

• 临床研究 •

两种手术方式治疗下段食管癌的临床研究

高 杨,周海英

(河北唐山工人医院胸外科,河北唐山 063000)

摘 要:**目的** 对治疗下段食管癌的两种不同手术方式进行比较和评价,为下段食管癌临床手术方式的选择提供依据。**方法** 回顾分析 235 例下段食管癌手术病例,按手术方式将其分为左胸后外侧单切口组(单切口组)和右胸联合上腹正中双切口组(双切口组)。比较两组病例的手术时间、住院时间、胸腔引流管留置时间、淋巴结清扫数目、术后主要并发症的发生率及食管上切缘阳性率。**结果** 两组在手术时间、淋巴结清扫数目、住院时间等方面比较差异有统计学意义($P<0.05$),单切口组和双切口组相比在术后并发症方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 两种手术方法比较有各自的优点和弊端,在临床上应该根据患者病情,合理选择手术方式。

关键词:食管肿瘤;胸外科手术;淋巴结切除术
doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.12.011 文献标识码:A 文章编号:1671-8348(2013)12-1347-03

The clinical research of two kinds of operation approach to treat patients with lower thoracic esophageal carcinoma

Gao Yang, Zhou Haiying

(Department of Thoracic Surgery, Tangshan Workers' Hospital, Tangshan, Heibei 063000, China)

Abstract:**Objective** To compare and evaluate two different surgical methods for the treatment of the lower esophagus, and to provide the basis for the lower segment esophageal cancer surgery choices. **Methods** A total of 235 cases of esophageal cancer surgery cases were retrospectively analyzed, which were divided into the left chest posterolateral single-incision group and the right chest joint epigastric middle of the two-incision group. The clinical and pathological indexes were compared between the two groups, including the operative time, the number of the lymph nodes cleaning, the incidence of postoperative complications, upper esophageal positive margin rate, length of stay and thoracic cavity drainage tube indwelling time. **Results** The index of two groups' data in the operation time, the number of the lymph nodes cleaning and length of stay was significant different ($P<0.05$); The difference of the single incision group and the two incision group in the postoperative complications aspect was not statistically significant ($P>0.05$). **Conclusion** Two surgical techniques have their own advantages and disadvantages, which in clinical practice should be based on the patient's condition, reasonable choice of surgical approach.

Key words: esophageal neoplasms; thoracic surgical procedures; lymph node excision

食管癌是一种常见的消化道多发肿瘤,开胸食管切除、区域淋巴结清扫并消化道重建仍然是治疗食管癌的经典外科方法^[1],本科采用左胸单切口和右胸联合上腹正中双切口两种手术方式治疗下段食管癌 235 例,临床效果良好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 整理 235 例下段食管癌病例,按照手术方式将其分为右胸联合上腹正中双切口组(双切口组)125 例,其中男 87 例,女 38 例;左胸后外侧单切口组(单切口组)110 例,其中男 76 例,女 34 例。组织学分型以鳞状细胞癌为主,单切口组鳞状细胞癌 108 例、腺癌 2 例;双切口组鳞状细胞癌 122 例、腺癌 3 例。双切口组Ⅰ期 5 例、Ⅱ期 112 例、Ⅲ期 8 例;单切口组Ⅰ期 10 例、Ⅱ期 96 例、Ⅲ期 4 例。两组病例在年龄、性别、民族、组织类型及病理分期等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 (1)经左侧第 6 肋间胸后外侧切口的单切口术式。(2)经腹部正中切口和右胸第 5 肋或第 6 肋间后侧外切口的双切口术式。

1.2.2 观察指标 术后统计比较两组术式的手术时间、留置

胸腔引流管时间、胸腹二野淋巴结清扫数目、术后的住院时间;食管上切缘阳性率及术后围术期并发症的发生率。

表 1 两组病例的术前资料及临床特点比较(n)

