

上段食管癌的外科治疗(附 76 例报告)

Surgical treatment of upper esophageal carcinoma: a report of 76 cases

吴彬,徐志飞,李建秋,赵学维,钟镭,孙耀昌

(第二军医大学长征医院胸心外科,上海 200003)

[关键词] 上段食管癌;外科治疗

[中图分类号] R 735.1

[文献标识码] B

[文章编号] 0258-879X(2005)02-0230-02

上段食管癌包括颈段及主动脉弓平面以上的胸段食管癌,由于解剖位置及重建难度的关系,往往采用姑息性放射治疗,但近、远期效果都不理想。我们自 1991 年 10 月至 2004 年 5 月手术治疗上段食管癌共 76 例,现总结如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 全组 76 例,男 60 例,女 16 例,年龄 40~84 岁,平均(56±14)岁,颈段食管癌 18 例(包括放疗后 1 例,食管颈段、下段重复癌合并胃体癌症 1 例,食管颈段癌合并贲门癌 1 例),上胸段食管癌 50 例,颈胸段食管癌 8 例。所有病例均经上消化道钡餐及纤维内镜检查明确食管癌诊断;纤维支气管镜检查均未见气管内膜异常,气管膜部外压性狭窄 5 例;术前声音嘶哑 8 例,间接喉镜检查 6 例单侧声带麻痹。

1.2 手术方式 颈段食管癌共 18 例,行颈、腹二切口食管拔脱 16 例,其中结肠代食管 6 例(食管拔脱+全胃切除+空肠代胃+结肠代食管 1 例,食管拔脱+近端胃大部切除+结肠代胃 1 例),胃代食管 10 例,手术探查 2 例;上胸段食管癌行三切口胃代食管左颈吻合术 46 例,手术探查 4 例;颈胸段食管癌行三切口胃代食管左颈吻合术 7 例,剖胸探查 1 例。

2 结果

术后围术期死亡 1 例(食管拔脱+胃代食管左颈吻合术后 16 d 猝死);食管上残端肿瘤细胞残留 3 例(均为颈段食管癌,行食管拔脱+胃代食管左颈吻合术);上胸段食管癌手术探查 4 例,颈胸段食管癌探查 1 例,均因肿瘤侵犯气管未能完成手术,颈段食管癌探查 2 例,1 例为肿瘤侵犯气管,另一例为放疗后 3 个月,术中见肿瘤周围瘢痕形成,局部成冰冻状,手术探查率 9.21%;姑息性切除 6 例,均为上胸段食管癌,气管膜部受侵,但术中分离食管时已导致食管肿瘤处破裂,迫不得已行部分肿瘤旷置,术中术后大量胸腔冲洗,均未出现脓胸,避免了围术期死亡,同时术中均予以银夹标记,术后辅助放射治疗;并发吻合口瘘 10 例(游离空肠口底吻合 1 例,结肠食管吻合 2 例,胃食管吻合 7 例),均行术后换药治疗痊愈;声音嘶哑 10 例。

3 讨论

3.1 手术切除难度的估计 上段食管癌较其他各段食管癌少见,邵令方等^[1]报道有详细记录的食管癌 4 210 例中,上段 213 例,仅占 5.1%,本组上段食管癌 76 例,约占同期手术治

疗食管癌的 9%。文献报道食管癌的切除率以下段最高,中段次之,上段最低,主要因为上段食管的周围解剖结构关系影响,上段食管癌如果外侵,最易受影响的重要脏器是气管膜部和双侧喉返神经,受肿瘤侵犯的气管膜部如果破裂,一方面由于肿瘤组织质脆不易修补,另一方面局部肿瘤残留愈合困难,极易引起气管胸膜瘘严重并发症,往往导致患者围术期死亡,如果双侧喉返神经受累后切断,术后双侧声带麻痹,必然导致永久性气管切开,因此这两大因素是决定肿瘤能否根治的主要原因。术前判断上段食管癌和气管及喉返神经关系对手术切除可能性的估计极为重要,方法包括临床症状的判断及相关辅助检查。患者出现频繁咳嗽、声音嘶哑、背部疼痛均提示肿瘤侵犯气管膜部或喉返神经的可能;纤维支气管镜及间接喉镜检查是判断上述可能性较为可靠的方法,应列为常规检查。

3.2 手术径路的选择 上段食管癌手术大多采用经右或左侧开胸径路,王如文等^[2]采用颈胸骨部分劈开径路切除上段食管癌 76 例,切除率达 90.7%。我们采用经右胸径路行上胸段及颈胸段食管癌手术 53 例,根治性切除 42 例,姑息性切除 6 例,总切除率达 90.57%,根治性切除率 79.25%。因此,我们认为手术径路的选择取决于术者习惯,切除率的高低取决于病例的筛选。

3.3 食管重建方式的选择 重建食管的移植物通常有胃、结肠和空肠。胃代食管,手术操作简单,能满足绝大部分患者的食管重建,为首选方法。但在行高位吻合时,胃的长度往往不够,本组 3 例食管残端肿瘤残留的患者均因考虑胃的长度不够,食管沿肿瘤上缘切断,降低吻合平面所致。此后 6 例我们选择结肠代食管取得满意效果。结肠作为移植物替代食管时,首选结肠左动脉为结肠段供血血管^[3],由于边缘血管弓完全能供应移植结肠的血运,不需行小血管吻合再建血运,多数移植的结肠有足够的长度,可拉至颈部高位与咽梨状窝吻合,且结肠在截取一段后,一般不影响整个结肠的功能。但利用结肠作为移植物,术中易污染,术后发生吻合口瘘及切口感染的机会相对较多,本组结肠代食管吻合口瘘发生率 28.5%(2/7),而胃代食管吻合口瘘发生率 12.5%(7/56)。术前严格的肠道准备及术中仔细的操作可减少此类并发症的发生。游离空肠小血管吻合代食管不是首选,这

[作者简介] 吴彬(1967-),男(汉族),博士,讲师、主治医师。
E-mail: wubinx@public9.sta.net.cn