

高龄食管下段癌患者两种不同手术路径治疗的临床效果观察

雷海 丁伟峰 李轶川 莫丹 常灿辉

(云南省楚雄彝族自治州人民医院胸心外科 云南 楚雄 675000)

摘要 目的:比较高龄食管下段癌患者采用二切口和三切口两种不同手术路径手术治疗的临床效果。方法:回顾性分析高龄食管下段癌患者 135 例,其中 73 例患者采用二切口术式,分为 A 组,62 例患者采用三切口术式,分为 B 组,比较两组患者术中出血量、手术时间、食管切除长度、淋巴结清扫数目及术后并发症、术后死亡率和 1 年后生存率、生活质量。结果:A 组术中出血量、手术时间优于 B 组,B 组食管切除长度、淋巴结清扫数目优于 A 组,A 组术后并发症及死亡率低于 B 组,术后生活质量优于 B 组,术后 1 年生存率两组无显著性差异。结论:高龄食管下段癌患者手术治疗时,应首选二切口术式,可减少术后并发症的发生,并提高术后生活质量。

关键词 高龄;食管下段癌;二切口;三切口

中图分类号:R655.4 R735.1 文献标识码:A 文章编号:1673-6273(2011)09-1727-03

Clinical Effect Observation of Two Different Surgical Approaches for Elderly Patients with Lower Esophageal Cancer

LEI Hai, DING Wei-feng, LI Yi-chuan, MO Dan, CHANG Can-hui

(Chuxiong Yi Autonomous Prefecture People's Hospital, Cardiothoracic Surgery Department, 675000, Yunnan, China)

ABSTRACT Objective: To compare the clinical effects of two incisions and three incisions surgical approaches in treatment of elderly patients with lower esophageal cancer. **Methods:** Retrospective analysising 135 cases of elderly patients with lower esophageal cancer, 73 patients were divided into A group with two incisions surgical approaches treatment. 62 patients were divided into B group with three incisions surgical approaches treatment,then compare surgery bleeding,operation time, the length of esophageal resection, the number of lymph node,surgery complications,mortality rate, postoperative one year survival rate and quality of life. **Results:** A group was better than B group in surgery bleeding, operation time, surgery complications and quality of life, B group was better than A group in the length of esophageal resection and the number of lymph node, there was no significant difference in survival after 1 year ($P>0.05$). **Conclusion:** In surgical treatment of elderly patients with lower esophageal cancer,it should use two incisions surgical approaches first.It could reduce surgery complications and improve quality of life.

Key words: The aged;Lower Esophageal Cancer;Two incisions;Three incisions

Chinese Library Classification(CLC): R655.4, R735.1 **Document code:** A

Article ID:1673-6273(2011)09-1727-03

随着人民生活水平的提高和医疗条件的改善,我国已步入老龄化社会之列,老年患者接受外科手术的人数亦随之增多^[1]。食管癌在我国的发病率已上升至肿瘤的第四位^[2]。高龄食管肿瘤患者常伴有其他不同系统的合并症,如慢性支气管炎、肺气肿、高血压、糖尿病等,且各种器官组织的功能衰退使得高龄患者在手术后容易发生各种并发症^[3]。目前食管癌的手术径路趋于多样化,但最常用的仍为左胸后外侧切口+颈部切口(简称二切口)和右胸切口+腹部切口+颈部切口(简称三切口)^[4]。作者回顾性分析并比较了临床工作中,分别采用两种手术路径治疗高龄食管癌患者的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我科 2006 年 1 月-2007 年 12 月期间,经胃镜

