

## 两种吻合方式在食管癌切除术中的应用效果比较

李日著,陈宏明,罗世官,高洁,曾德创

(右江民族医学院附属医院心胸外科,广西 百色 533000 E-mail:liriyfy@163.com)

**摘要:**目的 比较食管癌切除术中食管胃在颈部吻合和食管胃在胸腔内吻合的应用效果。方法 以 2009 年 1 月~2011 年 12 月我院收治的 80 例食管癌患者为研究对象,根据食管切除术吻合方式的不同分为观察组(43 例)和对照组(37 例),食管癌切除术中观察组患者食管胃在颈部吻合,对照组患者的食管胃在胸腔内吻合;比较两组患者手术效果、术后并发症的发生情况以及术后 1~3 年的生存率。结果 观察组患者术中出血量明显低于对照组,平均住院时间明显短于对照组,差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组患者手术时间低于对照组,切缘癌残留人数少于对照组,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。观察组患者术后并发症的总发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者术后 1 年生存率虽高于对照组,但两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );术后 2、3 年的生存率均高于对照组,两组比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 食管切除术食管胃在颈部吻合较食管胃在胸腔内吻合的手术效果好,术后并发症发生率低,术后 1~3 年的生存率更高,值得在临床上推广使用。

**关键词:**食管肿瘤;食管切除术;食管胃颈部吻合;食管胃胸腔内吻合

**中图分类号:** R735.1;R655.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2015)03-0413-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.03.028

食管癌是发生在食管上皮组织细胞的恶性肿瘤,是常见的消化道肿瘤,据世界卫生组织统计,每年全球约有 30 万人死于食管癌。近年来,随着我国物质生活水平的提高,食管癌的发病率呈逐年上升趋势,我国已成为食管癌的高发区,每年食管癌的病死人数约在 15 万人左右,食管癌的发病率以男性居多,发病年龄多在 40 岁以上<sup>[1]</sup>。目前,食管癌的治疗方法以手术治疗、放射治疗、化学治疗以及综合治疗为主,而食管切除手术仍是根治食管癌的首选方法,尤其是食管上、中段癌的首选治疗方法<sup>[2]</sup>。随着医疗技术的进一步发展,食管切除术的吻合部位可有不同的选择,可在患者的颈部或胸腔内进行吻合,但两种吻合方式的临床效果尚未有统一的结论<sup>[3]</sup>。为进一步了解食管癌切除术两种吻合方式的临床应用效果,本文对在食管癌切除术中行食管胃颈部吻合和食管胃胸腔内吻合两种不同吻合方式的食管癌患者进行研究,研究结果报道如下。

### 1 资料和方法

1.1 病例资料 以 2009 年 1 月~2011 年 12 月我院收治的 80 例食管癌患者为研究对象,研究方案经医院伦理委员会批准,所有研究对象均知情同意本研究且签署知情同意书。所有患者术前均经上消化道钡餐造影、胃镜以及病理活检确诊为食管癌,并根据美国癌症联合会与国际抗癌联盟共同制定的 pTNM 分期标准<sup>[4]</sup>进行分段、分期,术前均排除心、肺、肝、肾功能严重损害或其他的手术禁忌证患者,术后均进行 3 年随访,资料完整。根据食管切除术吻合方式的不同,将食管胃在颈部吻合的 43 例患者纳入观察组,在胸腔内吻合的 37 例患者纳入对照组。观察组有男性患者 32 例,女性患者 11 例;年龄 43~64 岁,平均年龄(59.7±3.8)岁;对照组有男性患者 29 例,女性患者 8 例;年龄 41~67 岁,平均年龄(58.8±3.3)岁。两组患者性别、平均年龄、肿瘤部位、病理类型、分期比较差异无统计学意义,具有可比性,见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	男性比例 (%)	平均年龄 (岁)	肿瘤部位 (n)			病理类型 (n)		pTNM 分期 (n)			
			上段癌	中段癌	下段癌	鳞癌	腺癌	I	II	III	IV
观察组	74.42(32/43)	59.70±3.80	21	18	4	42	1	15	14	11	3
对照组	78.38(29/37)	58.80±3.30	19	15	3	35	2	11	16	8	2
$t/\chi^2$	0.172	1.122	0.066			0.523		0.978			
P	0.678	0.265	0.968			0.470		0.807			

1.2 方法 术前准备,全身麻醉,取右侧卧位,经左胸前外侧切口断第 6 肋或第 7 肋进胸,探查肿瘤,打开膈肌,将胸部食管由下向上游离,将胃大小弯分离,将胃左动脉缝扎切断。观察组:切除全胸段食管,将胃经食管床上提至颈部行食管胃吻合,食管上切缘距离肿瘤上缘平均 7.5 cm。对照组:游离食管至肿瘤上缘 5 cm 以上,行或不行主动脉弓下吻合、弓上吻合。两组患者术中均行鼻胃管营养支持,术后第 2 d 经鼻胃管注温水,第 3 d 时给予肠内营养,术后 1 周时经口进食。术后发生吻合口漏的患者需禁食,至愈合后再正常进食<sup>[5-7]</sup>。

1.3 观察指标 观察比较两组患者手术效果、术后并发症的发生情况;对患者进行为期 3 年的定时门诊随访和电话随访,观察患者术后 1~3 年的生存率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件对数据进行统计分析,计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )表示,两组间比较采用  $t$  检验;计数资料的组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组患者手术效果比较 研究结果表明,观察组患者术中出血量明显低于对照组,平均住院时间明显短于对照组,差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ );观

察组患者手术时间低于对照组,切缘癌残留人数少于对照组,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表2。

表2 两组患者手术效果比较

组别	n	术中出血量 (ml)	手术时间 (h)	平均住院 时间(d)	切缘癌残留 (n,%)
观察组	43	361.14±43.41	3.70±0.81	18.25±2.67	3(6.98)
对照组	37	424.58±39.17	4.10±1.12	19.65±2.43	4(10.81)
$t/\chi^2$		6.819	1.877	2.455	0.366
P		<0.001	0.064	0.016	0.545

2.2 两组患者术后并发症发生情况比较 研究结果显示,观察组患者术后并发症的总发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表3。

表3 两组患者术后并发症发生情况比较 (n,%)

组别	n	吻合 口瘘	吻合 口狭窄	喉返神 经损伤	食物 反流	总发 生率
观察组	43	1(2.33)	0(0.00)	2(4.65)	1(2.33)	4(9.30)
对照组	37	4(10.81)	3(8.11)	0(0.00)	3(8.11)	10(27.03)

注: $\chi^2=4.328, P=0.037$

2.3 两组患者术后1~3年的生存率比较 研究表明,观察组患者术后1年生存率虽高于对照组,但两组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );术后2、3年的生存率均高于对照组,两组比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表4。

表4 两组患者术后1~3年的生存率比较 (n,%)

组别	例数	术后1年	术后2年	术后3年
观察组	43	38(88.37)	33(76.64)	27(62.79)
对照组	37	32(86.49)	20(54.05)	15(40.54)
$\chi^2$		0.065	4.579	3.948
P		0.799	0.032	0.047

### 3 讨论

食管切除术作为根治食管癌的首选治疗方法,主要作用原理是切除癌变食管以及其所累及的组织,以胃代替食管,胃的血运丰富,高度可随意上提,是理想的食管代替器官<sup>[8]</sup>,故在食管切除术过程中,消化道的重建是整个手术的关键步骤之一。由于食管解剖位置的特殊性,消化道重建吻合部位的愈合直接决定着患者的预后和生活质量。随着医学的进步,消化道重建的方式有很多,目前临床上主要以食管胃颈部吻合和食管胃胸腔内吻合为主。但目前对两种吻合方式的治疗效果尚未有统一的定论。

本研究结果表明,观察组患者术中出血量明显低于对照组,平均住院时间明显短于对照组,差异具有统计学意义。说明食管胃颈部吻合比食管胃胸腔内吻合创伤小,可减少手术时间,恢复快,可能是由于观察组在颈部吻合,操作较表浅简单,手术出血量明显减少。观察组患者手术时间低于对照组,切缘癌残留人数少于对照组,原因在于,胃可以随意上提高度,在颈部吻合,癌变食管可切除的范围较大,肿瘤及肿瘤所累及的组织可切除得较为彻底,切缘癌残留的可能性较小,故观察组中切缘癌残留人数少于对照组<sup>[9]</sup>。

由表3可知,观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组。有研究表明,吻合口瘘和吻合口狭窄是消化道术后的严重并发症<sup>[10]</sup>,常常危及患者的生命安全,本研究结果显示观察组发生吻合口瘘和吻合口狭窄不良反应的人数少于对照组,可能是在手术过程中,将胃充分游离,提胃至颈部切口时经过了食管床,偏离较小,吻合张力减小,更有利于吻合口的愈合,从而防止口瘘和狭窄的发生<sup>[11]</sup>。

本研究结果表明,观察组患者术后1年的生存率与对照组比较差异无统计学意义,术后2年和3年的生存率均高于对照组,差异具有统计学意义。原因在于,食管癌患者中多数为多点起源病灶,肿瘤累及的组织较多,故在切除癌变食管时应尽可能切除得较长,降低食管癌的再发率<sup>[12]</sup>。观察组在颈部吻合,可最大限度地切除癌变的食管,减少切缘癌残留,降低患者再发率,从而达到提高患者生存率的目的。加上颈部吻合方式操作较为表浅部,发生吻合口瘘和吻合口狭窄时,能够及时发现并进行处理,保守治疗多能治愈,进一步提高患者生存率。

综上所述,食管切除术食管胃在颈部吻合较食管胃在胸腔内吻合的手术效果好,术后并发症发生率低,术后1~3年的生存率更高,值得在临床上推广使用。

### 参考文献:

- [1] 李丹.食管癌研究进展[J].吉林中医药,2012,32(9):970-972.
- [2] 陈明耀,魏立,务森,等.食管胃颈部器械吻合在食管癌切除术中的应用[J].中华胃肠外科杂志,2011,14(9):692-694.
- [3] 彭丛兄,周耀洪,吴旭辉,等.老年人中下段食管癌切除术两种吻合方式的临床疗效比较[J].中国基层医药,2014,21(11):1708-1709.
- [4] 毛友生,赫捷,程贵余,等.食管癌分期与治疗的共识、争议和建议[J].中国癌症杂志,2011,21(7):511-517.
- [5] 洪瑞,方伟群,李锐凯,等.食管贲门癌切除胸内器械吻合1201例临床观察[J].河北医药,2010,32(12):1559-1561.
- [6] 峻峰,陈淑章,袁挺,等.食管癌切除胃食管颈部吻合与胸腔内吻合的对比分析[J].中国胸心血管外科临床杂志,2005,12(6):438-439.
- [7] 王垂芳,宋庆平.右侧胸顶吻合术治疗中下段食管癌[J].临床和实验医学杂志,2012,11(24):1964-1966.
- [8] 方忠民,蓝斌,朱天翔,等.食管癌切除术颈部吻合中管状胃制作及器械吻合的改进[J].广东医学,2014,35(22):3505-3506.
- [9] 林涛,胡述提,金冰,等.老年人胸中下段食管癌切除术两种吻合方式的临床疗效对比[J].中国老年学杂志,2012,32(16):3420-3421.
- [10] 杨列,郑铁峰,姜建青,等.食管癌切除术后颈部食管胃侧侧吻合与手工端侧吻合效果的对照研究[J].重庆医学,2012,41(30):3155-3156,3159.
- [11] 缪军,于奇,刘永靖,等.食管癌切除后胸内和颈部吻合并发症临床观察[J].安徽医药,2013,17(7):1165-1166.
- [12] 李海波,肖波,方强,等.食管癌切除术颈部机械吻合与手工吻合的疗效分析[J].中华消化外科杂志,2013,12(1):38-41.

收稿日期:2015-03-12