

小切口管状胃食管癌根治术临床疗效分析

王志, 李振龙, 刘玉杰, 梁风, 王琴华
武警北京总队第三医院 胸外科, 北京 100041

摘要: **目的** 探讨小切口联合管状胃成形食管癌根治术的临床疗效。**方法** 对本院 2009 年 10 月 - 2012 年 3 月间 150 例小切口管状胃成形食管癌根治术患者的临床资料进行回顾性分析, 统计手术时间、术中出血量、术后并发症及术后肺功能的变化, 对该术式进行评价。**结果** 150 例食管癌根治切除率为 100%; 手术切口长度 (13.4 ± 2.8) cm; 手术时间 (213 ± 28) min; 术中出血量 (340 ± 207.2) ml; 术后并发症发生率为 10.5%, 其中肺部并发症占据第 1 位, 为 4%; 术后 1 个月用力肺活量 (2.73 ± 0.85) L, 第 1 秒用力呼气容积 (1.91 ± 0.32) L, 与术前相比无明显下降 ($P > 0.05$)。**结论** 与传统手术相比, 小切口联合管状胃食管癌根治术具有创伤小、并发症少、操作简单等优点, 但需严格掌握适应证。

关键词: 小切口; 管状胃; 食管癌根治术

中图分类号: R 655.4 文献标志码: A 文章编号: 2095-5227(2013)09-0970-03 DOI: 10.3969/j.issn.2095-5227.2013.09.023
网络出版时间: 2013-04-28 15:09 网络出版地址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/11.3275.R.20130428.1509.006.html>

Clinical outcome of radical gastroesophagectomy with a small incision in patients tubular gastroesophageal cancer

WANG Zhi, LI Zhen-long, LIU Yu-jie, LIANG Feng, WANG Qin-hua

Department of Thoracic Surgery, The Third Hospital of Armed Police Corps, Beijing 100041, China

The first author: WANG Zhi. Email: ff2061222@163.com

Abstract: Objective To study the clinical outcome of radical gastroesophagectomy with small incision in patients with tubular gastroesophageal cancer. **Methods** Clinical data about 150 gastrogastroesophageal cancer patients who underwent radical gastroesophagectomy with a small incision in our hospital from October 2009 to March 2012 were retrospectively analyzed. The procedure was assessed according to the operation time, intraoperative blood loss, postoperative complications and pulmonary function. **Results** The radical resection rate of gastroesophageal cancer was 100%. The incision was (13.4 ± 2.8) cm long. The operation time was (213 ± 28) min. The intraoperative blood loss was (340 ± 207.2) ml. The incidence of postoperative complications was 10.5%. The incidence of pulmonary complication was the highest, accounting for 4%. The forced vital capacity and expiratory volume were (2.73 ± 0.85) L and (1.91 ± 0.32) L, respectively, 1 month and 1 second after operation, which were not significantly lower than those before operation ($P > 0.05$). **Conclusion** Radical gastroesophagectomy with a small incision is characterized by less traumas, less complications and easy to perform as compared with traditional surgery, but its indications should be strictly taken into consideration. **Key words:** minimally incision; gastric tube; esophagectomy

传统的左后外侧一切口或胸腹两切口作为食管癌的经典术式, 在国内应用已有 70 年的历史。但其切口长、创伤大、术后患者恢复慢, 且并发症较多^[1]。目前小切口联合管状胸腔胃食管癌根治术明显改变了这些弊端, 并逐渐被越来越多的胸外科医师所接受和认可。我院自 2009 年 10 月 - 2012 年 3 月采用该术式治疗食管癌共 150 例, 取得满意效果, 现总结如下。

资料和方法

1 一般资料 本组 150 例患者中男性 111 例, 女性 39 例。男女之比为 2.8 : 1。年龄 35 ~ 78 岁,

平均年龄 62.5 岁。病变部位: 胸上段 9 例, 胸中段 84 例, 胸下段 57 例。病理分型: 鳞癌 134 例, 腺癌 12 例, 小细胞癌 3 例, 未分化癌 1 例。按国际抗癌联盟 UICC2009 年第 7 版食管癌分期标准病理分期: 0 ~ I 期 24 例, II 期 46 例, III 期 80 例。

