DOI:10.16016/j.1000-5404.1983.04.013

下咽及颈段食管癌的外科治疗

蒋耀光 路作新 王如文 范士志 郑成位

（第三附属医院 胸外科）

摘 要

本文报告了我科近三年来收治的下咽及颈段食管癌12例，10例进行了手术，8例切除了肿瘤，其中7例采用了非开胸食管剥脱及胃移植，包括3例全喉及咽切除，另一例咽、喉切除及颈段食管切除后采用游离空肠自体移植重建食管。所有病例手术均较平稳。有三例发生严重并发症，一例术后死于心力衰竭，咽瘘及移植颈胃坏死各一例。胃部份坏死病例用腔内插管代替缺损，能进食软食后出院。随访6例中，2例于一年后死亡，4例生存。

下咽及颈段食管癌并不少见，手术切除率及其疗效不低于其他各段的食管癌。文中对手术适应证、方法及并发症进行了讨论。

下咽及颈段食管癌并不少见，Peracchia等[1]报告1279例食管癌中，下咽及颈段食管癌129例，占9.7%。Lett等[2]报告1800例食管癌中，下咽及颈段食管癌162例，占9%，我科近3年来收治下咽及颈段食管癌12例，占同期收容食管癌病例的10.2%。12例中10例进行了手术治疗，现将手术治疗的一些体会报告如下：

临 床 资 料

一、一般情况：本组10例中，男性8例，女性2例，年龄除1例为36岁外，其余9例均在45岁以上，超过60岁者3例。临床表现主要是吞咽困难，入院时能吃普食2例，半流3例，全流5例。2例有声音嘶哑。痰中带血及呼吸困难各一例。两例颈部可触及明显之包块，病期在半年以内5例，半年至一年4例，超过一年1例。病变位于下咽部4例，均可通过喉镜看到肿瘤，并取活检证实为鳞状上皮癌，6例食管吞钡检查，病变主要位于颈段，肿瘤长约2～6厘米，3例已累及上胸段。10例中8例切除了肿瘤，病理报告均为鳞状上皮癌。

二、手术：病员平卧位，肩部稍垫起，头偏向右侧，颈、胸、腹常规消毒。10例中除3例先于局麻下颈部探查，于切断气管时改用气管插管全麻外，其余7例均在静脉复合加气管插管麻醉下施行。先沿胸锁乳突肌前缘作切口探查，如果肿瘤未侵及颈动、静脉，则探查脊椎与食管间隙，如分离无困难，可通过食管后壁了解肿瘤与右侧颈动静脉的关系，再于食管与气管间隙探查肿瘤是否累及气管，这些探查步骤证实肿瘤可以切除，需要作咽、喉切除者，可延伸切口呈“U”字型，行咽、喉切除后，再切除及重建食管，不需要切除咽喉者，即可开腹游离胃，将食管非开胸内翻剥脱抽出，将胃经后纵隔原食管床送至颈部，与食管或咽部吻合。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne

行食管内翻剥脱之前，通过颈部及腹部切口尽可能多地钝性游离食管，颈部探查及钝性分离食管时，于锁骨处切断胸锁乳突肌，可获得良好的暴露。我们采取从颈部抽出食管，这样可以保持食管标本的完整，如从腹部抽出，则食管标本必须分成两段。食管剥脱后出血不多，本组7例食管剥脱病例，均在100毫升以下，于食管剥脱时我们常规跟踪一块大热盐水纱布于纵隔压迫止血。

本组10例中，4例下咽癌进行了咽、喉切除，3例采用内翻剥脱切除整个食管，将胃经食管床送至颈部与咽部吻合，另一例仅切除颈段食管，采用游离空肠移植重建食管，系膜动脉及静脉分别与甲状腺上动脉及颈外静脉分枝吻合，移植段空肠血运良好，病员顺利恢复经口饮食。4例下咽癌中，1例因肿瘤侵及左甲状腺而同时切除。6例颈段食管癌中，4例切除肿瘤，食管内翻剥脱后，胃与颈部食管或下咽吻合。未能切除之2例，一例单纯作了颈部探查，一例肿瘤与气管紧密粘连，切开食管腔内插管。所有病例手术经过均较平稳。

