维普资讯 http://www.cqvip.com

胃部分切除术后食管癌的外科治疗

熊 海* 邵本深* 李继良* 王锦光*

【提 要】 目的 探讨胃部分切除术后食管癌的手术方式及经验。方法 8例胃大部切除术后食管癌行手术切除，选用3种不同的术式进行消化道重建。行右胸、上腹正中及左颈三切口结肠代食管4例。左后外侧切口残胃脾胰尾移入胸腔，主动脉弓下食管残胃底端侧吻合2例，左后外侧切口食管下段残胃切除，食管空肠Roux—Y吻合2例。结果 全组无手术死亡。颈部食管回肠吻合口瘘2例。结论 对于胃部分切除术后食管癌应根据食管肿瘤的部位和残胃的大小选择不同术式。发生于中段及上段的食管癌常用结肠代食管。发生于下段者，常用残胃或空肠移入胸腔重建消化道。

【关键词】 胃次全切除术后 食管癌

Surgical treatment of esophageal cancer in post—subtotal gastrectomy patients *Xiong Hai, Shao Benshen, Li Jiliang, et al. Department of Cardiothoracic Surgery, First Affiliated Hospital, Dalian Medical University, Dalian* 116011

【Abstract】 **Objective** To review the operating methods and experience of surgical management of esophageal cancer in post—subtotal gastrectomy. **Methods** Eight cases of esophageal cancer in post—subtotal gastrectomy were operated with three different methods. **Results** There was no operative death. Anastomotic fistula of esophago—enterostomy in neck occurred in two cases. **Conclusion** The methods of the operation depend on the location of the tumor of esophagus and the size of remaining stomach with esophageal cancer in post—subtotal gastrectomy. It is often used the colon transplantation with the tumor at the upper or middle thoracic segment. It is often used the remaining stomach and jejunum to reconstructed the digestive tract in left thoracic cavity with the tumor at the lower thoracic segment.

【Key words】 Post—subtotal gastrectomy Esophageal carcinoma

食管癌行食管切除后，常用胃代食管，当因各种原因如以往已行胃部分切除的食管癌患者，由于胃体积变小，供应血管大部分离断及腹腔粘连，手术难度增大。1994年1月～1998年2月，我们对8例胃大部分切除术后食管癌行手术切除，选用3种不同的术式进行消化道重建，术后均恢复良好。

临床资料

一、8例患者中，男性7例，女性1例，年龄65～72岁，平均68岁，吞咽困难病史10天～6个月。7例分别于17～35年前因良性胃溃疡或十二指肠溃疡及其合并症行B—Ⅰ式胃大部切除术。1例7年前因贲门腺癌经腹行近段胃切除术。8例患者术前均经食管镜检查及病理活检诊断为鳞状细胞癌，其中上段2例，中段3例，下段3例。

二、手术方式：全组均手术切除。一为右后外侧切口，上腹正中切口及左颈胸锁乳头肌前缘切口，三切口手术4例。游离右半回结肠，保留回盲瓣，经胸骨后途径拉至颈部行食管回肠端端吻合，结肠远端与残胃前壁端侧吻合，回肠

* 作者单位：116011 大连医科大学第一附属医院胸心外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

横结肠端端或端侧吻合。二为左胸后外侧切口或左胸腹联合切口行食管部分切除，残胃脾及胰尾移入胸腔、主动脉弓下食管残胃底端侧吻合2例。三为经左胸后外侧切口行食管下段残胃切除，食管空肠Roux—Y吻合2例。上述各处吻合均应用一层吻合法。

三、术后病理结果：T1NOMO，T2NOMO，T4N1MO各1例，T3NOMO 2例，T3N1MO 3例。术后发生颈部食管吻合口瘘2例，余6例无并发症发生，术后14～30天出院。1例Ⅲ期者术后6月肿瘤复发转移死亡。1例颈部吻合口大出血术后5月死亡，余6例随诊4～48月均健在。

结果和讨论

一、残胃代食管术：食管癌切除后可用胃、结肠或小肠代食管，以胃代食管最为常用，仅需做一个吻合，操作简单。胃大部切除术后的食管癌如能用胃代食管，也有同样优点。但胃大部切除术后，胃的4条主要供血血管中的3条均基本被切断，仅有脾动脉分支胃短动脉及部分胃网膜左动脉供血。因此在游离残胃时，不能切断这支主要供血血管。残胃的供血尤为重要，游离切断脾膈、脾肾、脾结肠韧带，将脾连同胰尾向右前方翻起，沿胰后方向右分离至胰体部，充分松解胃小弯，切除残余胃小网膜，贲门口纵行边切边缝以延长胃，松解胃与结肠等粘连，这样胃连同脾胰尾拉至主动脉弓部多无张力[1]。用这种残胃连同脾及部分胰腺移入胸腔行食管胃吻合的方法适用于下段及部分低位的中段食管癌。我们体会这种术式残胃血运好，B—Ⅰ式胃大部切除术后者胃肠吻合口及部分近远段空肠也可提入胸腔以延长胃上提的长度，手术操作简单，仅需3～4小时即可完成手术。但对高位中段以上的食管癌用此种方法则不适用。对下段食管癌已侵及贲门时手术需切除部分残胃，胃上提有困难，也不适用。

