

· 临床研究 ·

不同术式对中上段食管癌根治术后颈部吻合口瘘治疗的对比研究

杨正宏

(重庆市荣昌县永荣总医院外一科 402460)

摘要:目的 探讨中上段食管癌根治术后颈部吻合口瘘的发生原因及对策。方法 选择该院 2005 年 1 月至 2009 年 12 月食管癌根治术后颈部吻合口瘘患者 152 例,将其分为 2 组,其中经左颈、左胸两切口切除为两切口组($n=72$),经左颈、右胸、腹正中三切口切除为三切口组($n=80$)。结果 两组患者手术时间,术中出血情况,术后 ICU 监护时间、胃肠减压时间、胃肠减压量、胸腔闭式引流时间及胸腔闭式引流量的差异无统计学意义。结论 根治术后颈部吻合口瘘具有较高的发生率,避免污染是避免吻合口瘘发生的关键。

关键词:食管肿瘤;颈部吻合口瘘;预防

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.27.016

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2011)27-2738-02

Comparative study on the treatment effects of cervical anastomotic leakage after mid-upper esophageal carcinoma resection with different surgery methods

Yang Zhenghong

(The First Department of Surgery Yongrong Hospital of Rongchang District, Chongqing 402460, China)

Abstract: Objective To investigate the causes and prevention measures of cervical anastomotic leakage after mid-upper esophageal carcinoma resection. **Methods** 152 cases of esophageal carcinoma from January 2005 to December 2009 in our hospital were divided into group of two incisions with resection of the left cervical and the left thoracic (72 cases) and the group of three incisions with resection of the left cervical, the left thoracic and the median abdominal wall (80 cases). **Results** There were no statistical significance in the operation time, haemorrhage, caring time in ICU after operation, time of gastrointestinal decompression and drainage, and the time of closed drainage of pleural cavity and drainage of the two groups. **Conclusion** The cervical anastomosis leakage after the surgery is easy to occur. The essential way to prevent is keep from pollution.

Key words: esophageal neoplasms; cervical anastomosis leakage; prevention

食管癌的死亡率居全球肿瘤死亡的第 6 位,食管癌的治疗经过几十年的探索及尝试,其长期生存率仍较低,总体 5 年生存率未超过 10%^[1-2]。食管癌根治术后可引起吻合口瘘、吻合口狭窄、胃食管反流、胸胃综合征等各种并发症,严重影响了患者的生活质量及预后^[3-4]。食管癌根治术后吻合口瘘是患者手术后最严重的并发症,颈部吻合口瘘的诊断和治疗均有其的特点。现将本院食管癌根治术后胃代食管颈部吻合术治疗患者 152 例的治疗结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2005 年 1 月至 2009 年 12 月食管癌根治术后颈部吻合口瘘患者 152 例,将其分为 2 组。经左颈、左胸两切口切除 72 例为两切口组,其中男 42 例,女 30 例;年龄 36~78 岁,平均 52 岁;中段癌 35 例,上段癌 37 例;病变范围 2~8 cm,平均 5.5 cm。经左颈、右胸、腹正中三切口切除 80 例三切口组,其中男 42 例,女 38 例;年龄 36~80 岁,平均 56 岁。中段癌 45 例,上段癌 35 例;病变范围 2~6 cm,平均

3.5 cm。

1.2 手术方式 研究对象均行食管癌根治术后。游离胃后,自幽门上 2~3 cm 处起始,使用切割缝合器沿小弯与大弯平行切开直至胃底,制成顺行窄管状胃(保留胃右动脉幽门管分支),管状胃内径 3.0~4.0 cm,行管状胃食管残端手工吻合。术后给予肠内营养或静脉营养支持等治疗,行标准多西他赛加铂类方案化疗。

2 结果

两组患者手术时间和术中出血情况及其术后重症监护(emergency medicine, ICU)监护时间、胃肠减压时间及引流量、胸腔闭式引流时间及引流量见表 1~2。

表 1 两组患者手术时间和术中出血情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(h)	术中出血(mL)
三切口组	80	5.3±0.9	273.9±104.1
两切口组	72	5.0±1.1	264.1±114.6

表 2 两组患者术后监护情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	ICU 监护时间(d)	胃肠减压时间(d)	胃肠减压量(mL)	胸腔闭式引流时间(d)	胸腔闭式引流量(mL)
三切口组	4.7±1.3	6.7±1.9	2 077.4±155.1	8.8±3.2	1 336.4±104.9
两切口组	4.9±1.3	6.4±1.9	2 154.0±153.2	8.6±3.0	1 241.3±165.1

3 讨论

食管癌的外科手术治疗方法多,吻合部位可为颈部,左、右胸顶部,主动脉弓上、下吻合等。吻合口位置高、胃张力大、胸廓出口狭窄、而操作时间长等原因引起的血供差,均可导致局部缺血坏死发生吻合口瘘。此外,颈部吻合由于操作空间小,

回旋余地不足,吻合过程中食管端和胃端的开放必然对吻合口及其周围组织有不同程度的污染^[5]。颈部吻合口缺少胸膜组织覆盖等也是导致颈部吻合口瘘好发的原因之一^[6-7]。本研究两组患者手术时间、术中出血情况及其术后 ICU 监护时间、胃肠减压时间及引流量差异均无统计学意义。为了降低颈部吻

合口瘘的发生率,可将移植胃缝缩成管状,延长胃的长度,一般可延长 30~35 cm,使其足够提至胸顶及颈部,满足各种吻合要求,降低吻合后吻合口张力,提高吻合安全性。同时,该术式使吻合口处血供增加,利于吻合口愈合^[8-12]。本研究充分扩大主动脉弓后间隙,使之能容 3 指左右,防止对移植胃的压迫造成血液供应障碍。充分扩大胸腔入口,使之能容 2~3 指,避免将胃硬性提拉,造成胃壁缺血、坏死,造成胃穿孔。有研究显示,通过延长胃肠减压管留置时间有助于减轻咳嗽对吻合口的冲击,促进其愈合,从而减少吻合口瘘的发生^[13-16]。