三、并发症及效果： 8例切除肿瘤之病例，1例颈段食管癌术后三天突然死于心力衰竭；1例下咽癌术后出现咽瘘，3个半月后死于急性绞窄性肠梗阻；另1例下咽癌术后发现移植于颈部的胃大部缺血坏死，并因唾液及胃内容物流入气管，引起急性呼吸功能衰竭，将坏死组织剪除后，采用喇叭型塑料管插入代替颈部食管缺损，并经要素饮食治疗，肉芽组织沿塑料管周围生长，能进食半流出院，病员于术后13个月死于肺部感染，局部未见肿瘤复发。其余5例均顺利恢复出院，随访1例14个月死亡，1例1年半仍生存，但颈部淋巴结有明显肿大，其余3例手术后未超过一年，均健在。

讨　论

（一）下咽及颈段食管癌并不少见，近三年来我科共收治下咽及颈段食管癌12例，占同期入院食管癌之10.2%，过去这类病人，多采用放射治疗或化疗，但其效果不佳，据报告[1]放疗3年的生存率为8%，5年生存率仅3%。由于肿瘤的不断生长，甚易阻塞食管及气管，大多数病人需要施行气管切开或胃造瘘。这类病人如未积极治疗，平均生存时间约5个月。据美国的统计[3]，仅20%的食管及40%的下咽癌在确诊后生存超过一年。因而目前国外不少作者[1][2][3]主张积极手术治疗，这些部位的手术切除率较高，手术的效果并不低于其他各段食管癌的效果。本组10例进行了手术，8例切除，较之我科其他各段食管癌之切除率（68.2%）为高。虽然本组病例不多，随访时间不长，但初步观察效果还是比较好的。

（二）肿瘤切除后，缺损食管的重建有以下几种方法：（1）用皮瓣整形，这种方法对病人的手术创伤较小，比较安全，但需要多次手术及长期不能经口进食，据报告[1]其愈合时间56天至112天，现已较少应用；（2）带血管之胃，空肠或结肠移植于颈部，与颈部食管或咽部吻合，这种方法应用较多，特别是用胃更较简单、方便，能一期完成手术，早期恢复经口饮食等优点。近年来已广泛采用非开胸食管剥脱术[1][4][4][6][7]，这种手术具有方法简便，不开胸手术创伤少，出血不多，也比较安全。全食管切除，最大限度切除可能累及或残留的恶性病变。将胃通过后纵隔原食管床送至颈部，大多数病例均可在无张力情况下完成吻合。仅个别病例因胃过小而不能利用。本组有7例采用胃代食管，有一例胃小勉强与咽部吻合而造成大块胃壁坏死。这是值得吸取的教训。（3）游离空肠移植：随着显微外科的进展，利用游离空肠代替食管缺损的报告逐渐增多[1][8][9]，Peracchia报告的74例颈段食管癌切除重建手术中，有18例采用游离空肠移植，这种方法如果显微外科技术熟练，保证吻合

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne

血管的通畅，效果是满意的，除一期完成手术，能早期恢复经口进食外，尚具有创伤小及符合解剖生理要求的优点。本组一例下咽癌采用这种方法，并于10天恢复经口进食，效果满意。

（三）本组病例手术的选择主要根据以下原则：（1）全身情况尚好，无重要器官严重病变；（2）无远处转移，如颈部淋巴结有转移，但估计能够清除，本组有两例颈部淋巴结有肿大，于手术时予以清扫；（3）局部侵润较严重，但与颈动、静脉可以分开；甲状腺受累及或转移，亦可手术，手术时尽可能保留一侧或部份甲状腺组织，本组一例术前颈部有甚大之包块，将左颈动脉往外推移，但其间仍有间隙，术中同时切除了左侧甲状腺，随访已18个月，仍然生存；（4）下咽癌无论是否累及气管或声门，均应作咽及喉切除本组4例均作了咽喉切除，行永久性气管造瘘，我们认为这样虽然造成了病人失声的痛苦，但扩大了根治的可能性及避免了术后返流引起的严重肺部并发症；（5）上颈段食管癌累及气管或声门，亦应同时切除咽、喉。如颈段食管癌侵及气管下段，不能作颈部气管造瘘者，我们即放弃手术，本组两例未切除属于这种类型；（6）肿瘤之下界在胸骨切迹平面以上，或病变较早，外侵不严重之下颈上胸段食管癌亦可经颈部切口手术。