项目	双切口组 (n=125)	单切口组 (n=110)	χ^2	P
年龄(岁)				
40~50	13	5	4.729	0.094
>50~60	107	92		
>60	5	13		
性别				
男	87	76	0.007	0.933
女	38	34		
民族				
汉	58	47	2.009	0.366
维	30	17		
哈	37	36		
组织类型				
鳞癌	122	108	0.095	0.758

续表 1 两组病例的术前资料及临床特点比较(n)				
项目	双切口组 (n=125)	单切口组 (n=110)	χ^2	P
腺癌	3	2		
分期				
I	5	10	3.287	0.193
II	112	96		
III	8	4		

1.3 统计学处理 数据采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计意义。

2 结 果

2.1 两组手术时间、淋巴结清扫数目、留置引流管时间及住院天数比较 单切口组手术时间较双切口组手术时间短,单切口

组淋巴结清扫个数少于双切口组清扫个数,单切口组术后平均住院日少于双切口组,差异具有统计学意义($P<0.05$);单切口组术后平均胸腔引流管留置时间少于双切口组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

2.2 两组食管上切缘阳性率比较 双切口组阳性 2 例(1.60%),单切口组发生 5 例(4.54%),食管上切缘阳性率单就数据统计而言单切口组高于双切口组,但两组比较差异无统计学意义($\chi^2=1.756,P=0.185$)。两组研究病例中均未出现下切缘阳性病例。

2.3 两组并发症发生率比较 围术期并发症发生率两组病例统计的并发症均为围术期并发症,包括肺部并发症、乳糜胸、吻合口漏、喉返神经损伤、吻合口狭窄、胃排空障碍等^[2]。两者差异无统计学意义($P>0.05$)。两组均无围术期死亡病例。见表 3。

表 2 两组在手术时间、淋巴结清扫数目、留置引流管时间、住院天数相关资料的统计分析($\bar{x}\pm s$)

组别	n	手术时间(min)	淋巴结清扫数目	留置引流管时间(d)	住院天数(d)
双切口组	125	265.43±13.16	11.820±1.139	6.240±0.865	15.690±1.405
单切口组	110	225.44±11.97	8.030±1.153	6.110±0.828	13.210±1.293
t		24.201	25.302	1.181	14.007
P		0.000	0.000	0.239	0.000

表 3 两组在围术期并发症等相关资料比较[n(%)]

组别	n	术后并发症	肺部并发症	乳糜胸	吻合口瘘	喉返神经损伤	吻合口狭窄	胃排空障碍
双切口组	125	43(34.40)	16(12.80)	2(1.60)	1(0.80)	2(1.60)	2(1.60)	20(16.00)
单切口组	110	41(37.23)	11(10.00)	3(2.73)	3(2.73)	4(3.64)	4(3.64)	16(14.55)
χ^2		0.21	0.451	0.357	1.299	0.975	0.975	0.095
P		0.647	0.502	0.55	0.254	0.323	0.323	0.757

3 讨 论

左胸单切口主动脉弓上和弓上吻合术主要适用于下段或病变局限的中段食管癌^[3]。优点是只需一个左胸切口;术中不需要变换患者的体位,手术时间短。缺点是主动脉弓上吻合时手术视野暴露差,手术操作有一定的难度,现多采用吻合器行弓上胃食管吻合^[4];主动脉后及弓上食管旁淋巴结清扫受限;有食管癌切除长度不足,切缘阳性可能。右胸及上腹两切口食管癌切除术适用于胸下段及局限的胸中段食管癌。优点是手术视野清楚,淋巴结的清扫比单切口组更完全。下段食管癌右胸切口术式的切除率为 83.0%,左胸切口术式的切除率为 75.4%^[5],彻底的胸腹二野清扫淋巴结清扫,有利于对肿瘤的术后病理分期、肿瘤的预后判断、更好的制订术后放化疗计划。目前对隆突以下及近贲门部者多数医生采取左后外侧开胸术式;而对隆突以上者则多采取右后外开胸和胸腹二野淋巴结清扫术式^[6],相对于单切口手术,缺点是手术过程复杂,患者术后恢复较慢,住院时间较长,住院花费较高。

