维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 4

胃大部切除术后食管癌的外科治疗

刘朝伦 （璧山县人民医院，重庆 璧山 402760）

［摘 要］ **目的** 探讨胃大部切除术后食管癌的外科治疗方法和效果。**方法** 回顾性分析5例胃大部切除术后食管癌经结肠代食管重建消化道治疗的临床病例资料，比较分析几种消化道重建术式的优缺点。**结果** 全组3例痊愈，1例进食后上腹部不适，1例吻合口瘘及胸腔感染死亡。**结论** 胃大部切除术后食管癌选择外科手术方式应因人而异，结肠代食管术是较适宜的、可操作的手术，但肠道准备是手术成败的关键。

［关键词］ 胃大部切除术；食管癌；外科治疗
［中图分类号］ R735.1 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1672-5042(2007)04-0244-02

Surgical treatment for esophageal carcinoma after subtotal gastrectomy

LIU Chao-lun (the People's Hospital of Bishan County, Chongqing 402760, China)

Abstract: Objective To explore methods and means of surgical treatment for esophageal carcinoma and find out its effect. **Methods** 5 patients after subtotal gastrectomy and enteron reconstructed by colon were analyzed retrospectively, and several reconstructive methods were also analyzed. **Results** Three cases are cured and one felt uncomfortable in the epigastria after meal, and one died of anastomotic fistula and the infection of the thorax. **Conclusion** Surgical method for treating the esophageal carcinoma depends on the very individual. Using colon in place of oesophagus is comparatively reliable and operable, however the good preparation of the intestinal tract(the colon) is key to the success of the operation.

Keywords: subtotal gastrectomy; esophageal carcinoma; surgical treatment

因胃及十二指肠的任何性质病变而行远侧胃大部切除术后1年以上(除外并存)，在食管任何部位发生的恶性肿瘤均称为胃大部切除术后食管癌。胃大部切除术后食管癌患者外科治疗的关键为如何重建消化道。传统的方法是行结肠或带血管蒂的空肠替代切除的食管，行食管－结肠或食管－空肠、结肠－残胃或空肠－残胃、结肠－结肠或空肠－空肠吻合，但手术操作复杂、并发症多且死亡率高[1]。我院从1995年4月至2004年8月共收治胃大部切除术后再发生食管癌患者5例。占同期收治的食管癌1.3%(5/385)，本组采用左颈左胸右腹直肌三切口食管癌切除及结肠代食管术完成消化道的重建，取得较好的效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组5例全部为男性，年龄46～65岁，平均58岁。术前主要症状是吞咽梗阻，病程16天至4个月。胃大部切除术后至发生食管癌的时间为5～16年，平均10.8年。食管癌全部位于中上段，病变长度为4～5.5 cm。胃大部分切除的原因全部是胃和十二指肠球部溃疡而行Billroth Ⅰ式或Billroth Ⅱ式胃大部切除，胃十二指肠吻合或结肠前胃空肠吻合。全组术前经过食道吞钡摄片检查、胃镜检查及病理检查证实为食管鳞癌。4例颈部吻合，1例主动脉弓上吻合。

1.2 手术方式

3例经左胸后外侧切口，切除第6肋进胸；2例经第6肋间进胸，不切除肋骨。进胸后首先探查确定食管癌可以切除后，游离胸段食管至贲门处切断食管并关闭贲门口，食管断端暂时封闭待处理。经右侧腹直肌切开腹部，在保障血供的前提下游离右半结肠，距盲肠5 cm处切断回肠，远端在横结肠适当的位置切断，先将回结肠对端吻合。扩张贲门口，将游离的结肠经原食管裂孔处送入胸腔，4例作颈部切口将回肠末端和食管一并经颈部切口提出对端吻合，横结肠端与胃前壁吻合，1例主动脉弓上吻合。

2 结果

本组术后1例进食后有上腹部不适，持续约3个月消失；主动脉弓上吻合1例因吻合口瘘并左侧脓胸死亡。其余3例均痊愈出院。

3 讨论

胃及十二指肠病变行远端胃大部切除术后1年以上，在食管的任何部位发生的恶性肿瘤均称为胃大部切除术后食管癌。国内文献报告其发病率为0.86%～0.98%[1]。本组占同期收治食管癌1.3%，有学者

