

镜食管癌根治术治疗食管癌的临床价值

胡 斌, 朱乾坤, 吴小波[△] (江苏省无锡市人民医院胸外科 214023)

【摘要】 目的 探讨镜食管癌根治术治疗食管癌的临床价值。**方法** 随机选取 2011 年 6 月至 2014 年 6 月该院收治的 80 例食管癌患者作为研究对象, 按照抽签法分为对照组和观察组, 每组各 40 例。对照组患者采用传统的外科手术治疗, 观察组患者采用食管根治术联合胸腹腔镜治疗, 比较两组患者的手术时间、术中出血量、淋巴扫清数目以及术后肛门排气时间、住院时间和并发症等情况。**结果** 观察组患者的手术时间长于对照组, 但术中出血量以及术后肛门排气时间、住院时间和并发症发生率均优于与对照组, 且差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 淋巴扫清数目比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 镜食管癌根治术治疗食管癌, 具有安全可靠、术中出血量少、创伤面积小、恢复快等优势, 值得临床推广和应用。

【关键词】 食管癌; 镜食管癌根治术; 临床价值

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.22.037 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)22-3175-02

近年来, 食管癌在临床的发病概率呈明显上升趋势, 已成为常见的高发恶性肿瘤, 严重威胁患者的生命安全。传统的治疗方法多以手术为主, 但术后创伤面积大、并发症多、病死率高。随着医学科技的不断发展, 腔镜食管癌手术得到了广泛推广和使用, 备受临床方面关注^[1]。本文随机选取 2011 年 6 月至 2014 年 6 月本院收治的 80 例食管癌患者作为研究对象, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2011 年 6 月至 2014 年 6 月本院收治的 80 例食管癌患者作为研究对象, 全部患者均经胃镜检查 and 病理证实。按照抽签法分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组中男 18 例, 女 22 例, 年龄 55~78 岁, 平均 (58.2±9.35) 岁; 其中胸上段食管癌 8 例, 胸中段食管癌 11 例, 胸下段食管癌 21 例。观察组中男 20 例, 女 20 例, 患者 57~80 岁, 平均 (58.9±9.37) 岁, 其中胸上段食管癌 10 例, 胸中段食管癌 14 例, 胸下段食管癌 16 例。经临床分期, 对照组中 I 期 8 例, II 期 21 例, III 期 11 例; 观察组中 I 期 12 例, II 期 15 例, III 期 13 例。两组患者的一般资料 (性别、年龄、临床分期等) 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 术前, 所有患者均给予全身麻醉, 并进行双腔气管插管, 且需要进行相应的辅助检查, 确保呼吸道以及消化道准备基本一致。对照组 40 例患者采用传统的外科手术治疗, 行经右胸上腹手术、经左胸主动脉下吻合术颈、胸腹三切口手术及经左胸左颈吻合术等 4 种常用的外科手术式。观察组患者采用食管根治术联合胸腹腔镜治疗。取患者左侧俯卧位, 行单肺通气, 于其第 7 肋间腋后线处放置胸腔镜, 进行胸腔检查, 确定是否存在肿瘤浸润、组织粘连情况, 同时分别做好主操作孔置入超声刀和协助操作孔。取患者平卧位, 保持头高脚低 30°, 医生于患者右侧站立, 取患者脐下方做 1.0 cm 横切口, 放置好气腹针并建立人工气腹。行穿刺术放置直径 1.0 cm Trocar, 放入 30°; 于腹腔镜下左、右肋弓下锁骨中线和腋前线放置 0.5、0.5、1.0、0.5 cm 4 个 Trocar 作为操作孔, 查探腹腔镜内

是否出现粘连及姐妹样转移灶。采用超声刀和电勾将食管游离出来, 对纵隔淋巴结进行清扫。进而取患者平卧位, 行双肺通气, 进行上述操作后将颈段食管进行游离并离断, 做好牵引线缝制, 于患者腹中切口将食管和胃切口拉出并将病灶移除, 经其食管床上提至左颈, 行胃食管吻合术将所有切口关闭后, 手术结束。

1.3 观察指标 观察两组患者的手术时间、术中出血量、淋巴扫清数目、术后肛门排气时间、住院时间和并发症发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 比较采用 t 检验, 计数资料率表示, 比较采取 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的术中情况比较 观察组患者的手术时间比对照组长, 但术中出血量明显少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 淋巴扫清数目比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的术中情况比较 ($\bar{x} \pm s, n=40$)

组别		术中出血量 (mL)	手术时间 (min)	淋巴扫清数目 (个)
对照组	三切口	165.4±7.2*	270.6±10.1*	14.6±2.4
	左胸左颈	152.2±4.2*	246.2±8.1*	17.4±2.0
	右胸上腹	189.5±9.0*	243.3±9.5*	18.3±3.1
	主动脉弓下	170.3±12.2*	245.8±11.2*	16.1±1.8
观察组		113.1±13.3	300.2±10.1	15.8±3.2

注: 与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者的术后并发症发生率比较 两组患者均出现了外科手术和呼吸系统常见并发症。与对照组相比, 观察组患者并发症发生率降低明显, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

[△] 通讯作者, E-mail: wxb.66@163.com.

