

# 管状胃重建消化道在食管癌根治术中的应用价值

张建新, 罗平, 包铮

南华大学附属南华医院胸心外科, 湖南 衡阳 421002

**摘要:** **目的** 探讨管状胃重建消化道在食管癌根治术中的临床疗效及安全性。**方法** 将拟手术治疗的食管癌患者 92 例, 随机分成研究组和对照组 (各 46 例)。两组均实施食管癌根治术, 研究组行管状胃成形胃代食管吻合术, 对照组行全胃代食管吻合术。进行手术时间、出血量、住院天数及术后并发症发生率的比较。**结果** 两组患者的手术时间、出血量及平均住院时间差异无统计学意义 ( $P$  均  $>0.05$ )。两组的吻合口瘘及吻合口狭窄发生率差异无统计学意义 ( $P$  均  $>0.05$ )。研究组术后胃潴留、胃食管反流及肺部并发症的发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P$  均  $<0.05$ )。**结论** 食管癌患者应用管状胃重建消化道可以降低术后胃排空延迟、胃食管反流及肺部并发症的发生率, 并提高患者术后近期的生活质量。

**关键词:** 管状胃; 消化道重建; 食管癌; 并发症

**中图分类号:** R 735.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)02-0202-02

食管癌术后的消化道重建, 绝大多数采用胃食管吻合术, 但术后存在不同程度的胃潴留、胃食管反流、胸胃综合征等并发症, 严重影响患者的术后生活质量。因此减少食管癌患者术后并发症, 提高患者术后生活质量成为食管外科的重要课题。为探讨不同消化道重建方式对食管癌患者临床疗效的影响, 本文对 92 例食管癌患者分别采用管状胃成形及全胃代食管进行对照研究, 报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将拟手术治疗的食管癌患者 92 例, 按病历号单双数随机分成 2 组, 其中 46 例采用管状胃重建消化道为研究组, 另 46 例用全胃与食管吻合为对照组。所有患者术前未接受过新辅助放、化疗, 均无胸部及腹部手术史。手术及术后护理均由同一

组医护人员完成。两组患者的年龄、病理类型、临床分期等临床资料差异无统计学意义 ( $P$  均  $>0.05$ )。见表 1。

**1.2 手术方法** 两组均在全麻下行食管癌根治术。研究组采用管状胃成形, 胃代食管。管状胃成形于幽门上方 2~3 cm 处, 用直线切割缝合器沿胃小弯侧与胃大弯平行进行切割直至胃底, 制成内径约 3~4 cm 的管状胃。对照组用全胃与食管吻合术。96 例患者均采用右胸 + 上腹 + 左颈部三切口 (McKeown) 术式, 均在左颈部采用手工分层吻合。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS17.0 软件包进行统计学处理。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用独立样本  $t$  检验; 计数资料以率表示, 采用  $\chi^2$  检验; 等级资料采用秩和检验。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

表 1 两组患者一般临床资料的比较 (例)

组别	例数	性别		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	临床分期*				肿瘤类型	
		男	女		I	IIa	IIb	III	鳞癌	腺癌
研究组	46	35	11	67.44 ± 7.52	2	9	13	22	42	4
对照组	46	36	10	66.58 ± 8.43	2	9	14	21	43	3
$P$ 值		$>0.05$		$>0.05$	$>0.05$				$>0.05$	

注: \* 食管癌的术前分期采用国际抗癌联盟 (UICC) 标准<sup>[1]</sup>。

## 2 结果

**2.1 两组患者手术一般情况比较** 两组患者的手术时间、出血量及平均住院时间差异无统计学意义 ( $P$

均  $>0.05$ )。见表 2。

**2.2 两组患者术后常见并发症的比较** 两组的吻合口瘘及吻合口狭窄发生率差异无统计学意义 ( $P$  均  $>0.05$ )。研究组术后胃潴留、胃食管反流及肺部并发症的发生率低于对照组 ( $P$  均  $<0.05$ ), 并发症的总发生率也低于对照组 ( $P < 0.01$ )。见表 3。

表 2 两组患者观察指标比较 ( $n = 46, \bar{x} \pm s$ )

组别	手术时间(h)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
研究组	5.2 ± 1.3	805.6 ± 420.6	15.3 ± 5.3
对照组	5.0 ± 1.2	810.1 ± 430.5	15.5 ± 5.3
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

表 3 两组患者术后常见并发症的比较 [ $n = 46, \text{例}(\%)$ ]

并发症	研究组	对照组	P 值
吻合口瘘	2(4.3)	2(4.3)	>0.05
吻合口狭窄	2(4.3)	1(1.7)	>0.05
胃食管反流	2(4.3)	9(19.6)	<0.05
胃潴留	2(4.3)	8(17.4)	<0.05
肺部并发症	3(6.5)	10(21.7)	<0.05
合计	11(23.9)	30(65.2)	<0.01