检查及病理活检确诊为食管下段癌的高龄患者 135 例,以上病例均为食管癌初发,且为食管原发病例,年龄均>70 岁患者。以上患者均无严重心、脑、肺等器质性疾病,无严重高血压、糖尿病等基础性疾病,均能耐受手术治疗。73 例患者采用二切口术式,分为 A 组,其中男 46 人,女 27 人,年龄 72-79 岁,平均年龄 76.5 岁,病变范围 1-12cm,62 例患者采用三切口术式,分为 B 组,其中男 41 人,女 21 人,年龄 71-79 岁,平均年龄 77.3 岁,病变范围 1.5-11.5cm。两组患者在年龄结构、性别组成、病变范围、术后病理类型及 TNM 分期等方面无显著性差异($P>0.05$),病例资料具有可比性。

1.2 治疗方法

两组患者均给予常规术前准备,术后吸氧、抗炎治疗,营养支持,维持电解质及酸碱平衡等常规治疗,同时给予常规术前术后专科护理。

1.2.1 A 组手术方式 气管内插管静脉复合麻醉下行开胸手术,先经左胸游离食管,清除纵隔淋巴结,随后切开膈肌,游离胃后清除贲门旁及胃左动脉淋巴结,再经左颈部作切口,行胃食管吻合手术,采用单层缝合。

作者简介:雷海(1965-)男,主治医师,大学本科,
联系电话:13908787733
(收稿日期:2011-02-03 接受日期:2011-02-28)

1.2.2 B 组手术方式 气管内插管静脉复合麻醉下行开胸手术 , 先经右胸游离食管 ,在上腹部正中切口游离胃 ,在左颈或右颈切口行食管颈部吻合术 ,术中清扫术野内淋巴结。

1.3 统计学方法

两组患儿所得计量数据采用 $\bar{X} \pm S$ 表示 ,计数数据采用百分率表示 ,使用 spss15.0 软件行 t 检验和 χ^2 检验 ,以 $P < 0.05$

计为差异有统计学意义。

2 结果及分析

2.1 两组患者手术情况比较

两组患者术中出血量、手术时间、食管切除长度、淋巴结清扫数目比较 均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较($\bar{X} \pm S$)
Table 1 Comparison of surgery situation in two groups($\bar{X} \pm S$)

Groups	The number of cases	Surgery bleeding(ml)	Operation time(min)	The length of esophageal resection(cm)	The number of lymph node (numbers)
A group	73	418.5± 127.3	223.2± 37.8	16.1± 6.5	9.3± 6.5
B group	62	486.7± 135.8	251.3± 35.2	20.2± 4.8	16.7± 7.8
t value		2.031	2.135	2.337	5.011
P		P<0.05			

2.2 两组患者术后并发症及死亡率比较

两组患者术后吻合口漏、肺部并发症、心脏并发症及死亡

率比较 均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者术后并发症及死亡率比较(n ,%)
Table 2 Comparison of postoperative complications and death rate in two groups(n ,%)

Groups	The number of cases	Anastomotic leakage	Pulmonary complications	Cardiac complications	Postoperative death
A group	73	2(2.7%)	5(6.8%)	2(2.7%)	1(1.4%)
B group	62	7(11.3%)	12(19.4%)	8(12.9%)	6(9.7%)
χ^2 value		3.939	4.763	5.049	4.706
P		P<0.05			

2.3 两组患者术后 1 年生存率及生活质量比较

各组患者减去术后死亡病例 ,样本量变为:A 组 72 例 ,B 组 56 例。1 年后随访两组患者生存率及生活质量 ,生活质量按以下标准评价^[5]:食欲、进食量、吞咽状况、饭后胸闷不适、腹泻、

返酸、体质差和体重下降等 8 项进行比较。两组患者术后 1 年生存率分别为 86.1%和 85.7% ,组间无显著性差异($P > 0.05$) ,两组患者生活质量各项标准比较 ,除体质差差异无统计学意义($P > 0.05$) ,其余各项均差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者术后 1 年生存率及生活质量比较(n ,%)
Table 3 Comparison of postoperative one year survival rate and quality of life in two groups(n ,%)