2 术前处理 所有患者术前常规行胃镜及上消化道钡餐检查, 根据肿块的长度、位置、轴线变化及与邻近器官的关系, 辅助胸部 CT, 对于可疑侵及纵隔或胸腔大血管的患者加做增强 CT, 作出能否根治的术前评估。术前均作出临床肿瘤分期。

3 手术方法 患者右侧卧位, 做自前胸壁至肩胛下角左后外侧切口, 长 12 ~ 15 cm。牵开背阔肌, 切开部分前锯肌, 大部分患者取第 6 肋间进胸 (胸上段采取第 5 肋间, 中、下段采取第 6 肋间), 术中操作采用单手和器械配合, 常规游离食道, 穿食

收稿日期: 2013-03-06

作者简介: 王志, 男, 本科, 主任医师。研究方向: 普胸外科。Email: ff2061222@163.com

道带提起食道, 确定肿瘤大小、侵及范围, 与气管膜部、主动脉弓、心包关系, 可根治切除者分离食道, 对于胸腔广泛黏连, 肿瘤与周围重要脏器关系紧密分离困难者采取常规切口, 提高手术切除率。食管游离完成后, 切开膈肌, 游离并制作管状胃。分离脾胃韧带, 切断结扎胃短动脉, 游离胃小弯, 处理胃左动脉, 沿大弯侧游离胃至幽门静脉水平, 注意保护胃网膜右动脉及其血管弓。牵拉胃至胸腔, 于胃底最高点采用直线切割器平行于胃大弯切割, 第二把直线切割器沿第一把切割器向幽门侧继续切割, 以满足吻合长度需要(切除贲门、大部分胃底及小弯后胃体得到充分延展), 切割残面常规浆肌层间断加强缝合, 制成宽4~6cm的管状胃。圆形吻合器吻合管状胃与食管断端。常规结扎胸导管, 间断缝合膈肌, 重塑食道裂孔。

4 术后处理 术后均禁食3~5d, 常规给予静脉或肠内营养。术后镇痛采用注射氯诺昔康、帕瑞昔布钠或度冷丁。术后排气后给予流食, 并逐步过渡到少渣半流食、半流食。

5 评价指标 评价该组的切口长度、手术时间、术中出血量、术后并发症发生率及百分比、术后1个月肺功能情况。切口长度、手术时间、术中出血量。

6 统计学分析 采用SPSS10.0统计软件, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示。术后肺功能指标评价采用配对样本 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结果

本组患者无手术死亡、术中大出血等意外情况。所有患者均完成根治术, 肿瘤切除率为100%。左后外侧切口长度12~15cm, 平均(13.4±2.8)cm。其中主动脉弓下吻合43例, 主动脉弓上吻合98例, 胸顶吻合9例。手术时间160~300min, 平均(213±28)min; 术中出血量200~800ml, 平均(340±207.2)ml。术后病理回报全组患者无残端阳性。12例发生16例次各种并发症(表1), 发生率为10.5%(16/150)。其中肺部并发症占据第1位(6例次, 发生率为4%, 占总并发症的40.8%)。本组患者术前用力肺活量平均为(3.1±1.18)L, 第1秒用力呼气容积平均为(2.23±0.17)L。术后1个月用力肺活量平均为(2.73±0.85)L, 第1秒用力呼气容积平均为(1.91±0.32)L, 较术前无明显下降($P > 0.05$)。

讨论

目前, 外科手术是治疗食管癌的主要方法之一,

表1 150例食管癌根治术后并发症的比较

Tab. 1 Postoperative complications in 150 patients who underwent gastroesophagectomy

Complication	Case(n)	Rate(%)
Anastomotic leakage	1	0.6
Anastomotic stricture	2	1.3
Pulmonary	6	4.0
Cardiac	3	2.0
In-hospital mortality	0	0.0
Achalasia	3	2.0
Incision infection	1	0.6
Total	16	10.5

但术式多样, 传统手术方式创伤大, 步骤繁琐, 且代食管胃不塑形, 造成囊状胸腔胃压迫心肺组织, 影响心肺功能^[2]。因此运用小切口联合管状胃成形食管床吻合术逐渐成为治疗食管癌的发展趋势^[3-5]。

