

# 腹段食管癌及贲门癌手术径路探讨

植永宁

[摘要]目的:通过对腹段食管癌、贲门癌淋巴结转移规律及手术清除淋巴结的难易程度,探讨经腹、经胸及胸腹联合切口三种手术径路的利与弊。方法:对45例腹段食管癌(包括侵及贲门)和贲门癌(包括侵及食管下段)患者手术治疗进行回顾性分析,就其淋巴结转移规律和三种手术径路进行对比研究。结果:45例均完成手术,其中腺癌32例,鳞癌13例,清除淋巴结229枚,其中有癌转移的淋巴结188枚。病理类型为腺癌的转移部位以贲门周围及胃左动脉、胃小弯等处腹腔内转移多见;病理类型为鳞癌的转移部位以腹段食管床及下肺静脉周围多见;个别病例有转移到主动脉弓下淋巴结。结论:胸腹联合切口虽然有暴露充分、手术操作方便的优点,但因其创伤大,患者术后恢复慢而不易被患者所接受。经腹切口创伤小,但暴露差,对单纯仅局限于贲门部肿瘤较适合,患者术后恢复快。经左胸切口能得到有效满意的暴露,适合于各种类型的腹段食管癌贲门癌的手术需要,值得提倡。

[关键词] 食管肿瘤;胃肿瘤;淋巴结转移;肿瘤/外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R735.1;R733.4 [文献标识码] A

食管贲门癌是常见病,手术治疗清扫淋巴结有助于提高手术疗效,手术径路的选择对清扫淋巴结有着密切的关系,普外科及胸外科医师对手术径路的选择往往只注重于自己的专业习惯。我们对2000年8月~2005年9月收治的45例患者的淋巴结转移情况回顾分析,对三种手术径路在治疗该病时的合理性及适应范围进行探讨。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组45例,男38例,女7例;年龄40~76岁。病史2~14个月。术前均经食管钡餐X线片及食管镜检查确诊。腹段食管癌(距门齿37~40 cm处)13例,均为鳞癌,其中7例肿瘤侵及贲门及贲门下方胃黏膜。贲门癌32例,均为腺癌,侵及食管下段者25例。

1.2 手术路径 经腹15例,经胸27例,胸腹联合切口3例。经腹组清除淋巴结61枚;经胸组清除淋巴结151枚;胸腹联合切口清除淋巴结17枚。

1.3 淋巴结转移部位 贲门癌患者转移至贲门周围56例,胃左动脉、胃小弯处114例,食管床(下纵隔)13例;腹段食管癌转移至贲门周围14例,胃左动脉、胃小弯处12例,食管床(下纵隔)18例,主动脉弓下2例

## 2 结果

45例均顺利完成手术,病变食管及贲门肿瘤全部切除,经腹组平均手术时间135 min,出血量平均350 ml,术后平均住院时间10天。经胸组平均手术

时间为150 min,出血量450 ml,术后平均住院时间13.5天。经胸腹联合切口组平均手术时间170 min,出血量500 ml,术后平均住院16天。本组无手术死亡,经腹组有2例食管切端阳性,术后行放疗。

## 3 讨论

腹段食管癌及贲门癌临床上并不少见,手术可采取不同的手术径路。早期采用胸腹联合切口暴露充分,手术操作空间宽畅,但由于创伤较大,并将切断肋弓,近年来已逐渐弃用。普外科医师常采用经腹正中切口,切除剑突,同样能较好的暴露上腹腔贲门病变部位,同时对清扫腹部淋巴结也较方便。其优点是对患者造成的创伤小,不进入胸腔,不扰乱患者的呼吸、循环,手术后恢复具有相对优势,但其缺点也较明显,贲门癌肿块巨大,暴露比较困难,当肿瘤侵犯食管下段时,在腹腔内切除足够的病变食管受到限制。本组中有2例手术后病理报告食管切端阳性,无法清扫下纵隔食管床的转移淋巴结,对这部分病例难以实施根治性手术。本组共清扫下纵隔食管床淋巴结31枚,其中仅有1枚是经腹手术径路所切除。经左胸径路切除第7肋打开膈肌操作,是胸外科医生常用的手术路径。该术式在切除下段食管癌及贲门癌手术中,能获得较大的操作空间和手术视野,能兼顾到腹中及胸腔病变的彻底切除,食管—残胃吻合、消化道重建、腹腔淋巴结的清扫及下纵隔食管床淋巴结,甚至是主动脉弓下淋巴结的清扫也游刃有余。本组中胸内淋巴结共清除33枚,其中28枚在该径路下切除。经胸手术切除食管癌贲门癌从手术彻底性这一角度考虑,有其不可替代的优势,但与经腹手术组相比,其手术出血量、心肺功能的干扰和术后恢复略逊色。

综合本组患者淋巴结的转移情况和规律以及三

种手术方式的利弊,我们认为,手术方式的选择原则,应以病变的范围、程度、患者的整体情况以及手术的彻底性为条件,选择不同的手术方式,达到给患者以最小的创伤,得到最佳的治疗效果为目标。对于任何腹段食管癌或侵犯贲门者,贲门癌肿块或侵犯食管下段者,疑有纵隔食管床或主动脉弓下淋巴结转移的病例,选择经左胸切口均可达到满意的效果。对于贲门癌仅局限于贲门、胃或患者年龄大、心肺功能严重不良的患者采用经腹手术路径,无疑是有益的。对于贲门癌侵犯脾脏、胰尾及食管下段范围较大的病例,可在经腹或经胸探查后再作胸及腹联合切口。近年来,有报道经腹、胸腔镜下食管癌、贲门癌切除左胸内吻合的报道<sup>[1]</sup>,也有对下段食管

