

· 论著 ·

不同吻合方式对行右胸入路根治术中下段食管癌恢复的影响比较*

王启昕^{*} 朱正帅 杨子林 王 旻

南阳市中心医院胸外科(河南 南阳 473000)

【摘要】目的 比较不同吻合方式对行右胸入路根治术中下段食管癌患者恢复的影响。方法 回顾性2021年9月至2023年9月医院85例行右胸入路根治术治疗的中下段食管癌患者资料,根据吻合方式,将其分为对照组(食管胃胸腔内吻合,42例)和观察组(食管胃颈部吻合,43例)。比较两组围术期指标、食管切端癌残留率、术后并发症、生活质量[癌症患者生活质量测定量表(QLQ-C30)]及生存率。结果 与对照组相比,观察组食管切除更长,置管时间、住院时间更短($P<0.05$);观察组切端癌残留率更低($P<0.05$);观察组术后3年生存率更高($P<0.05$)。两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后,两组QLQ-C30评分均较术前升高,且观察组更高($P<0.05$)。结论 相较食管胃胸腔内吻合,右胸入路根治术中采用食管胃颈部吻合可缩短中下段食管癌患者术后置管时间、住院时间,减少切端癌残留,提高生活质量及远期生存率。

【关键词】食管癌;右胸入路根治术;食管胃胸腔内吻合;食管胃颈部吻合

【中图分类号】R735.1

【文献标识码】A

【基金项目】河南省医学科技攻关计划联合共建项目(LHGJ20210978)

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2025.2.032

Comparison of the Effects of Different Anastomosis Methods on the Recovery of Patients with Lower Esophageal Cancer Undergoing Right Thoracic Approach Radical Surgery*

WANG Qi-xin^{*}, ZHU Zheng-shuai, YANG Zi-lin, WANG Yang.

Thoracic Surgery Department, Nanyang Central Hospital, Nanyang 473000, Henan Province, China

Abstract: Objective To compare the effects of different anastomosis methods on the recovery of patients with lower esophageal cancer undergoing right thoracic approach radical surgery. **Methods** A retrospective study was conducted on 85 patients with middle and lower esophageal cancer who underwent right thoracic radical surgery in the hospital from September 2021 to September 2023. They were divided into a control group (42 cases) and an observation group (43 cases) according to the anastomosis method. Perioperative indicators, residual esophageal cancer rate, postoperative complications, quality of life (QLQ-C30), and survival rate were compared between two groups. **Results** Compared with the control group, the observation group had longer esophagectomy, shorter tube placement time, and shorter hospital stay ($P<0.05$). The residual rate of cut end cancer in the observation group was lower ($P<0.05$). The observation group had a higher 3-year postoperative survival rate ($P<0.05$). There was no statistical significant difference in the incidence of complications in both groups ($P>0.05$). After surgery, the QLQ-C30 scores of both groups increased compared to before surgery, and the observation group was higher ($P<0.05$). **Conclusion** Compared with esophagogastric thoracic anastomosis, using cervical esophagogastric anastomosis in right thoracic approach radical surgery can shorten the postoperative tube placement time and hospitalization time of patients with middle and lower esophageal cancer, reduce residual cancer at the cutting end, improve quality of life and long-term survival rate.

Keywords: Esophageal Cancer; Right Thoracic Approach Radical Surgery; Esophagogastric Thoracic Anastomosis; Cervical Esophagogastric Anastomosis

食管癌是一种严重威胁中国居民健康的恶性肿瘤,且其恶性程度高、预后差,且近年来发病逐渐趋于年轻化^[1]。手术是治疗食管癌的首选手段,其中中下段食管癌通常行右胸入路根治术^[2]。在切除肿瘤病灶及邻近淋巴组织后,还要将剩余的食管与胃吻合,而吻合方式将直接影响食管癌患者治疗效果^[3]。对于食管胃吻合,临床主要有食管胃胸腔内吻合和食管胃颈部吻合两种吻合方式,二者均能满足患者治疗需求,但具体哪种吻合方式更有利于患者恢复,目前临床仍存在一定争议,还需进一步论证^[4]。基于此,本研究旨在通过回顾性分析比较右胸入路根治术中两种不同吻合方式患者资料,为中下段食管癌患者吻合方案的选择提供经验参考。具示如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经医院医学伦理委员会批准。回顾性收集2021年9月至2023年9月医院85例行右胸入路根治术中下段食管癌患者资料,根据吻合方式,将其分为对照组(食管胃胸腔内吻合,42例)和观察组(食管胃颈部吻合,43例)。