Groups	The number of cases	Survival patients	Poor appetite	Eating less	Dysphagia	Chest discomfort after meals	Easy to diarrhea	Acid back	Poor health	Weight loss
A group	72	62(86.1%)	5(6.9%)	25(34.7%)	9(12.5%)	13(18.1%)	3(4.2%)	15(20.8%)	58(80.6%)	27(37.5%)
B group	56	48(85.7%)	11(19.6%)	31(55.4%)	15(26.8%)	19(33.9%)	8(14.3%)	21(37.5%)	49(87.5%)	32(57.1%)
χ^2 value		<0.01	4.644	5.450	4.220	4.233	4.106	4.329	1.108	4.891
P		P>0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

3 讨论

手术是治疗食管癌的首选方法。如患者全身情况较好 ,无手术禁忌证 ,均应手术治疗。对肿瘤的切除应注意切除的长度和广度 ,原则上应切除食管大部分。切除的长度应在距肿瘤上、下缘 5-8cm 以上^[6]。对于高龄食管癌患者采用何种手术方式 ,胸

外科医生的认识并不相同。Balducci 等^[7]认为老年食管癌患者术后并发症增加 ,应尽量避免行三切口手术 ,但 Sabel 等^[8]提出相反的观点。二切口术式及三切口术式均能保证食管切除长度 ,能有效的避免切线癌残留 ,对食管床、颈部、贲门及胃左动脉周围淋巴结均能给予清扫^[5]。同时三切口术式术野显示清楚 ,切除食管长度与淋巴结清扫范围临床效果较佳 ,但其创伤大 ,

并发症多^[9]。二切口术式在中上段食管癌的切除中,因有主动脉弓阻挡显露不佳存在一定盲区,容易损伤邻近组织器官,同时对胸顶、上纵隔喉返神经旁的转移淋巴结也无法清除^[10]。Dionigi 等认为^[11],三切口食管切除术的最大优点是对于食管中上段癌,特别是平奇静脉弓的食管癌可以提高切除彻底性和手术安全性,避免盲目游离造成的出血。Gotohda 等通过临床观察发现^[12],相比于三切口手术方式,二切口手术方式创伤较小、手术时间短的优点,但在中上段食管癌手术过程中游离较困难,具有一定风险。

3.1 两种术式手术情况比较

二切口术式术中出血量、手术时间方面优于三切口术式,但在食管切除长度、淋巴结清扫数目方面不如三切口术式。这是由于二切口术式较三切口术式手术创伤小,显露术野范围相对较小的缘故^[13]。

3.2 两种术式术后并发症及死亡率比较

食管癌手术中,最严重且较常见的并发症就是吻合口瘘,一般死亡率在 50%左右^[14]。二切口术式由于手术创伤较三切口术式小,所以术后的并发症少于三切口术式。相应的,由于术后并发症引起的患者死亡率,也少于三切口术式^[15]。三切口术式中 6 例死亡患者,1 例死于吻合口漏,3 例死于肺部并发症,2 例死于心脏并发症。

3.3 两种术式术后 1 年生存率及生活质量比较

三切口术式手术术野较大,淋巴结清扫范围较广,但两种术式术后 1 年生存率比较无显著性差异,可能与时候随访时间较短有关。较长术后随访,有待进一步完善。但术后 1 年两组患者生活质量比较,二切口术式明显优于三切口术式,对于术后提高高龄患者生活质量,应首选二切口术式。

综上所述,对于高龄食管下段癌患者采用手术治疗时,应首选二切口术式,这样可减少术后并发症的发生,并提高术后患者生活质量。

参考文献(References)

