

总结出一些方法预防 RLN 损伤:(1)麻醉满意,以全麻为主,患者肌肉松弛,甲状腺暴露满意;(2)正确处理切口大小和手术显露之间的关系,对于较大的瘤体术中应离断舌骨下肌群;(3)手术操作规范、精细、耐心,术野清晰,层次清楚,避免术中出血时盲目钳夹和暴力牵拉甲状腺组织;(4)残面止血时避免钳夹或缝扎过深,最好不要低于气管平面,只要止血确切,残面不必常规对拢缝合;(5)临近神经操作时,分离方向尽量与神经行径一致,避免电切或电凝时的热力灼伤;(6)放置有效引流,预防渗液、积血压迫 RLN 导致的神经功能障碍。

[参 考 文 献]

- [1] Jamski J, Jamska A, Graca M, *et al.* Recurrent laryngeal nerve injury following thyroid surgery [J]. *Przegł Lek*, 2004, 61 (1): 13 - 16.
- [2] Chiang FY, Wang LF, Huang YF, *et al.* Recurrent laryngeal nerve palsy after thyroidectomy with routine identification of the

recurrent laryngeal nerve [J]. *Surgery*, 2005, 137 (3): 342 - 347.

- [3] Ardito G, Revelli L, Dalatri L, *et al.* Revisited anatomy of the recurrent laryngeal nerves [J]. *Am J Surg*, 2004, 187 (2): 249 - 253.
- [4] 刘连新, 武林枫, 刘冰. 显露喉返神经的甲状腺手术 574 例 [J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13 (5): 340 - 342.
- [5] Procaccianta F, Picozzi P, Pacifici M, *et al.* Palpatory method used to identify the recurrent laryngeal nerve during thyroidectomy [J]. *World J Surg*, 2000, 24 (5): 571 - 573.
- [6] 方国恩, 施俊义, 盛援, 等. 甲状腺疾病 3091 例外科治疗分析 [J]. *中国实用外科杂志*, 2004, 24 (10): 596 - 599.
- [7] 武林枫, 刘连新, 赵明, 等. 甲状腺手术中显露喉返神经的意义 [J]. *中华普通外科杂志*, 2005, 20 (2): 92 - 94.
- [8] 吕新生. 喉返神经损伤 [M] // 吕新生. 实用临床普通外科学: 上册. 长沙: 中南大学出版社, 2006: 661 - 668.
- [9] 李新营, 吕新生, 王志明, 等. 非返性喉返神经损伤的预防 [J]. *中华耳鼻咽喉科杂志*, 2004, 39 (7): 415 - 418.
- [10] 王激, 刘东峰, 张建勋, 等. 完全囊外甲状腺切除术的术式探讨 [J]. *中华普通外科杂志*, 2004, 19 (4): 211 - 213.

[文章编号] 1000-2200(2010)08-0803-02

· 临床医学 ·

右胸入路治疗胸中段食管癌 65 例分析

吴志勇, 王 峰, 李 睿

[摘要] 目的: 探讨经右颈、胸、上腹正中三切口治疗胸中段食管癌的优缺点。方法: 对 65 例经右颈、胸、腹三切口手术治疗的胸中段食管癌患者的临床资料进行回顾性分析。结果: 65 例均手术切除, 其中根治性切除 59 例, 姑息性切除 6 例。术后无手术死亡病例; 吻合口瘘 4 例, 经积极治疗康复出院; 吻合口狭窄 3 例, 术后 2 个月分次行食管扩张后临床症状好转。结论: 胸中段食管癌采用右胸三切口方式能达到彻底诊治效果, 可提高远期疗效。

[关键词] 食管肿瘤/外科手术; 手术入路; 右胸; 淋巴结清扫

[中国图书资料分类法分类号] R 735.1 [文献标识码] A

食管癌是我国常见的六大恶性肿瘤之一^[1], 其手术经 50 年的普及和发展已日趋完善。但其局部浸润和淋巴结转移是预后较差的主要因素^[2]。目前, 胸中段食管癌仍以手术治疗为主, 手术入路有经左胸或右胸。右胸入路能够在直视下游离中上段食管, 完整暴露全纵隔, 并经腹正中切口取得腹部结构的良好暴露, 无需切开膈肌, 适合中段食管切除。2002 年 10 月至 2009 年 8 月, 我院采用右胸入路治疗胸中段食管癌 65 例, 效果满意, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 55 例, 女 10 例; 年龄 41 ~ 73 岁。肿块长径 2 ~ 8 cm。术后病理证实鳞状细胞癌 59 例, 腺癌 4 例, 腺鳞癌 2 例。