纳入标准:符合食管癌诊断标准^[5],经钡餐X线检查明确为中下段食管癌;临床分期Ⅰ~Ⅲ期;患者就诊资料、随访资料等均保存完整。排除标准:术前有放化疗史;合并其他恶性肿瘤;合并其他食道疾病;合并严重器质性疾病。对照组男28例,女14例;年龄43~71岁,平均(60.35±5.27)岁;病灶部位:中段

23例,下段19例;病理分型:鳞癌38例,腺癌4例。观察组男30例,女13例;年龄45~70岁,平均(60.96±5.40)岁;病灶部位:中段22例,下段21例;病理分型:鳞癌40例,腺癌3例。两组一般资料比较,差异不显著($P>0.05$),有可比性。

1.2 方法 两组均气管插管全麻,于右胸第7、第4肋间作切口,依次为观察孔和主操作孔。进胸探查病灶,游离食管和肿瘤,清扫邻近淋巴结。对照组实施食管胃胸腔内吻合,游离胃弯,切断并结扎胃网膜左、胃左、胃短动脉,清扫腹腔,行主动脉弓上或弓下吻合。观察组实施食管胃颈部吻合,切除胸段食管,切断并结扎胃网膜左、胃左、胃短动脉,清扫腹腔,于左胸锁乳突肌作切口,清扫颈部食管淋巴结,切断颈部游离食管,上提胃至颈部行吻合。放置鼻胃管,患者禁食5~7d。

1.3 观察指标 (1)围术期指标:记录围术期指标。(2)食管切端癌残留率:于术后7d,采用影像学检查评估。(3)并发症:记录并发症情况。(4)生活质量:分别于术前、术后2个月时,采用癌症患者生活质量测定量表(the quality of life questionnaire-core 30, QLQ-C30)^[6]评估,该量表包括30个条目,其中2个条目每条目计1~7分,其余28个条目每条目计1~4分,总分126分,QLQ-C30评分越高提示患者生活质量越高。(5)远期生存率:记录术后1年、2年、3年生存率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 25.0软件处理数据,计量、计数资料分别以 $\bar{x} \pm s$ 、%表示,采用 t 、 χ^2 检验; $P<0.05$ 时差异有统计学意义。

【第一作者】王启昕,男,住院医师,主要研究方向:食管恶性肿瘤。E-mail: fzhihua1975@163.com

【通讯作者】王启昕

2 结 果

2.1 围术期指标 与对照组相比, 观察组食管切除更长, 置管时间、住院时间更短($P<0.05$)。见表1。

2.2 食管切端癌残留率 对照组切端癌残留8例, 癌残留率为19.05%(8/42), 观察组切端癌残留1例, 癌残留率为2.33%(1/43); 观察组食管切端癌残留率低于对照组($\chi^2=4.634$, $P=0.031$)。

表1 两组围术期指标比较

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(mL)	食管切除长度(cm)	淋巴结清扫数(枚)	置管时间(d)	住院时间(d)
对照组	42	253.36±32.17	227.34±60.26	18.47±3.59	22.48±3.87	9.04±2.56	16.84±3.20
观察组	43	258.02±34.45	251.47±62.33	26.53±5.08	21.76±3.71	6.50±1.21	14.11±2.83
t		0.644	1.814	8.430	0.876	5.870	4.163
P		0.521	0.073	<0.001	0.384	<0.001	<0.001

表2 两组术后并发症比较[例(%)]

