

管状胃在食管癌切除术中的应用效果评价

陈建忠, 何建明, 吕必宏

(扬州大学附属泰兴医院 江苏省泰兴市人民医院 心胸外科, 江苏 泰兴, 225400)

关键词: 食管癌切除术; 管状胃; 吻合口瘘; 胸胃综合征; 反流性食管炎

中图分类号: R 735.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2013)24-084-01 **DOI:** 10.7619/jcmp.201324026

本研究回顾性分析 2008 年 1 月—2012 年 6 月 41 例行管状胃加包埋于食管床中代食管的食管癌手术患者的临床资料, 探讨管状胃加包埋于食管床中代食管在食管癌切除术中的临床应用及对患者术后生活质量的影响, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究共纳入 41 例患者, 术前均行上消化道钡餐造影、内镜及胸部 CT 等检查, 结果明确诊断为食管癌, 其中男 28 例, 女 13 例, 年龄 51~78 岁, 平均 64.2 岁; 所有食管癌患者包括食管上段癌 5 例, 食管中段癌 33 例, 食管下段癌 3 例, 病理类型均为鳞状细胞癌; 肿瘤直径 3~7 cm; 部分患者术前合并其他疾病, 包括合并慢性支气管炎、肺气肿 4 例, 高血压 9 例, 冠心病 2 例, 糖尿病 2 例, 同时合并两种以上并发症者 3 例。术前检查均提示有手术指征, 无绝对手术禁忌证。

1.2 手术方法

食管中段癌、下段癌均经左胸后外侧切口行食管癌切除、胃代食管胸顶吻合术, 食管上段癌经左胸及左颈二切口行食管癌切除、胃代食管左颈部吻合术。术中常规游离食管, 逐步清扫淋巴结; 而后游离胃至幽门环, 切断胃短血管、胃网膜左血管、胃左血管及胃右血管, 保留胃网膜右血管; 采用直线切割缝合器(三联星海)自胃底沿小弯侧平行于大弯侧向下切割缝合, 平行线与大弯侧距离约 4~5 cm, 为防止胃瘘, 在机械切割缝合起始及交界处手工间断缝合数针, 1# 丝线包埋, 将胃制成管状, 管状胃成形后内径 3~4 cm, 比食管直径稍大, 食管中段癌、食管下段癌将管状胃经食管床提至胸顶, 行食管、管状胃机械吻合(健瑞达 26 mm、23 mm), 食管上段癌将管状胃经食管床提至左颈部行食管、管状胃端端吻合(手工吻合)。

吻合完成后术中置入胃管及十二指肠营养管, 术后 48 h 开始鼻饲流质, 7 d 后开始经口进食流质。

2 结果

本研究纳入的 41 例患者均康复出院, 无吻合口瘘、呼吸衰竭发生。术后随访 6 个月, 未观察到有患者发生胸胃综合征, 无患者反映有明显的反酸、胸骨后烧灼感等反流性食管炎症状。术后 1~6 个月行钡餐造影检查, 所有患者均未发生胃潴留现象, 患者胃排空状况良好, 且处于卧位时均无明显的胃食管反流症状。采用前后位及侧位观察, 患者管状胃位于食管床内, 在正常的胸片下未能观察到胸腔胃。在随访的 6 个月中, 本组患者的并发症发生率较低, 仅 1 例发生肺部感染, 1 例发生吻合口狭窄, 均经对症治疗后显著改善。

3 讨论

食管癌是常见的消化道肿瘤, 在全球范围内其发病率及死亡率存在一定的差异。中国是世界上食管癌高发地区之一, 且发病率有逐年升高的趋势。食管癌起初影响患者的进食, 至终末期导致患者不能进食, 严重威胁着患者的生命安全。食管癌切除术是食管癌的常用手术治疗方法, 临床效果较为可靠, 但术后易发生并发症, 严重影响手术治疗的效果。吻合口瘘是食管癌切除术后较为严重的并发症之一, 死亡率极高。目前, 研究^[1]认为吻合口的张力和血运是影响并发症发生的最重要的原因。若能降低术后吻合口的张力, 改善血运状况, 将大大地降低术后并发症的发生率。管状胃代食管技术能有效延长胃达 5~8 cm, 这有助于降低吻合口的张力, 有利于患者术后的恢复。管状胃纳入食管床并封闭于后纵隔, 可以减小胃体占据胸腔的空间, 使胸腔容积得

(下转第 86 面)