在两组吻合口瘘的发生率比较中,本文发生吻合口瘘的例数,与相关资料报道术后吻合口瘘的发生率为 2.1%~11.6%^[7],基本吻合。有学者统计胸内吻合瘘的发生率为

2.99%、颈部吻合的瘘发病率为 10.1%,胸部吻合口瘘死亡率为 62.5%、颈部吻合口瘘死亡率为 16.7%^[8]。

两组围术期并发症中,胃排空障碍多于其他并发症,按发病机制可分为功能性和机械性两类。发病相关因素有:(1)患者的焦虑、恐惧、失眠等诸多精神、心理因素导致胃排空障碍^[10];(2)术中行胃、幽门、甚至十二指肠侧腹膜的广泛游离,易导致其水肿和粘连影响胃排空^[11];(3)对胃壁的牵拉、挤压会引起胃壁组织受到不同程度的损伤,都会影响术后胃壁的血运障碍^[12];(4)术后全胃或部分上提到负压的胸腔后,其正压状态与压力梯度发生明显的变化^[13],相对性的导致胃张力过大而影响胸腔胃的排空。发生乳糜胸的原因分为外伤性和梗阻性两类,发病原因:(1)食管肿瘤术前放化疗后使局部组织质脆、水肿,导致胸导管损伤概率增高;(2)左胸切口由于主动脉弓的遮挡手术视野暴露不充分,易导致在游离主动脉弓后部食管时损伤胸导管;(3)术中损伤难以观察到的胸导管变异小分支^[13]。

肺部并发症包括肺炎、肺不张、肺脓肿及急性呼吸窘迫综合征等,发生率在 1%~6%。病因:(1)淋巴系统遭到破坏,影响淋巴回流而造成肺组织间质水肿;(2)胃管或气管插管的刺

激以及术中迷走神经兴奋等因素使气管分泌物增多;(3)术后患者因切口疼痛或体力虚弱咳嗽无力造成气管分泌物不能咳出^[14]。喉返神经损伤则多为术中操作不仔细误伤喉返神经所致。

综上所述,单切口组较双切口组手术时间短,创伤小,恢复快,住院时间短。故对创伤不宜过大,手术时间不宜过长及手术耐受力差的高龄下段食管癌患者建议采用左胸单切口术式^[15]。而双切口组与单切口组相比手术视野暴露好,癌肿切除彻底,易于实现食管次全切除,食管、胃吻合确切可靠,淋巴清扫数目多。清扫淋巴结数目多,利于术后的病理分期,预后的判断,指导术后放化疗的进行。从这点上看,右胸联合腹正中切口较左胸单切口法更为合理。

参考文献:

[1] 许洁,贺晓,李秀敏.不同治疗方式对食管癌患者生存质量影响的研究进展[J]. 护士进修杂志,2012,27(20):1841-1842.

[2] 郁帮俊.结直肠癌围术期的护理体会[J]. 护理实践与研究,2008,5(9):49,79.

[3] 郎贤平,王晓东,黄波.经食管床行弓上吻合治疗老年中下段食管癌 42 例分析[J]. 中国老年学杂志,2011,31(10):1878-1879.

[4] 何建胜,方基业.食管下段贲门胃底癌术吻合口瘘的预防[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(6):895-896.

[5] Lee S, Park YH, Kim, KH, et al. Thymidine synthase, thymidine phosphorylase, and excision repair cross-complementation group I expression as predictive markers of capecitabine plus cisplatin chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced oesophageal squa-

mous cell carcinoma[J]. Br J Cancer, 2010, 103(6):845-851.

[6] 李辉.我国食管外科现状分析[J]. 中华外科杂志,2007,45(10):654-656.