组别	例数	肺部感染	吻合口狭窄	吻合口瘘	胃排空障碍	乳糜胸	喉返神经损伤	合计
对照组	42	3(7.14)	1(2.38)	2(4.76)	2(4.76)	1(2.38)	0	9(21.43)
观察组	43	2(4.65)	1(2.33)	4(9.30)	1(2.33)	1(2.33)	2(4.65)	11(25.58)
χ^2								0.204
P								0.652

表3 两组QLQ-C30评分比较(分)

组别	例数	术前	术后	t	P
对照组	42	57.12±6.08	93.75±8.13	23.384	<0.001
观察组	43	56.84±6.23	101.23±8.66	27.286	<0.001
t		0.210	4.103		
P		0.835	<0.001		

表4 两组远期生存率比较[例(%)]

组别	例数	术后1年	术后2年	术后3年
对照组	42	36(85.71)	26(61.90)	18(42.86)
观察组	43	39(93.02)	33(76.74)	28(65.12)
χ^2	-	0.142	2.204	4.240
P	-	0.707	0.138	0.040

3 讨 论

中下段食管癌具有极强的侵袭性和致命性, 即使是早期食管癌也存在转移风险, 患者生存率较低^[7]。右胸入路根治术是治疗中下段食管癌的有效方案, 旨在将原发肿瘤病灶切除, 以达到治愈效果, 但食管的切除使得患者正常的消化系统解剖结构发生改变, 必须进行消化道重建以恢复消化道的生理功能^[8]。而消化道重建是将胃与食管断端进行吻合, 选择合适的吻合方式是保障术后快速恢复的重要因素。目前常见的食管胃两种吻合方式, 即胸腔内吻合与颈部吻合, 关于二者的争议一直不断。部分研究认为食管胃颈部吻合更为适宜, 因为这样手术切除范围更加广泛, 肿瘤切除更彻底; 亦有研究认为食管胃颈部吻合术后吻合口瘘发生率较高, 而食管胃胸腔内吻合减少了食管的过分游离, 更具安全性^[9-10]。本研究对两种吻合方式进行探讨, 分析比较其对行右胸入路根治术中下段食管癌患者恢复的影响。

本研究显示, 观察组在食管切除、置管及住院时间方面更具优势, 表明食管胃颈部吻合可缩短置管时间及住院时间, 扩大手术切除范围, 降低食管切端癌残留率。实施食管胃颈部吻合患者的胸腔暴露程度小于食管胃胸腔内吻合, 其手术操作不会明显影响到心脏、肺脏, 有助于患者术后快速恢复^[11]。受客观限制, 实施食管胃胸腔内吻合患者的切缘距病灶比较近, 无法达到食管胃颈部吻合的广泛切除范围, 因此食管切端癌残留率相对更高^[12]。

本研究中, 两组并发症总发生率比较差异不显著, 表明两种吻合方式安全性相当。但本研究发现, 实施食管胃颈部吻合的患者吻合口瘘发生率比较高, 分析原因与颈部吻合口处的血运相对较差及吻合张力低有关^[13]。此外, 对照组术后无人发生喉返神经损伤, 而观察组有2例, 可能是因为喉返神经距颈部吻合口较近, 在进行手术时, 如医师术中操作不当, 很容易因过度牵拉、缝扎等操作损伤患者喉返神经。针对这种情况, 需努力提高术者操作技能, 尽可能避免对周围组织的误伤。

多年的临床实践证明, 在食管癌患者远期生存率难以突破的情况下, 提高患者的生活质量至关重要^[14]。研究发现, 术后两组QLQ-C30评分均有所升高, 且观察组更高, 表明食管胃颈部吻合可提高患者生活质量。这可能是因为食管胃颈部吻合患者术后置管时间、住院时间