性的有效措施。

传统的开颅手术由于全麻、创伤大、手术时间长,故并发症较多,患者康复较慢。相较于开颅手术,微创手术具有更多的优点,且技术也更加成熟。近年来,本院脑外科和 CT 室联合采取在 CT 三维定位下运用微创穿刺置软管引流治疗高血压脑出血,取得了较好地临床疗效。该方法采取人工建立软通道,通过“引流-液化-引流”的方式将血肿大部分引出,消除血肿的占位效应和神经毒性物质对脑组织的损害,从而使患者症状得到改善。

软通道技术治疗高血压脑出血应选择早期手术。由于超早期(出血<6 h)血肿刚刚形成,此时手术容易引起再出血,而太晚则血肿已形成,故不易引出,所以大多数学者倾向于早期手术,即手术时间在 6~24 h 内完成^[2]。本研究作者选择出血在 6~72 h 手术,首次引流量不必太多,达到 1/2 即可,以后可注入尿激酶,液化血肿后引出。作者一般每次注入 3~5 万单位,夹闭 4 h 后开放,2 次/d。经 5~7 d 基本将血肿引流干净。

许多医生认为在 CT 定位下以血肿中心为靶点进行穿刺,作者实际工作中体会到引流管位置应偏于血肿下方,这样可利用重力将上方的血肿

逐步清除,不要置管于血肿中心,否则将会引起责任血管再出血;抽吸血肿时动作要缓慢而轻柔,切忌采用暴力。如果血肿抽吸速度太快,会使原出血动脉失去周围血块的依托而引起再出血^[3]。有学者^[4]研究认为,尿激酶使用应以 5 万单位/次为宜,软管置于血肿下端边沿 5~10 mm 处,使引流管在血肿引流后的“弹性回缩”过程中始终位于血肿腔的轴线近底部,便于引流。作者视情况以 3~5 万单位/次,软管置于血肿下 8 mm 以内,取得良好疗效。

参考文献

- [1] 王忠诚,主编.王忠诚神经外科学[M].武汉:湖北科技出版社,2006:864.
- [2] 陈良新,陈克坚.CT 引导锥颅软通道技术治疗高血压脑出血 50 例临床体会[J].中国医学创新,2011,8(15):179.
- [3] 李洁丹.颅内血肿微创穿刺术后并发症的探讨[J].中国实用神经疾病杂志,2008,11(1):91.
- [4] 范宏庚.软通道与硬通道介入技术治疗高血压脑出血临床疗效对比[J].中国综合临床,2010,26(11):1208.
- [5] 黄常坚,岑远龙,江南凯,等.微创多软通道治疗幕上重症高血压脑出血的疗效分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2011,32(10):1611.

(上接第 84 面)

到盈余,心肺等胸腔内器官不易受到胃体的挤压,干扰更小,以便有效地预防和减少心、肺并发症的发生。由于管状胃容积小,术后肺叶易于扩张,肺功能可以得到较大改善;而膨胀良好的肺叶可促进胸腔内的积液从引流管排出体外,从而降低胸内粘连、包裹性积液及继发性胸腔感染等并发症的发生率。

胃是食管最常用的替代器官,食管癌手术中采用胃重建上消化道后仍易发生相关的并发症,如胸胃综合征和反流性食管炎。有文献^[2]报道传统胃代食管手术后的胸胃综合征和反流性食管炎等并发症的发生率较高,而管状胃可大大降低该类并发症的发生率。本研究中,作者采用管状胃于食管床代食管重建消化道,取得了不错的疗效。因管状胃的直径与食管相近,使胃体容积减小,扩张受到一定的限制,其结果类似于正常的生

理通道,相对地缩短了食物在胸胃中的滞留时间,使食物蠕动加快,避免了胃潴留现象的发生,从而降低了胸胃综合征的发生率。在施行该术式时,切除了胃小弯侧胃壁组织,形成管状胃后重建食管,可使胃体积减小,胃潴留减少,胃酸分泌相对减少,并能将管胃很好地放入食管床内,更适合将食管重建作为食物通道的生理解剖要求,从而有效预防术后反流性食管炎的发生,改善患者术后生活质量^[3]。

参考文献

- [1] 卢森,王朝敏,苏祥磊.管状胃成形在食道癌根治术中的应用[J].江苏医药,2011,37(23):2835.
- [2] 周钢,刑宇彤,乔峰,等.管状胃替代食管对食管癌术后胃动力学的影响[J].局解手术学杂志,2013,22(1):50.
- [3] 刘平,王学中,贺洪亮,等.管状胃对食管癌手术后呼吸功能的影响[J].中国肿瘤外科杂志,2011,3(2):32.