1.2 方法 全麻后取右侧后外侧切口, 经第 5 肋间进胸游离食管, 清扫胸野淋巴结; 另取上腹正中切口, 游离全胃保留胃血管弓, 清扫腹野淋巴结, 扩大食管裂孔至 4 横指, 将胃经食管裂孔上提入胸腔, 避免胃扭转; 左颈作胸锁乳突肌前斜切口, 胃经食管床从颈部引出行食管癌切除加食管颈部吻合术, 并常规清扫上纵隔及摘除右侧气管三角旁淋巴结

2 结果

65 例均手术切除, 其中根治性切除 59 例, 姑息性切除 6 例。平均清扫胸野淋巴结 (10.5 ± 6.2) 枚, 腹野淋巴结 (5.4 ± 3.9) 枚。术后全组无手术死亡; 但有吻合口瘘 4 例, 经积极治疗康复出院; 吻合口狭窄 3 例, 术后 2 个月, 分次行食管扩张后症状好转。

3 讨论

食管癌外科手术的根治原则要求将癌变的食管连同周围的纵隔胸膜、脂肪结缔组织和淋巴结整块

[收稿日期] 2010-04-20

[作者单位] 安徽省明光市人民医院 胸心外科, 239400

[作者简介] 吴志勇 (1967 -), 男, 副主任医师。

切除,除临床分期外,食管切除的长度及淋巴结清扫的范围也是影响食管外科疗效的重要因素。因此,选择合理的食管癌径路和方法与食管癌的切除率、生存率及并发症有直接关系。右胸入路相对左侧术式复杂,但可取得上纵隔和上腹部的完整暴露,保证足够长度的食管切除,并较彻底地进行“三野清扫”。严福来等^[3]报道右胸入路切除率为98%,本组达100%。

3.1 术中及围术期情况 经右颈、胸、腹三切口行胸中段食管癌切除,常需要更换体位,步骤较复杂。由于食管中段的位置偏右,对于主动脉弓平面及气管隆突平面的中段食管癌,特别是侵及奇静脉者,左侧开胸显露差,从右侧开胸显露最为满意,从该切口进行上纵隔、气管隆突及食管旁的淋巴结清扫也最为方便,必要时游离或部分切除奇静脉及结扎胸导管,操作也十分方便。

由于右肺容积较左肺大,随呼吸出现的节律性肺膨胀可促进胃排空而减少胃潴留;同时经右胸途径术式可避免心脏和主动脉弓对胃的不均匀压迫而影响胃排空;而且经右胸手术对膈肌的解剖结构破坏相对较小,从而减少术后返流性食管炎的发生^[4]。经食管裂孔而不切开膈肌,避免膈肌运动受损和由于切开膈肌导致患者肺通气功能及咳嗽、排痰能力的下降。

3.2 术后并发症 右胸入路多数并发症的发生率较左胸入路高,尤其是吻合口瘘。Fujita等^[5]报道,扩大或全纵隔淋巴结清扫后,吻合口瘘发生率为10%~20%。原因:(1)上纵隔清扫、颈部吻合对食管血供影响较大;(2)重建胃管血供,受胸骨或原食管床的局部解剖结构影响较大;(3)食管、胃吻合张力较大,更影响血供。而局部压迫及吻合口张力、手术迷走神经切断也可能造成术后胃排空障碍增多。另外,由于手术范围较大,术后出血致二次手术的发生率升高,尤其在提拉胃管通过胸腔时无法直视下完成,可能增加意外出血的风险。但右胸入路无膈肌切口,患者术后咳嗽、排痰容易,对肺功能影响小,肺部并发症少,术后恢复快。

