资料分析总结如下。

[作者简介] 王 钢(1986-),男,江苏省南京市人,安徽理工大学医学院临床医学专业2005级学生,主要从事胸腹外科疾病治疗方面的研究。电话:13033072915,E-mail: wgyyaijj@163.com

[收稿日期] 2007-11-08 [修回日期] 2007-12-15

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例97例,其中男80例,女17例;年龄41~76岁,平均59.8岁。以吞咽不适伴胸骨后隐痛为主要症状。就诊时患者进食情况:普食21例,半流质45例,流质23例,不能进食者8例。病程1周~10个月,平均3.5月。胸中段食管癌28例;胸中下段癌37例;胸下段癌32例;合并贲门癌15例。病变长度3~8 cm,平均5.1 cm。术前食管吞钡表现:不规则充盈缺损,粘膜紊乱、破坏,管壁僵硬,管腔狭窄。29例术前胃镜检查表现为食管腔内突出新生物、高低不平、表面糜烂、质脆、触之易出血。其中15例合并贲门癌均表现为贲门部突出新生物、表面糜烂、质脆、触之易出血。活检病理报告合并贲门癌的15例食管癌均为鳞癌,其余10例腺癌,72例鳞癌。

1.2 治疗方法

97例食管癌均行手术治疗,其中85例行根治术,7例行剖

维普资讯 http://www.cqvip.com

胸探查术,5例行姑息性切除术。手术切口:经左胸入路60例中,切除53例,行主动脉弓上食管-胃吻合术23例,弓下吻合术30例,未能切除7例,切除率为89.86%。经右胸、上腹入路22例中切除17例,行胸顶食管-胃吻合术12例,加做左颈切口行颈部食管-胃吻合术5例,未切除5例,切除率为82.14%。经三切口行合并贲门癌术切除15例,均成功。全组97例中切除85例,总切除率为87.63%。12例未切除者,随后做经胸骨后结肠代食管手术,结肠近端与颈段食管吻合,远端与胃前壁吻合,术后辅以放疗。

2 结果

本组病例97例,无死亡病例。术后并发症:胸腔内吻合口漏2例,颈部吻合口漏2例,术后出血3例,吻合口狭窄3例,隔疝3例,喉返神经损伤6例,心律失常6例,腔积液感染3例胸,以上并发症经我院适当治疗后均痊愈。

3 讨论

食管癌是常见的恶性肿瘤之一,治疗以外科手术为主。由于食管癌肿块位置的不同,常采用不同的手术切口。胸腔手术切口的选择常影响手术的切除率和彻底性。由于解剖关系,左进胸时,中段食管癌位于主动脉弓后面,若要切除足够范围和长度的食管,在主动脉弓上或胸膜顶进行吻合时则必须分离主动脉弓周围组织,将食管向其后上方拖出,这就增加了手术难度。若在主动脉弓下吻合,为了多保留弓下食管长度以便吻合,则难免切端会有癌灶残留。右进胸时,食管病灶没有主动脉弓的遮挡,只要结扎切断奇静脉即可暴露出整个胸段食管,容易分离,切除率高,对周围淋巴结及软组织也能彻底清除。而三切口时可充分暴露手术野以及便于处理与主动脉有关的紧急情况,如主动脉损伤大出血,有利于食管癌合并贲门癌的充分切除。

中下段食管癌以及合并贲门癌食管癌患者的手术治疗宜早不宜晚,主要有以下几方面原因:①早本组97例中有12例未能进行根治性切除术就是因为癌症已到到晚期的缘故。②肿瘤病期越早,肿瘤获得切除的可能性越大,而晚期肿瘤多数难以获得根治性切除。③食管癌的症状主要是进食困难,随着病情发展,进食困难症状加重,病人营养状况逐渐变差,出现明显消瘦、贫血,此时再手术,手术风险加大。

传统的食管-胃前后壁双层套入式吻合,常因食管套入胃壁过多,易导致吻合口狭窄,而食管-胃壁分层式吻合法注意到粘膜的对合,粘膜下层有丰富的血液供应,可使粘膜愈合良好,可避免吻合口瘘的发生,在缝合第二层(肌层)时若卷入组织太多,术后仍有环状疤痕狭窄可能。作者开展食管-胃一层吻合术的一系列实验研究和临床应用,认为其效果优于二层缝合术。我们在食管-胃壁用丝线先行浆肌层间断缝合3~6针,以减少吻合口张力后,采用一层间断缝合法效果良好,吻合口瘘为2.06%,吻合口狭窄为3.09%。手术操作要点:①充分游离和上提胃壁使吻合口无张力;②先全层缝合食管和胃吻合口的两侧角作牵引,使吻合口平整便于缝合;③在胃和食管切端边距0.4~0.5 cm处进针,间距为0.3~0.5 cm行间断缝合;④每针缝合时应注意务必缝及粘膜层,使其对合良好;⑤在胸顶吻合后应常规将胸顶胸膜作间断与吻合口胃侧的前壁缝合数针;⑥若在弓下吻合则可利用下肺韧带或大网膜覆盖吻合口。本组病例有1例术中出血,具体为在分离食管肿瘤时,因肿瘤外浸及胸主动脉,分离时致食管的营养支出血,回缩,钳铗主动脉壁后致主动脉出血处裂口变大,致大出血。术中出血多见于食管固有动脉、胸主动脉、支气管动脉、下腔静脉、奇静脉,发生出血时应先用手或棉垫压迫止血。然后充分暴露术野,吸净出血,必要时可切断2~3根肋间血管,将主动脉弓翻向左下(翻弓)准确止血,切忌盲目钳结,以免损伤扩大使局面难以收拾。如遇主动脉损伤较小时,可在直视下缝合破口,如损伤较大,可用缘纶布包绕主动脉破口,缝合固定缘纶布于主动脉壁上。如遇病灶侵犯奇静脉,可"翻弓"后结扎切断奇静脉两侧,再切除肿瘤。

老年病人肺功能差,加上无力咳嗽,易发生肺部感染。应鼓励病人咳嗽,定期翻身叩背。术前营养支持和预防感染,术后的严密观察和心电监护,保持呼吸道通畅,充分吸氧,鼓励咳痰是降低并发症的关键。有了上述严密的术前术后准备,高龄不应再成为食管癌手术,尤其是中下段食管癌以及合并贲门癌手术的禁忌证。

[参考文献]

[1] 顾恺时.胸心外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,1996.458.
[2] Feins RH,Watson TJ. What's new in general thoracic surgery[J]. J Am Coll Surg,2004,1999(2):265-272.
[3] 邵令方,高宗人,卫功铨,等.食管癌和贲门癌的外科治疗[J].中华外科杂志,2001,139(1):44-46.
[4] 袁 华,刘龙碧,谭红莉,等.恶性食管癌合并气管瘘成功置入食道近端覆膜支架一例报告[J].局解手术学杂志,2003,12(2):117.
[5] 石仲歧,陈荫椿,刘俊华,等.食管胃吻合术式与吻合口愈合的关系-分层吻合与全层吻合法的比较研究[J].中国肿瘤临床,1990,17(3):145-148.
[6] 高尚志,王士生,姚 震,等.食管一层吻合的实验研究和临床应用[J].中华外科杂志,1998,26(11):665-666.
[7] 韩继彪,于 奇,陶 宇,等.食管癌切除胃食管颈部吻合的改进与并发症防治[J].安徽医科大学学报,2007,42(5):579-581.

(编辑:左艳芳)