- [1] 吴彬,徐志飞,赵学维,等.高龄食管癌贲门癌患者术后主要并发症的原因分析[J].第二军医大学学报,2003,24(1):113-115
Wu-bin, Xu Zhi-fei, Zhao Xue-wei, et al. Preoperative risk factors and different operative methods on postoperative complications in elderly patients with esophageal cardia cancer [J]. Academic Journal of Second Military Medical University, 2003,24(1):113-115
- [2] 张思维,陈万青,孔灵芝,等.中国部分市县 1998-2002 年恶性肿瘤的发病与死亡[J].中国肿瘤,2006, 7(12):112-115
Zhang Si-wei, Chen Wan-qing, Kong Ling-zhi, et al. An Analysis of Cancer Incidence and Mortality from 30 Cancer Registries in China, 1998~2002[J]. China Cancer, 2006, 7(12):112-115
- [3] 斯坎达尔·阿布拉孜,孙伟,庞作良,等.70 岁以上老年食管癌患者手术入路的探讨[J].新疆医科大学学报,2008,31(8):999-1001
Skander·Abulizi, Sun Wei, Pang Zuo-liang, et al. Study of different

- operative approaches on over 70 years-old patients with esophageal cancer [J]. Journal of Xinjiang Medical University, 2008,31 (8): 999-1001
- [4] 张杰,相加庆.食管癌外科研究的现状与新动向[J].中国癌症杂志, 2006,16(10):795-800
Zhang-jie, Xiang Jia-qing. Surgical treatment for esophageal cancer: current status and future directions[J]. China Oncology, 2006,16(10): 795-800
- [5] 马胜军,乔以泽,尹刚,等.二切口与三切口食管癌切除胃代食管术疗效及生活质量评价[J].中国肿瘤临床与康复, 1998,5(2):47-49
Ma Sheng-jun, Qiao Yi-ze, Yin-gang, et al. Evaluation on postoperative effects and living quality by taking two-cut and three-cut esophageal carcinoma resection with replacement of esophagus by stomach[J]. Chinese Journal of Clinical Oncology and Rehabilitation, 1998,5(2): 47-49
- [6] Chunwei F, Qingzeng N, Jian liang L, et al. Cervical esophagogastric anastomosis with a new stapler in the surgery of esophageal carcinoma[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2005, 28(2):291-295
- [7] Balducci L, Extermann M. A practical approach to the older with cancer [J]. Curr Prol Cancer, 2002,25(1):8210
- [8] Sabel MS, Smith JL, Nava HR, et al. Esophageal resection for carcinoma in patients older than 70 years[J]. Ann Surg Oncol, 2002,9:210
- [9] 王旭广,毛志福,程邦昌,等.两种不同入路食管癌切除术后近期并发症比较[J].山东医药,2003, 43(36):51-52
Wang Xu-guang, Mao Zhi-fu, Cheng Bang-cang, et al. Two different approaches compare postoperative complications of esophageal cancer resection[J]. Shandong Medical Journal, 2003,43(36):51-52
- [10] 潘开云,张文山,郭银根.中上段食管癌两种三切口术式的临床研究[J].肿瘤学杂志,2005, 11(3):210-212
Pan Kai-yun, Zhang Wen-shan, Guo Ying-cong. A Clinical Study of Two Approaches of "Three-incisions" for Esophagectomy and Digestive Tract Reconstruction in the Treatment of Middle-upper Esophageal Carcinoma[J]. Journal of Oncology, 2005, 11(3):210-212
- [11] Dionigi G, Dionigi R, Boni L, et al. Transdiaphragmatic approach to the thorax using mini-invasive devices[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2006,16(6):423-426
- [12] Gotohda N, Nishimura M, Yoshida J, et al. The pattern of lymphatic metastases in superficial squamous cell carcinoma of the esophagus [J]. Hepatogastroenterology, 2005,52(61):105-107
- [13] Na KJ. Minimally invasive surgery for esophageal cancer [J]. Korean J Gastroenterol, 2007,50(4):226-232
- [14] Arita T, Shiozaki A, Fujiwara H, et al. A case of esophageal cancer with sigmoid colon tumor treated by laparoscopic surgery[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2010,37(12):2388-2390
- [15] Kanaya S, Matsushita T, Komori J, et al. Video-assisted transsternal radical esophagectomy: three-field lymphadenectomy without thoracotomy for esophageal cancer [J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 1999,9(5):353-357