表 2 两组患者的术后并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	心率失常	胃肠排空障碍	肺部感染	呼吸衰竭	声音嘶哑	二次手术	乳糜胸
对照组	40	8(20.0)	6(15.0)	9(22.5)	9(22.5)	8(20.0)	11(27.5)	7(17.5)
观察组	40	1(2.5)*	1(2.5)*	0(0.0)*	0(0.0)*	2(5.0)*	1(2.5)*	2(5.0)*

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.3 两组患者的住院时间和术后肛门排气时间比较 观察组患者术后肛门排气时间为(33.1±1.3)h、住院时间为(13.1±3.2)d,对照组患者的术后肛门排气时间为(58.3±0.8)h、住院时间为(21.3±7.2)d,两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

食管癌是临床消化内科常见的恶性肿瘤,近年来发病率呈逐年上升趋势,约占食管肿瘤的 90%以上,经相关恶性肿瘤回顾报告调查显示,食管癌仅次于胃癌占据第 2 位,全世界每年约有 20 万人死于食管癌,可见其对患者的生命健康带来的严重威胁^[2-3]。食管癌的临床症状受病理形态和病程发展以及机体反应等多种因素的影响,分早、中、晚期,由于食管癌发病初期并无明显症状,因此临床容易出现漏诊或误诊的情况,一旦患者发现病情加重,诊断时多已为中晚期,错过了治疗的最佳时机^[4]。

目前,针对食管癌的治疗,临床方面建议采取以手术为主的综合治疗。传统的手术方式是在直视下手术切除患者食管和消化道重建,主要包括左右开胸、颈胸腹三切口等方式,但此类手术不仅创伤面积比较大,且在手术过程中存在出血量大、术后疼痛严重、并发症反复、恢复困难等情况,特别是对患者心肺功能的影响,尤为明显,不仅影响治疗效果,也会增加患者的心理负担和治疗费用^[5-6]。

随着医学科技的不断发展与进步,胸腹腔镜联合食管癌根治术相继应用于食管癌的治疗手术之中,并得到了广泛的推广与使用。据国内外有关临床报道显示,胸腹腔镜联合食管癌根治术与传统手术相比,不仅治疗效果明显,而且术后并发症发生率和住院时间、住院费用等也明显有所减少^[7]。但是,由于食管癌患者的发病因素和手术适应证、禁忌证等方面各有不同,因此在选择病例时一定要慎重,具体需要注意以下几点。手术适应证:(1)第 1、2 胸椎和部分第 3 胸椎下段的食管癌患者;(2)肿瘤长度不超过 5 cm 或者是腔内生长为主的长度超过 5 cm 的肿瘤患者;(3)患者的肿瘤不存在明显的外侵肿瘤,且纵隔及腹部淋巴结未超过 1.5 cm 与相邻组织无粘连固定情况;(4)心肺功能可接受长时间麻醉和单肺通气的患者。相对而言,曾有过严重胸腹腔手术史和胸腹膜粘连严重、肿瘤已出现明显外侵四周重要脏器的患者属于手术的禁忌证,另外心肺功能障碍、不全、单肺功能耐受性差的患者也不可列入手术范围。针对肥胖患者,虽然存在腹腔镜下胃体暴露、游离困难的

情况,会相应的延长手术时间,但和术后并发症的发生没有直接关系。因此,将肥胖视为手术相对禁忌证。总之,在进行病例选择时,一定要根据患者的实际病情及常规检查后予以确定,避免增加手术难度或威胁患者生命安全^[8]。

本研究中,观察组患者的手术时间虽然比对照组长,但术中出血量以及术后肛门排气时间、住院时间和并发症发生率均明显优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),淋巴扫清数目比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。由此可见,镜食管癌根治术治疗食管癌,具有安全可靠、术中出血量少、创伤面积小、恢复快等优势,值得临床推广和应用。

参考文献

- [1] 朱彦辉,武文奇.胸腹腔镜联合食管癌根治术治疗食管癌的临床价值分析[J].中国继续医学教育,2014,13(5):42-43.
- [2] 袁雄,刘武新,王鹏,等.胸腹腔镜联合食管癌根治术治疗食管癌的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2012,16(21):48-49.
- [3] 徐驰,曾志勇,杨胜生,等.侧俯卧位胸、腹腔镜联合食管癌根治术治疗食管癌 46 例临床分析[J].中国内镜杂志,2012,18(10):1077-1079.
- [4] 朱佳妮,张波.胸、腹腔镜联合治疗食管癌术后并发症的观察与护理[J].护士进修杂志,2011,26(2):143-145.
- [5] 连长红,赵强,宋应明,等.胸腹腔镜联合与传统食管癌根治术疗效比较[J].中华胸心血管外科杂志,2013,29(2):82-83.
- [6] 傅雪颜,王浩,吴佩卿,等.胸腹腔镜联合行食管癌根治术 36 例分析[J].中国中西医结合外科杂志,2014,20(3):296-298.
- [7] Sweet M P, Nipomnick I, Gasper W J, et al. The outcome of laparoscopic Heller myotomy for achalasia is not influenced by the degree of esophageal dilatation[J]. J Gastrointest Surg, 2009, 12(1):159-160.
- [8] Martin D J, Bessell J R, Chew A, et al. Thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy: initial experience and outcomes[J]. Surg Endosc, 2009, 19(12):1597-1601.

(收稿日期:2014-03-02 修回日期:2014-06-15)