3.3 手术后根治性切除及生存获益 对于食管癌外科治疗的疗效,根治性切除是其独立预后因素。切缘阳性是提示预后不良的独立因素^[6-7]。切端癌残留是食管癌早期复发的主要原因,也是吻合口愈合不良导致吻合口瘘的重要因素,因此手术切除应该保证足够的切缘,尽量完整切除肿瘤。项鹤彬等^[8]研究表明,食管癌具有多点起源和癌周浸润的特点,手术必须切除足够的长度,上切缘要求距肿瘤5 cm以上,切除范围应包括食管周围的纵隔脂肪组

织以及食管胃周围的相应淋巴结,而右颈、胸、上腹正中三切口能满足上述要求。

食管癌有颈、胸、腹三野淋巴结转移的特点,尤其中晚期胸中段癌,其颈胸腹转移率相当高。淋巴管是食管癌常见的转移途径,淋巴结转移与否是食管癌患者最重要的预后因素之一。肿瘤一旦侵犯到食管黏膜下层,区域淋巴结转移度显著增加,肿瘤侵犯越深,颈胸腹部淋巴结转移度越高。

由于左胸入路受主动脉弓及其分支等解剖结构的阻挡,无法满意清扫气管旁及喉返神经旁淋巴结。相反,右胸入路加上腹正中切口可取得纵隔野及腹野区域淋巴结的暴露、清扫,尤其是双侧喉返神经旁及气管旁淋巴结。有研究^[9]表明,该区域正是胸段食管癌淋巴结转移的重要区域。右胸路径对纵隔淋巴结清扫彻底,能够有效降低淋巴结复发率。胸中段食管癌不仅向下转移到贲门旁胃左血管等胃周淋巴结,而且向上至上纵隔气管旁颈深锁骨上淋巴结转移。故胸中段食管癌至少应视作包括颈部纵隔及上腹部在内的区域性疾病^[10]。有报道^[11]显示,接受三野清扫中,1/3存在颈部淋巴结转移。对于胸中段食管癌,特别是主动脉弓附近的食管癌,更应考虑到手术切除的安全性、淋巴结清扫的彻底性、围手术期并发症、术后生存质量及远期生存率。

[参 考 文 献]

- [1] 邵令芳,王其彰.新编食管外科学[M].2版.石家庄:河北科学技术出版社,2002:513-520.
- [2] Greenlee RT, Hiu Harmon MB, Murray T, et al. Cancer statistics, 2001[J]. CA Cancer J Clin, 2001, 51(1): 15-36.
- [3] 严福来,周星明,陈奇勋,等.右胸及上腹两切口食管癌切除术510例[J].中国肿瘤,2004,13(2):112-114.
- [4] 龚伟,陈胜喜,罗万俊,等.右侧膜顶食管胃吻合在食管癌根治术中的疗效观察[J].中国医师杂志,2006,8(7):939-940.
- [5] Fujita H, Sueyoshi S, Tanaka T, et al. Optimal lymphadenectomy for squamous cell carcinoma in the thoracic esophagus; comparing the short- and long-term outcome among the four types of lymphadenectomy[J]. World J Surg, 2003, 27(5): 571-579.
- [6] Dexter SP, Sue-Ling H, McMahon MJ, et al. Circumferential resection margin involvement; an independent predictor of survival following surgery for oesophageal cancer[J]. Gut, 2001, 48(5): 667-670.
- [7] Griffiths EA, Brummell Z, Gorthi G, et al. The prognostic value of circumferential resection margin involvement in oesophageal malignancy[J]. Eur J Surg Oncol, 2006, 32(4): 413-419.
- [8] 项鹤彬,赵志军,陈剑锋,等.胸腹“二切口”治疗食管中下段癌95例[J].临床医学,2006,26(5):37-38.
- [9] 薛恒川,吴昌荣,张振斌,等.胸段食管癌胸腹二区淋巴结清扫及转移规律[J].癌症,2007,26(9):1020-1024.
- [10] 陈文虎.食管癌的综合治疗[J].肿瘤,2003,23(2):85-86.
- [11] 安丰山,黄金球,陈少湖.217例胸段食管癌淋巴结转移及其对预后影响的分析[J].癌症,2003,22(9):974-977.