本组患者通过该术式取得满意的临床疗效。手术结果表明: 1) 创伤小, 本组切口长度12~15cm明显短于传统的30~40cm, 无需切断背阔肌, 减少了对术侧上肢的影响, 利于术后功能康复, 且与传统手术相比手术时间无明显延长。2) 并发症少, 小切口联合管状胃成形术后并发症发生率为10.5%, 低于传统手术的15%~20%。其中心肺并发症及切口感染的发生率明显低于常规术式。3) 操作简单, 左侧开胸比较容易游离解剖胃及胃体, 且采用直线切割器塑形管状胃的同时, 切除了胃体及相关区域淋巴结。

但选择该术式需严格掌握适应证。食管癌的预后主要受肿瘤大小、侵及范围和淋巴结复发转移等方面因素影响^[6-7]。根据我们的经验, 当肿瘤>5cm并明显外侵时, 小切口暴露术野不充分, 容易造成肿瘤切除不全。Song等^[8]和Bollschweiler等^[9]也报道肿瘤长度>3cm或明显外侵时与患者预后存在明显负相关。且吴昌荣等^[10]对1690例食管癌患者进行10年随访发现胸部淋巴结转移占39.3%(665/1690), 其中右胸顶气管旁三角区淋巴结转移占20.7%(349/1690); 后上纵隔淋巴结转移占26.3%(444/1690)。而左侧小切口难以显露右侧喉返神经及右胸顶三角区淋巴结, 对于术前怀疑该两组淋巴结转移的患者不适合选择该术式。总之, 对于术中发现区域淋巴结明显肿大或肿瘤组织与周围组织黏连紧密, 小切口影响操作或腹腔深部操作不熟练致术中出血时, 建议不要拘泥于术式, 果断延长切口, 避免并发症或肿瘤残留。

与传统手术相比, 小切口联合管状胃食管癌根

(下转988页)

(上接971页)

治疗具有一定的优势,但需仔细选择病例,重点关注肿瘤生长部位、外侵程度。随着大规模临床经验和远期随访的积累,将进一步拓宽小切口联合管状胃食管癌根治术的适用范围。

参考文献

- 1 赫捷,高宗人.食管癌规范化诊治指南[M].北京:中国协和医科大学出版社,2011:43-48.
- 2 伍传新,陈树群,林昱,等.管状胃经食管床弓上吻合术对食管癌术后肺功能的影响[J].中华胃肠外科杂志,2010,13(6):450-451.
- 3 Zingg U, McQuinn A, DiValentino D, et al. Minimally invasive versus open esophagectomy for patients with esophageal cancer [J]. Ann Thorac Surg, 2009, 87(3): 911-919.
- 4 Blom RL, Klinkenbijnl JH, Hollmann MW, et al. Results of the introduction of a minimally invasive esophagectomy program in a tertiary referral center [J]. J Thorac Dis, 2012, 4(5): 467-473.
- 5 郭海周,王建军,周福有,等.管状胃对食管癌切除术后并发症的改善作用[J].中华胃肠外科杂志,2011,14(1):65-66.
- 6 王洲.食管癌手术方式的选择[J].中华临床医师杂志:电子版,2009,3(8):1248-1253.
- 7 De Giacomo T, Trentino P, Venuta F, et al. Surgical treatment of esophageal carcinoma with curative intent: analysis of a single center experience [J]. J Cardiothorac Surg, 2013, 8: 52.
- 8 Song Z, Wang J, Lin B, et al. Analysis of the tumor length and other prognosis factors in pT1-2 node-negative esophageal squamous cell carcinoma in a Chinese population [J]. World J Surg Oncol, 2012, 10: 273.
- 9 Bollschweiler E, Baldus SE, Schröder W, et al. Staging of esophageal carcinoma: length of tumor and number of involved regional lymph nodes. Are these Independent prognostic factors? [J]. J Surg Oncol, 2006, 94(5): 355-363.
- 10 吴昌荣,薛恒川,朱宗海,等.现代二野淋巴结清扫食管癌切除术的疗效分析[J].中华肿瘤杂志,2009,31(8):630-633.