总之,要严格注意无菌操作,尽量减少胃、食管腔内容物污染,减少感染致继发吻合口瘘的发生率。术后一定要保持颈部切口引流通畅,引流口处及时换药,有效引流。降低吻合口张力,保证胸腔入口主动脉弓后间隙宽度,延长胃肠减压管留置时间,防止污染是避免吻合口瘘发生的关键。

参考文献:

- [1] 韩利勋,吉占全.食管癌颈部吻合口瘘与感染关系的研究[J].医学研究杂志,2009,6(38):89-91.
- [2] 陈建华,卫功铨,邵令方,等.食管癌颈部、胸内吻合术疗效对比观察及生活质量评价[J].中华肿瘤杂志,1996,18(2):131-133.
- [3] Paul S,Bueno R. Complications following esophagectomy: early detection,treatment,and prevention[J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg,2003,15(2):210-215.
- [4] Buunen M,Rooijens PP,Smaal HJ,et al. Vascular anatomy of the stomach related to gastric tube construction [J]. Dis Esophagus,2008,21(3):272-274.
- [5] 孙勇.中上段食管癌切除后颈部吻合口瘘的原因及预防[J].临床医学,2009,29(7):25-26.
- [6] 方文涛,陈文虎,范利民,等.食管癌切除术后不同重建途径吻合口瘘的原因及预防[J].中华胃肠外科杂志,2005,8(3):217-219.

(上接第 2737 页)

镜手术组创伤更小,患者术后恢复更快。

综上所述,腹腔镜应用于直肠癌手术中,手术时间短,出血少,创伤小,患者恢复更快,对于无肠梗阻以及肿瘤与周围组织无明显浸润的直肠癌患者,腹腔镜手术可以作为首选的手术方式。

参考文献:

- [1] Kehlet H,Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg,2002,183(6):630-641.
- [2] Zausig YA,Weigand MA,Graf BM. Perioperative fluid management;an analysis of the present situation[J]. Anaesthetist,2006,55(4):371-390.
- [3] Sessler DI. Mild perioperative hypothermia[J]. N Engl J Med,2008,336(24):1730-1737.
- [4] Schuster TG,Montie JE. Postoperative ileus after abdominal surgery[J]. Urology,2002,59(4):465-471.
- [5] Guillou PJ,Quirke P,Thorpe H,et al. Short-term end-points of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial[J]. Lan-

- [7] Rice T, Rush V, Apperson Hansen C, et al. Worldwide esophageal cancer collaboration [J]. Dis Esophagus, 2009, 22(1):1-8.
- [8] Boone J, Livestro DP, Elias SG, et al. International survey on esophageal cancer: part I surgical techniques [J]. Dis Esophagus, 2009, 22(3):195-202.
- [9] Lauschke H, Tolba R, Hirner A. History of surgical esophageal replacement [J]. Chirurg, 2001, 72(8):973-977.
- [10] Kitayama J, Kaisaki S, Ishigami H, et al. Angleplasty in gastric tube reconstruction after esophagectomy [J]. Dis Esophagus, 2009, 22(5):418-421.
- [11] Lagergren P, Avery KN, Hughes R, et al. Health-related Quality of Life Among Patients Cured by Surgery for Esophageal Cancer [J]. Cancer, 2007, 110(3):686-693.
- [12] Buunen M, Rooijens PP, Smaal HJ, et al. Vascular anatomy of the stomach related to gastric tube construction [J]. Dis Esophagus, 2008, 21(3):272-274.
- [13] Terashima T, Homma S, Watanabe N, et al. Motor and electrogastrographic activity of the gastric tube formed after esophagectomy [J]. J Smooth Muscle Res, 2005, 41(2):96-106.
- [14] 王志夏,李爱国,谭小荣,等.食管癌贲门癌经胸切除术 512 例 [J]. 中华胸心血管外科杂志,2006,22(5):345.
- [15] Egberts JH, Schniewind B, Bestmann B, et al. Impact of the site of anastomosis after oncologic esophagectomy on quality of life: a prospective, longitudinal outcome study [J]. Ann Surg Oncol, 2008, 15(2):566-575.
- [16] 熊刚,邱阳,杨康,等.1 924 例食管癌和贲门癌的外科治疗经验 [J]. 重庆医学,2008,37(4):45-47.

(收稿日期:2011-05-20 修回日期:2011-06-22)

cet,2005,365(9472):1718-1726.

- [6] Milsom JW, Böhm B, Hammerhofer KA, et al. A prospective, randomized trial comparing laparoscopic versus conventional techniques in colorectal cancer surgery: a preliminary report [J]. J Am Coll Surg, 1998, 187(1):46-54.
- [7] Nelson R, Tse B, Edwards S. Systematic review of prophylactic nasogastric decompression after abdominal operations [J]. Br J Surg, 2009, 92(6):673-680.
- [8] 李元新,李幼生,黎介寿.胃肠外科围术期处理中的加速康复外科的新理念 [J]. 实用临床医药杂志,2007,11(5):12-14.
- [9] 池畔,林惠铭,徐宗斌,等.腹腔镜与开腹结直肠癌根治术围术期并发症发生率比较 [J]. 中华胃肠外科杂志,2006,9(3):21-22.
- [10] King PM, Blazeby JM, Ewings P, et al. Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery for colorectal cancer within an enhanced recovery programme [J]. Br J Surg, 2006, 93(3):300-308.

(收稿日期:2011-06-26 修回日期:2011-08-02)