（四）本组切除的8例中术后有3例发生严重的并发症，一例术后三天突然出现心力衰竭死亡，一例咽瘘，于术后三个半月在咽瘘尚未愈合之前发生急性绞窄性肠梗阻死亡。另一例下咽癌术后移植的颈部胃大部坏死[10]，并引起气管后壁坏死，局部感染及分泌物流入气管引起的肺部感染均很严重，在这种情况下施行其他类型的重建手术是不可能的，因而我们在清除坏死组织后用喇叭型塑料管插入，使口底与残胃连接，涎液经导管进入胃内，肺部感染很快得到控制，并经鼻饲管给予要素饮食，肉芽纤维组织不断沿塑料管周围生长，病员在插管后50天恢复经口进食，能吃半流出院。通过本例的处理，我们认为这种置管方法对颈部食管缺损而病情危重，不允许进行其他重建手术的病例是有用的，这种方法简单，安全，能恢复经口进食，病情恢复后尚可再作其他重建手术。

吻合口瘘及移植器官的部份坏死是下咽及颈段食管癌术后的严重并发症，Peracchia 报告用结肠代食管18例，有6例发生瘘，4例坏死，6例死亡；游离空肠18例，6例发生瘘，3例坏死，2例死亡；全食管剥脱后用胃代食管32例，10例发生瘘，5例坏死，5例死亡。由此可见减少瘘及坏死的发生是降低术后死亡率的关键，发生瘘及坏死的主要原因是由于局部血液供应不良及吻合时有张力。本组8例吻合中，发生瘘及坏死各一例，随着经验的积累，技术水平不断提高，这些并发症是可以大大减少的。

小　结

本文报告了我科近三年来外科治疗的10例下咽及颈段食管癌，其中8例切除了肿瘤，4例下咽癌作了咽、喉切除，8例中7例采用非开胸内翻剥脱于颈部抽出食管，将胃通过后纵隔送至颈部与颈部食管或咽部吻合，一例下咽癌采用游离空肠重建。术后早期死亡一例。咽瘘及移植的颈胃坏死各一例，文中对这类病例手术的必要性、适应症及并发症进行了讨论，采用食管内翻剥脱具有不开胸、手术创伤少、手术方法简便、出血不多、全食管切除、最大限度切除肿瘤可能累及或残留的恶性病变一期完成手术等优点。但如果有显微外科条件，在适合的病例采用游离空肠效果更佳。文中简单介绍了用喇叭型塑料管插入治疗颈胃坏死的方法。

（本文中部分手术病例得到刘兆华、王守忠、李祖[illegible]等[illegible]师协助，特此感谢。）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne

参 考 文 献

(1) Peracchia A, et al: Int Surg 67:135, 1982
(2) Lett Z, et al: Int Surg 6:129, 1982
(3) Bains MS, et al: SGO 149(5):693, 1979
(4) Akiyama H: Current Problem in Surgery Vol 17, NO 2, 1980
(5) 黄国俊等：中华肿瘤杂志，1 (4):245, 1979
(6) 吴昕齐等：中华医学杂志，59(6):358, 1979
(7) 雷道鑫等：中华外科杂志，19(5):263, 1981
(8) Sasaki TM, et al: Am J Surg 135(5):650, 1979
(9) 张涤生等：中华外科杂志 17(3):154, 1979
(10) 蒋耀光等：中华外科杂志 9:572 1983

The Surgical Treatment of the Hypopharyngeal and Cervical Esophageal Carcinoma

Jiang Yaoguang, Lu Zuoxin, Wang Ruwen, Fan Shizhi, Zheng Chengwei

(Department of Thoracic Surgery, Third Teaching Hospital, The Third Military Medical College)

This paper is to report the result of the surgical treatment of 12 cases of carcinoma of the hypopharynx and cervical esophagus in a period of 3 years.

Ten out of the 12 cases were explored and resection of the tumor was performed on 8 cases. In 7 cases out of the 8, the esophagus was stripped out and the stomach was transposed without thoracotomy and total pharyngolaryngectomy was performed in addition on 3 of them. In the 8th resected case, the pharynx, larynx and the cervical esophagus were resected and then a segment of jejunum was isolated and transplanted to reconstruct an esophagus.

All the cases stood the operation rather well. Postoperatively 3 cases developed serious complications; one died of cardiac failure, one developed salivary fistula and the third one developed partial ischemic necrosis of the transposed stomach. The last patient was treated with intraluminal intubation and he could take soft food when he was discharged. Six cases were followed up for years; two died one year after operation and 4 are living.

The operative indications, the method of approach, and the postoperative complications were discussed. It is concluded that carcinoma of the hypopharynx and cervical esophagus is not an uncommon disease with high resectability and better survival rate as compared with carcinomas of other sites, but early detection and prompt operation are imperative for a cure.

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne