

扎日本组3例游离胃体前判定胃体偏小而不足以拉至颈部与食管吻合。遂游离结肠。由结肠代食管重建。自食管上端向下插入大隐静脉剥离器。经贲门前壁戳口穿出。将贲门离断。断端以结扎线和数块表面涂有石蜡油的干纱条的一端结扎。使食管全长逆行内翻剥脱。将干纱条导入食管床压迫止血10 min。判定确切止血后。将干纱条的另一端与胃或结肠牵引线固定。牵引胃或结肠至颈部。与下咽部或颈段食管吻合。术后持续胃肠减压。8例贲门癌行顺行内翻剥脱。

3 结果

本组无手术死亡。成功率达100%。术后发生吻合口瘘2例。喉返神经损伤2例。肺炎感染3例。切口感染1例。3例合并肺部感染者均为60岁以上的年老体弱患者。其中2例行咽喉切除。食管永久性造瘘。另1例行气管切开。经过消炎、吸氧、吸痰、雾化吸入等处理。1例病人肺部感染均得到控制。痊愈出院。术后随访15例。失访3例。按死亡处理。生存率1年以上者14例占77%。5年以上者8例占44%。5年以上者4例占22%。

4 讨论

4.1 下咽颈段食管癌的治疗方案

下咽颈段食管癌由于肿瘤生长部位的解剖结构较为特殊。手术治疗有一定困难。因肿瘤常侵及气管或喉返神经而发生呼吸困难或声音嘶哑。仅采用化疗或放疗。效果欠佳。有报道^[1]放疗后3年生存率为8%。5年生存率仅3%。本组18例中。5年生存率达44%。我们认为采用积极的手术治疗。再配合放疗、化疗等综合措施。才是最佳的治疗方案。

4.2 非开胸食管内翻剥脱术的优点

本术式的优点是手术损伤小。胸膜不易破损。避免了开胸手术引起的心肺功能紊乱。术后恢复较快。因此该方法拓宽了食管贲门肿瘤的手术指征。手术死亡率和术后并发症较低^[2]。本组中8例老年病人合并心肺疾病。占全部病例的44.4%。若根据常规开胸探查指征。其中大部分将失去手术机会。有报道^[3]本术式对食管癌的长期疗效与常规开胸术相近。也

有学者^[4]报告该术式可成功治疗胸段食管癌。但该方法无法对纵隔淋巴结作广泛清扫。且有一定的盲目性。因此我们认为该方法可选择性地用于下咽颈段及局限性贲门癌的手术治疗。而对胸段食管癌则应尽量选择常规开胸手术。

4.3 非开胸食管内翻剥脱术的方式

本组病例均使用大隐静脉剥离器行食管内翻剥脱。无一例失败或损伤食管及血管等器官。10例下咽颈段食管采用逆行剥脱方式。8例贲门癌则采用顺行剥脱方式。以避免肿瘤细胞播散至胸腹部。

4.4 非开胸食管内翻剥脱术食管重建的方式

本组18例中。5例采用胃代食管重建消化道。吻合口无张力。2例下咽癌及1例颈段食管癌患者用结肠代食管。因术前判断2例下咽癌可能已侵犯喉部。因此术前就决定使用结肠。而另1例颈段食管癌患者于术中发现胃长度不够。临时决定改用结肠。因此对于行颈部吻合的消化道重建术的患者。术前应常规行肠道准备。

4.5 非开胸食管内翻剥脱术的并发症

本组2例吻合口瘘。1例喉返神经损伤。其原因可能与游离食管时对食管壁及喉返神经损伤和内翻剥脱后食管粘膜外翻造成术野污染有关。3例合并肺部感染者均为60岁以上的年老体弱患者。但肺部感染均得到控制。患者痊愈出院。

参考文献

- Peracchia A, Ancona E, Buin F. The surgical treatment of cancer of the cervical esophagus: complications and preliminary results. *Int Surg*, 1982, 67: 135-144.
- Orringer MB, Marshall B, Stirling MC, et al. Transhiatal esophagectomy for benign and malignant disease. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1993, 105: 265-77.
- Shahian DM, Neptune WB, Ellis FH, et al. Trans-thoracic versus extrathoracic esophagectomy: mortality, morbidity, and long-term survival. *Ann Thorac Surg*, 1986, 41: 237-47.
- Tilanus HW, Hop WC, Langenhorst BL, et al. Esophagectomy with or without thoracotomy [J]. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1993, 105: 898-903.
- 秦元, 孙德魁, 黄偶麟, 等. 食管内翻剥脱术的临床应用. *中华胸心血管外科杂志*, 1998, 14: 179-80.

(责任编辑 陈建武)