癌早期患者和心肺功能差而不能耐受开胸手术的患者采用食管拔脱术的报道<sup>[2]</sup>。Orringer等<sup>[3]</sup>采用不开胸,经食管裂孔“根治性”切除食管癌,术后生存率亦可超过5年。总之,每一种新术式都有它的优缺点,只要使用得当,对患者有益,均值得探索。

#### [参 考 文 献]

- [1] 颜云鹏,毛须平,胡江文,等. 6例经腹胸腔镜下食管癌贲门癌切除胸内吻合术[J]. 中华胸心血管外科杂志, 1999, 15(3): 174-175
- [2] Orringer MB, Orringer JS. Esophagectomy without thoracotomy [J]. J Thorac Cardiovasc Surg 1983, 85(1): 72-80
- [3] Orringer MB, Forastiere AA, Perez-Tamayo C, et al. Chemotherapy and radiation therapy before transhiatal esophagectomy for esophageal carcinoma [J]. Ann Thorac Surg 1990, 49(3): 348-354

[文章编号] 1000-2200(2006)05-0545-02

。临床医学。

## 翼状胬肉术中应用丝裂霉素 C 的临床观察

赵运庭, 范 峰, 于文华, 张 影

[摘要]目的:评价翼状胬肉切除术联合术中应用丝裂霉素 C 对预防胬肉复发的有效性和安全性。方法:将 76 例 80 眼原发性翼状胬肉随机分为两组:治疗组 39 例 40 眼,行翼状胬肉切除术联合术中应用 0.02% 丝裂霉素 C;对照组 37 例 40 眼,行单纯翼状胬肉切除术,术后随访 6 个月。观察两组术后复发率及并发症情况。结果:治疗组有 3 眼复发,复发率为 7.50%;对照组有 3 例 3 眼失访,10 眼复发,复发率 27.03%。治疗组复发率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。所有患者在随访期间未发现严重并发症发生,仅治疗组有 1 例 1 眼出现点状角膜炎,经治疗 2 周内恢复。结论:翼状胬肉切除术联合术中应用丝裂霉素 C 预防胬肉术后复发是安全、有效的方法。

[关键词] 翼状胬肉; 眼疾病 / 外科手术; 丝裂霉素 C

[中国图书资料分类法分类号] R 777.33 R 779.6 [文献标识码] A

翼状胬肉(以下称胬肉)是眼科常见病,其发病机制尚不完全清楚,治疗常以手术切除为主,但单纯胬肉切除术后复发率较高<sup>[1]</sup>。为评价胬肉切除联合术中应用丝裂霉素 C (mitomycin C MMC)对预防胬肉术后复发的有效性和安全性,我们观察了胬肉切除联合术中一次性应用 MMC 与单纯胬肉切除术两种方法治疗 76 例(80 眼)胬肉患者的复发率及并发症,现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 病例收集于 2002 年 6 月~2004 年 9 月在我院门诊治疗的 76 例(80 眼)原发性翼状胬肉患者,胬肉头部侵入角膜缘  $> 2$  mm,其中男 34 例(36 眼),女 42 例(44 眼),右 37 眼,左 43 眼;年龄 22~76 岁。病程 6 个月~30 年。分为两组:治疗组(胬肉切除联合应用 MMC 组),39 例 40 眼;对

照组(单纯翼状胬肉切除术组),37 例 40 眼。两组性别、年龄、病程等均具有可比性。复发性胬肉及伴有外眼疾病的如眼干燥症等未列入本分析范围。

1.2 手术方法 76 例经抗感染治疗后,基本处于静止状态下进行手术。治疗组:1%丁卡因表面麻醉后,胬肉体部结膜下 2%利多卡因加少许肾上腺素浸润麻醉,按常规切除胬肉组织的头部、颈部及体部,达半月皱襞外 1 mm,使角膜及巩膜面干净,力求做到创面平整光滑无胬肉组织残留,游离结膜缝合 2~3 针于浅层巩膜上,不烧灼巩膜露面;再将一块浸有 0.02% MMC 的 4 mm×4 mm 棉片,置于距角膜缘 2 mm 的巩膜暴露区 3~5 min,注意保护周围角膜、结膜组织。去除棉片后,用生理盐水彻底冲洗残留药液。术毕涂抗生素眼药膏,术后第 2 天滴抗生素及皮质类固醇眼药水,7 天后拆除结膜缝线,以后滴抗生素眼药水 1~2 个月。对照组:胬肉切除方法及术后处理同治疗组,术中不使用 MMC。

1.3 疗效判定 手术区光滑,结膜平整无充血,无纤维血管组织增生或增生进入角膜刮除面  $< 0.5$

[收稿日期] 2006-04-29

[作者单位] 安徽省淮北市人民医院 眼科, 235000

[作者简介] 赵运庭(1961-),男,副主任医师。