［作者简介］ 刘朝伦(1961－)，男，重庆市璧山县人，副主任医师，主要从事普通外科及胸外科临床研究工作。电话：(023)41411933

［收稿日期］ 2007-04-26 ［修回日期］ 2007-06-15

维普资讯 http://www.cqvip.com

认为胃大部分切除后营养障碍、胃内容物的反流，是发生食管下段癌的原因。也有学者认为食管癌与胃大部切除术无直接关系，本组5例食管癌，无依据支持与原手术有关。

胃大部切除术后发生食管肿瘤患者，外科治疗的原则是尽可能要根治性的切除，切除范围要超过肿瘤边缘5～10 cm。手术的关键是消化道的重建。目前有多种重建术式，吴维继等采用结肠代食管[2]，林永德等采用空肠间置代食管[3]，文献报道的还有全胃切除后的结肠/空肠代胃术、食管空肠Roux-y吻合术[4]。以及近几年徐明善等[5]采用残胃食管主动脉弓上或主动脉弓下吻合术式等。无论何种代"食管术"，与健胃食管直接吻合手术相比较，的确多了一些烦琐，而残胃食管吻合术，虽然"简单"但需同时将脾、胰体尾游离移入胸腔，应有适应范围。本组5例中之所以无一例采用此方法，其重要原因是我们在具体实施手术过程中遇见几个难点：①解剖游离残胃困难。食管残胃主动脉弓上或颈部吻合术，对胃或者"胃集团"（胃脾胰）的游离是决定本手术能否成功的关键步骤。在实施上腹部胃大部切除术后，胃与邻近组织器官往往有不同程度的粘连，有时粘连甚至很致密，手术解剖难度较大，难免损伤邻近组织器官，特别是担心脾脏损伤出血，而被迫切脾。②对残胃上提的高度不能确定。未实施胃大部切除的患者，胃尽量游离至近幽门处，尚能满足颈部食管胃吻合，当有腹部粘连时，胃的长度偶尔也显勉强。因此对于残胃合并有腹部粘连时，即便充分游离"胃集团"后，胃能上提多高，心理没底。③不能确定残胃游离后血供是否良好。无胃大部切除的病例中，一般认为要保留胃网膜右与胃右血管及胃大弯侧的血管弓，胃的血供才有保障。即便如此也有胃坏死的可能，有食管癌术后胃坏死的报道[6]。如果游离残胃后，仅靠吻合口交通支血管能否维持残胃血供，没有把握。④重建食管裂孔松紧较难掌握。将胃胰脾移至胸腔后，重建的膈肌裂孔必须恰当容纳胃胰脾及其血供，因此对裂孔松紧的掌握有难度。

消化道重建的关键是术式的合理选择，要求尽可能符合生理要求，使患者术后有较好的生存质量，结合术者的经验和习惯选择。有人主张结肠代食管术，更有优势[7]。虽然结肠代食管手术复杂程度高一点，但是临床应用中我们发现只有这种术式比其它术式更易于操作。该手术要点是：先探查胸腔，确定肿瘤能切除后，再切开腹腔游离右半结肠，在手术操作过程中，一定要注意保护回肠末端的血管弓和结肠中动脉，此时右半结肠的血供主要靠结肠中动脉提供；上提时避免中动脉扭曲；食管裂孔扩张要适度，一般容三至四横指为宜。该术式的优点为：虽然手术操作稍复杂，但是避开了粘连最重之处，易于操作，且结肠可全部放在纵膈内，一般不会对病员呼吸造成影响。其缺点为：以结肠代食管，可增加污染的机会，需要充分的肠道准备为基础，因此良好的肠道准备是手术成功不可或缺的重要前提。本组中1例之所以发生感染与肠道准备不充分有一定的关系，教训是深刻的。结肠代食管段过长。手术中为了使移植段肠管有良好的血供，只有更多的保留代食管的结肠，对无张力吻合有利，但是代食管段过度游离，导致食物进入胃的时间延长。本组1例进食后上腹部不适，分析与此因素有关。此例术中对过长的代食管段未作任何处理，对其余几例均适当进行了缝缩处理。对于这个缺点本文提出两个观点：①为了缩短代食管段肠管，可以去除该段多余的肠管组织，而仅保留该段肠管的血管弓；②前述方法如果可行，则下端的吻合可直接行结肠胃底吻合或者保留胃侧食管约3 cm作贲门侧食管结肠吻合，无须切开膈肌食管裂孔。上述观点理论上可行，但无实践经验，有待进一步探讨。

本文认为胃大部切除术后食管癌外科治疗，重建消化道的各种术式中，无论选择何种术式，都不能离开病员这个主体，离开了这个主体无好术式好方法可言，因此外科医生在临床工作中一切从病员的客观情况出发认真分析、思考，并以此为依据，选择最适宜于病员的手术方式方法，才是最佳选择。

[参考文献]

[1] 徐善明，陈安清，钮海弟. 胃大部切除术后食管癌的外科治疗[J]. 上海医学，2005，28(7)：586－588.
[2] 吴维继. 胃大部切除后发生贲门癌和食管癌15例外科治疗[J]. 胸心血管外科杂志，1985，1(1)：11.
[3] 林永德，朱继宇，蔡吉祥，等. 胃大部切除术后食管癌7例外科治疗[J]. 实用癌症杂志，1996，11(3)：203.
[4] 邵令方，张毓德. 食管外科学[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1987. 399－447.
[5] 徐明善，陈安清，钮海弟，胃大部切除术后食管癌的外科治疗[J]. 上海医学，2005，28(7)：586－588.
[6] 司保红. 食管癌贲门癌切除术后胸胃穿孔3例[J]. 山西医药杂志，2002，31(6)：524.
[7] 施建新，高成新，秦　元，等. 胃大部切除术后胸内横结肠间置的临床应用[J]. 中华胃肠外科杂志，2003，6(4)：235－237.

（编辑：余汇洋）