### 3 讨论

食管癌术后的消化道重建,绝大多数采用胃食管吻合术。传统的胃代食管是选用全胃,胃几乎全部位于胸腔内,同时切断迷走神经,胃排空能力下降,易致胃潴留、胃食管反流,影响心肺功能。近年来开展的管状胃成形重建消化道,显著减少了患者术后并发症。本研究对 92 例食管癌患者分别采用管状胃成形及全胃代食管重建消化道进行对比,发现两组的手术时间、术中出血量及住院时间相近,研究组的并发症总发生率为 23.9%,明显低于对照组的 65.2%。证实管状胃重建消化道更符合解剖生理要求,可减少术后消化系统及肺部并发症的发生率。

胃食管反流是食管癌术后十分常见的并发症。陈文树等<sup>[2]</sup>通过对食管癌患者术后进行 24 h pH 监测发现管状胃组的反流较全胃组明显减轻。孙超等<sup>[3]</sup>研究发现食管癌手术中管状胃组的反流性食管炎发生率为 5.1%,显著低于全胃组的 11.1%。本研究中管状胃组与对照组术后反流性食管炎的发生率分别为 4.3% 和 19.6%,证实采用管状胃重建消化道可减轻食管癌术后胃食管反流症状。其原因与制作管状胃切除了胃小弯的大部分,最大限度减少了胃酸的分泌有关。术后胸胃排空延迟是另一个较常见的并发症,反流与排空延迟相互影响,反流影响胃排空,胃排空延迟促进反流。Bemelman 等<sup>[4]</sup>报道食管癌术后胃延迟排空的发生与胸胃体积大小有关,全胃、远端 2/3 胃及管状胃代食管术后发生胃排空延迟的几率分别为 38%、14% 和 3%。本研究管状胃组胃延迟排空发生率为 4.3%,显著低于对照组的 17.4%。其机制可能是:(1)管状胃直径与食管相似,更符合消化道重建后的生理解剖要求。(2)管状胃足够长,幽门不会发生牵拉变形,减少了胃延迟排空的发生率。(3)管状胃位于食管床,与心脏接触面积更大,心脏

的节律性搏动推压胃壁有助于胃排空。

全胃代食管将整个胃上提至胸腔,胸腔胃蠕动差,排空延迟,胃扩张压迫心肺易导致肺部感染和肺不张,且肺部感染占食管癌围术期病死率的 60%<sup>[5]</sup>。管状胃体积明显缩小,对心肺的压迫程度明显减轻,且减少了胃食管反流所导致的误吸,可以明显降低术后肺部感染、肺不张等并发症<sup>[6]</sup>。本研究显示管状胃组术后肺部并发症发生率为 6.5%,明显低于对照组的 21.7%,与文献报道相符。文献报道管状胃能够有效延长移植胃的长度达 2~8 cm<sup>[7]</sup>,降低吻合口张力,而且其血运更丰富,有助于吻合口愈合,这些因素可以降低吻合口瘘的发生率。本研究两组的吻合口瘘发生率均较低(4.3%),考虑与术者的手术经验及采用分层间断缝合有关。分层间断缝合具有层次分明、对合良好等优点,有利于一期愈合<sup>[8]</sup>。陈名久等<sup>[9]</sup>采用分层间断缝合法吻合食管与胃亦明显降低吻合口瘘的发生率。本研究管状胃组发生吻合口狭窄 2 例,对照组 1 例,提示制作管状胃的直径不宜过窄,否则可能导致吻合口狭窄。

通过本研究我们发现,应用管状胃重建消化道并未增加手术时间及创伤,而且可降低术后胃排空延迟、食物反流及肺部并发症的发生率,提高手术安全性,改善患者的生活质量。

### 参考文献

- [1] 吴孟超,吴在德. 黄家驹外科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2010:585-586.
- [2] 陈文树,付向宁,徐澄澄,等. 管状胃对食管癌手术后胃食管反流的影响[J]. 华中科技大学学报(医学版),2011,40(5):593.
- [3] 孙超,石维平,束余声,等. 管状胃与全胃代食管在食管癌切除术颈部吻合中吻合口瘘发生率的对比观察[J]. 中华全科医师杂志,2012,11(12):923-925.
- [4] Bemelman WA, Taat CW, Slors JF, et al. Delayed postoperative emptying after esophageal resection is dependent on the size of the gastric substitute[J]. J Am Coll Surg, 1995, 180(4):461-464.
- [5] D'journo XB, Michelet P, Avaro JP, et al. Respiratory complications after oesophagectomy for cancer [J]. Rev Mal Respir, 2008, 25(6):683-694.
- [6] 杨宁,冯永健,薛会岗,等. 管状胃重建食管对食管癌术后并发症的预防[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2011,5(9):2768.
- [7] 付云,林超西,蒋成榜,等. 食管癌不同术式胃食管反流发生情况的观察[J]. 现代实用医学,2009,21(6):570-571.
- [8] 解晨昊,赵雍凡,寇瑛俐,等. 食管胃分层吻合合法吻合口愈合质量的实验研究[J]. 中华胸心血管外科杂志,2004,20(5):261.
- [9] 陈名久,吴显宁,尹邦良,等. 可吸收缝线分层缝合法在颈部食管胃吻合术中的应用[J]. 中南大学学报(医学版),2011,36(3):265-269.