2.3 术后并发症 两组并发症发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

2.4 生活质量 术后, 两组QLQ-C30评分有所升高, 且观察组更高($P<0.05$)。见表3。

2.5 远期生存率 观察组术后3年生存率高于对照组($P<0.05$)。见表4。

更短, 患者躯体功能恢复更快, 进而正向影响到情绪功能、社会功能等, 因此患者生活质量更高。

食管癌的发生是多中心性的, 即多处组织存在不同程度的病变, 因此患者术后易复发, 预后较差。而研究还显示, 观察组术后3年生存率更高, 表明食管胃颈部吻合可提高患者远期生存率。分析原因为, 食管胃颈部吻合在保证手术效果的同时, 还保证了充分的食管切除长度, 可有效避免术后复发, 提高患者远期生存率^[15]。

综上所述, 对于行右胸入路根治术的中下段食管癌患者, 实施食管胃胸腔内吻合与食管胃颈部吻合的术后并发症发生率相当, 而食管胃颈部吻合在缩短患者术后置管时间及住院时间、降低食管切端癌残留率、提高患者生活质量及远期生存率方面更具优势。

参考文献

[1] 刘宇英, 魏君丽, 江柔, 等. 食管癌的流行病学及筛查研究进展[J]. 中华疾病控制杂志, 2022, 26(7): 839-844.

[2] 彭勇, 杨健, 许经伟, 等. 改良式上腹右胸两切口手术治疗中下段食管癌的临床应用价值研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2019, 18(22): 2435-2438.

[3] 杨卫忠. 不同消化道重建路径对胸腔镜食管癌手术患者的影响分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(7): 1191-1194.

[4] 李剑, 童希文, 汪坤, 等. 腹腔镜腔镜下胸内吻合术与颈部吻合术治疗胸中下段食管癌的近期疗效分析[J]. 临床外科杂志, 2020, 28(7): 639-642.

[5] 陈孝平, 汪建平, 赵继宗. 外科学(第9版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 273-277.

[6] 万崇华, 陈明清, 张灿珍, 等. 癌症患者生活质量测定量表EORTC QLQ-C30中文版评介[J]. 实用肿瘤杂志, 2005, 20(4): 353-355.

[7] 李献帅, 陈献国, 何淑倩. 全腔镜Ivor-Lewis术式治疗胸中下段食管癌的临床效果[J]. 中国医药导报, 2022, 19(34): 85-89.

[8] 李雅新, 李丽娜, 郝帅, 等. 术后不同消化道重建方法对高龄食管癌患者Barrett食管发生率的影响[J]. 实用癌症杂志, 2022, 37(9): 1465-1468.

[9] 夏夏辉, 冷云华, 李灿平, 等. 腹腔镜食管癌切除联合左侧颈部吻合治疗食管癌的疗效及其对呼吸功能的影响[J]. 临床外科杂志, 2020, 28(8): 760-763.

[10] 王腾飞, 耿玉六, 徐明. 经右胸入路食管癌根治术两种吻合方式治疗中下段食管癌的疗效对比[J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(9): 58-59.

[11] 樊宏哲, 郭浩, 杜鹏程. 腹腔镜食管癌根治术联合左侧颈部吻合术治疗食管癌疗效观察[J]. 新乡医学院学报, 2022, 39(5): 439-449.

[12] 张志强, 李玉水. 腹腔镜下食管癌根治术联合胃-食管胸腔内吻合对食管癌患者淋巴结清扫数量、呼吸功能及术后并发症的影响[J]. 武警后勤学院学报: 医学版, 2021, 30(7): 110-111, 125.

[13] 王海, 杨更朴, 柴立勋, 等. 腹腔镜腔镜联合食管癌切除术对食管癌患者肺功能、免疫功能的影响及颈部吻合口瘘的影响因素探讨[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(14): 2668-2672.

[14] 丁海如, 张海峰, 周晓琪. 腹腔镜腔镜下食管癌切除治疗的效果及对患者肺功能、免疫功能和生活质量的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2021, 18(6): 164-168.

[15] 董亚辉. 食管胃颈部吻合与胃胸腔内吻合在中下段食管癌患者右胸入路根治术中的应用比较[J]. 实用癌症杂志, 2021, 36(4): 605-608.

(收稿日期: 2023-12-25) (校对编辑: 翁佳鸿)