[7] 高艺.食道癌贲门癌术后预防吻合口瘘的护理干预[J]. 临床肺科杂志,2009,14(3):417.

[8] Kim MK, Cho KJ, Kwon GY, et al. ERCCI predicting chemoradiation resistance and poor outcome in oesophageal cancer[J]. Eur J Cancer, 2008, 44(1):54-60.

[9] 伍青,朱彦君.食管癌疗效相关肿瘤生物标志物的研究进展[J]. 中国肿瘤,2012,21(10):775-778.

[10] 魏飞,曹旭,冯志健,等.食管癌术后早期肠内与全肠外营养对患者的影响[J]. 江苏医药,2012,38(18):2197-2198.

[11] Lanuti M, de Delva PE, Wright CD, et al. Post-esophagectomy gastric outlet obstruction: role of pyloromyotomy and management with endoscopic pyloric dilatation [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2009, 31(2):149-153.

[12] 梁永妃,屠福汉,徐慧敏,等.气管导管引导下置入空肠营养管在胃切除手术中的应用[J]. 中国全科医学,2012,15(5):570-571.

[13] 周福有,陈克能,马金山,等.食管癌术后乳糜胸的相关因素及其治疗[J]. 中国癌症杂志,2009,9(2):103-104.

[14] 汪红英,付丹,梅文芳.食管癌术后肺部并发症预防及护理[J]. 护理实践与研究,2009,6(5):59-60.

[15] 冯维中,李泽亚,陈春来.高龄食管癌、贲门癌的手术治疗[J]. 现代预防医学,2012,39(14):3752,3754.

(收稿日期:2012-11-13 修回日期:2013-03-10)

(上接第 1346 页)

参考文献:

[1] 谢玲,蒋勇.乳磨牙早失致牙弓长度改变的研究[J]. 安徽医药,2011,15(8):965-966.

[2] 杨清岭,赵王月,赵莉,等.间隙保持器在乳磨牙早失应用中的临床观察[J]. 黑龙江医药科学,2008,31(2):74-74.

[3] 卢红飞,麦志辉,陈奇,等.两种儿童间隙保持器临床应用的对比研究[J]. 中华全科医学,2010,8(7):837-838.

[4] 卢红飞,艾虹,麦志辉,等.铸造式间隙保持器应用于乳磨牙早失患者的临床研究[J]. 中国儿童保健杂志,2009,17(4):472-473.

[5] 雷志云,邓卓峰,游涛,等.预成冠间隙保持器在第一前磨牙助萌中的应用[J]. 临床口腔医学杂志,2010,26(3):180-181.

[6] 陈新,叶浪.两种活动保持器佩戴依从性的比较[J]. 重庆医学,2011,40(24):2446-2448.

[7] 许晓岑.正畸保持器的临床效果评价[D]. 上海:上海交通大学,2009.

[8] 陈慧霞,张承洁,李媛,等.透明保持器对颞肌、咬肌肌电影响的分析研究[J]. 实用腔医学杂志,2009,25(6):900-901.

[9] 梁爱燕,王大为.间隙保持器的研究进展[J]. 广东牙病防治,2009,17(12):606-609.

[10] 靳爱萍,胡晓聪,黄月燕,等.固定正畸技术在上颌前牙埋伏阻生治疗中的应用[J]. 中国美容医学,2011,20(12):1966-1967.

[11] 谢玲,蒋勇.丝圈式保持器在预防乳磨牙早失中间隙变化的临床应用和疗效评价[J]. 安徽医科大学学报,2010,45(3):440-442.

[12] 林碧琛,杨杰,赵玉鸣,等.缺失恒牙胚的乳牙牙髓在牙根吸收中作用的实验观察[J]. 中华口腔医学杂志,2011,46(3):157-161.

[13] 张和平,范小兰,朱金艳.四手操作技术在间隙保持器治疗中的应用体会[J]. 现代实用医学,2012,47(7):823-824.

(收稿日期:2012-11-21 修回日期:2013-03-19)