二、空肠代胃及食管术：食管下段癌已累及残胃或残胃周围有明显转移淋巴结时，为了达到根治性切除的目的，常需切除残胃。遇这种情况，我们用Roux—y式行空肠代胃及食管。切除食管下段、残胃及原胃肠吻合口，病理证实食管残端无肿瘤残留后，远段空肠上提与食管吻合，近段空肠距食管空肠吻合口下30～40cm与远段空肠行端侧吻合。我们体会，食管与上提的远段空肠行端侧吻合较为合理，而不行端端吻合。这样做的优点为空肠残端闭合，空肠游离缘肠壁与食管吻合，即相当于延长了空肠游离的长度3～4cm，吻合口张力小，血运好。术时要注意充分松解远段空肠与周围的粘连，放射状切开血管弓部的网膜可使空肠上提延长。一般这种术式可把空肠提至弓下水平无张力。

三、结肠代食管术：结肠具有良好的血管弓，可拉至食管的任何部位与食管吻合。我们应用右半回结肠代食管，其优点为有足够长度，回肠与食管吻合口径大小合适且回盲瓣可阻止食物反流[2]。在胃大部分切除术后，应用右半回结肠更为理想。因为下腹粘连较轻，解剖位置变化不大，结肠血管弓显露清楚，松解容易。粘连的横结肠不必做过多松解，但结肠代食管手术复杂，需做3个吻合，需时较长，特别在胃大部切除术后、粘连和解剖变位更增加了手术难度。因此对于中上段以上的高位食管癌，残胃及空肠上提困难的病人选用结肠代食管。

四、吻合方式：吻合口瘘与吻合部位的血运及局部张力有直接关系。本组8例各部位的吻合均应用一层吻合法。这种吻合方法有以下优点：(1)由于不包埋，在同等游离状态下，可相应地减轻吻合部位的张力，增加食管切除长度。(2)食管仅需游离1～1.5cm，食管残端血运好。(3)血运直达吻合口，静脉及淋巴回流通畅，水肿轻，疤痕少，组织愈合快[3]。本组8例应用该方法吻合18处，2例发生颈部吻合口瘘。考虑与游离的回肠末端血运差有关。

（下转19页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

附表 多囊肾所致CRF与对照组肾动脉各项参数比较($\bar{x}\pm s$)

	CRF(n=60)	对照组(n=60)	P值
内径(cm)	0.37±0.08	0.51±0.05	<0.01
MV(cm/s)	22.05±7.53	40.02±9.31	<0.01
Vmax(cm/s)	58.89±24.51	80.06±17.43	<0.01
Vmin(cm/s)	12.18±4.32	22.86±0.42	<0.01
血流量(ml/min)	148.54±75.58	500.44±128.02	<0.01
RI	0.82±0.76	0.68±0.05	<0.01

结 果

1. 多囊肾所致CRF及正常人左右肾动脉内径、血流量和阻力指数测值之间均无差异($P>0.05$)。

2. CRF组肾动脉内径变细,血流量明显减低,阻力指数大于对照组(见附表)。

讨 论

多囊肾属先天性发育异常,早期无症状,40岁后开始逐渐出现临床症状,发展致晚期出现高血压和肾功能损害。终因尿毒症而死亡[1]。多囊肾所致的CRF是一个长期的慢性病程,随着年龄的增长,肾囊肿的数量增多和体积逐渐增大,使得大量的肾单位破坏,当残留的肾单位降至一定数量时,CRF症状即出现[2],血流只能通过残存的肾单位,致使肾血流量减少,肾动脉主干内径变细,使缺血更明显,同时出现的高血压、动脉硬化,累及肾动脉,而CRF时肾毒性物质对血管影响造成内膜水肿损害。因多囊肾所致CRF均为老年人,多伴有肥胖和消化不良引起的腹胀,因而有时测量肾动脉的内径较困难,RI仅用血流速度求证,不受这些因素的影响,比较容易观察。Platt等报道50例实质性病变肾脏RI高于正常[3]。Rifkin等通过对比研究糖尿病患者,认为肾小球硬化和间质硬化引起的高阻力可能是肾脏弥漫性缺血的原因[4],二维超声可清晰显示肾脏的囊肿数量和体积的大小及所剩肾实质的情况。本文观察到CRF组RI高于对照组,因此认为RI可作为评价肾功能的客观指标。CDFI可检查多囊肾所致CRF肾动脉各种参数的变化,具有快速、无痛苦、实时动态的优点,在透析期间可追踪观察,为临床诊断和评价肾动脉的功能状态、疾病的转归及疗效的判定提供了重要的依据。

参 考 文 献

1. 周永昌,郭万学主编. 超声医学. 第1版. 北京:北京科学技术出版社,1989,752.
2. 戴自英主编. 实用内科学. 第8版. 北京:人民卫生出版社,1998,1492.
3. Platt JF, et al. Radiology, 1989,154:1223.
4. Rifkin MD, et al. Ultrasound Med Biol, 1985,11:341.

(收稿:1998—07—28)

(上接第17页)

参 考 文 献

1. 杨林,张大为,张当刚. 胃大部切除术后食管癌的外科治疗——一新方法的尝试. 中华肿瘤杂志,1992,14:371.
2. 李朝先,温剑虎,李洁荫. 右半结肠代食管治疗食管良性狭窄的体会. 中华胸心血管外科杂志,1992,8:186.
3. 鲍海,王俭生,王国权. 食管—胃或空肠胸腔内一层吻合的临床应用. 大连医科大学学报,1996,18:101.

(收稿:1998—07—21)