

胸腹腔镜联合食管癌根治术治疗食管癌患者的疗效分析

陈旭凯

内蒙古林业总医院

[摘要]目的: 分析对食管癌患者应用胸腹腔镜下食管癌根治术进行治疗的临床价值。方法: 对照组行传统开放式食管癌根治术治疗, 观察组采用胸腹腔镜联合食管癌根治术治疗。结果: 淋巴结清扫枚数2组相比差异小 $P > 0.05$, 手术时间、住院天数、手术过程中的失血量以及术后24h的引流量观察组少于/短于对照组 $P < 0.05$; 术后12h、24h以及36h的VAS疼痛评分观察组均低于对照组 $P < 0.05$; 术后并发症率观察组、对照组分别为8.00%、24.00%, $P < 0.05$ 。结论: 对于食管癌患者采用胸腹腔镜联合食管癌根治术进行治疗的操作创伤小、疼痛感轻、并发症率低、术后恢复快。

[关键词] 食管癌; 胸腔镜; 腹腔镜; 食管癌根治术; 价值

[DOI] 10.12252/j.issn.2096-627X.2020.02.951

食管癌是近年来常见的恶性肿瘤, 是指源于患者食管上皮的恶性肿瘤, 可引起吞咽哽噎感、吞咽困难、异物感等症状, 近年来该疾病的发病率较高, 尤其是在中老年人群中较为常见。此疾病的病因十分复杂, 例如亚硝胺类化合物、不良饮食习惯、家族遗传、吸烟、嗜酒、肥胖、真菌毒素感染及癌前疾病等。目前手术切除是食管癌患者的主要治疗手段, 特别是早期确诊并手术切除治疗有助于改善患者预后, 并进一步延长其生存时间。传统食管癌根治术在应用中视野暴露良好, 能够准确切除病灶, 然而缺陷在于创伤性偏高, 干扰患者的术后恢复, 且疼痛感较重^[1]。近年来腹腔镜技术迅速发展为食管癌患者的微创治疗奠定了重要基础, 在清除病灶的同时有助于降低手术创伤性。以下将分析对于食管癌患者采用胸腹腔镜联合食管癌根治术进行治疗的临床效果。

一、资料与方法

(一) 常规资料

病例选取自2019年1月~2020年2月我院均确诊为食管癌, 共计50例, 随机数字表法予以平均分组, 均为25例, 观察组男、女分别为13例、12例; 年龄分布于45~78岁, 均数(63.6±2.5)岁; 食管病变部位: 上段5例, 中段17例, 以及下段3例; 体重42.6~79.6kg, 均数(59.8±3.5)kg。对照组男、女分别为14例、11例; 年龄分布于44~79岁, 均数(63.7±2.4)岁; 食管病变部位: 上段4例, 中段17例, 以及下段4例; 体重42.3~80.6kg, 均数(59.7±3.6)kg。2组以上资料均有其可比性 $P > 0.05$ 。

纳入标准: 1. 符合对于食管癌的诊断标准; 2. 通过相

关影像学检查以及病理学检查得以确诊; 3. 相关临床资料完善; 4. 对手术方案知晓并征得知情同意; 5. 麻醉ASA分级I~III级。排除标准: 1. 罹患重度心、肺、肾等脏器功能病变者; 2. 罹患其他恶性肿瘤者; 3. 无法耐受手术、麻醉者。

(二) 方法

对照组行传统开放式食管癌根治术治疗, 术中为全身麻醉, 维持左侧卧位, 选择右胸第6肋间进行切开抵达胸腔, 对于胸段食管进行游离, 继续对各组淋巴结进行依次清扫。患者调整为平卧体位, 在其上腹部正中做手术切口, 对于胃周淋巴结进行充分清扫, 之后进行胃部游离, 食管贲门以及胃小弯进行切除, 并制作为常规管状胃, 于患者左颈胸锁乳突肌前缘做小手术切口, 对于颈段食管进行游离, 经由患者食管床进行提升并最终抵达颈部, 进而完成胃食管吻合; 观察组采用胸腹腔镜联合食管癌根治术治疗, 术中为左侧卧位, 进行常规全麻, 患者右腋中线选择第7肋间做小切口, 以此为术中观察孔, 将胸腔镜镜头进行置入其中, 为患者创建气胸, 控制压力6~8mmHg, 继续于患者腋后线第6以及第9肋间做小切口, 以此为手术副操作孔。在腋前线选择第4肋间做小切口以此为主操作孔, 在胸腔镜的辅助下对于胸段食管进行游离, 之后实施病灶切除, 区域淋巴结充分清扫。调整为平卧体位, 为患者创建二氧化碳气腹, 控制压力8~12mmHg, 在腹腔镜设备的辅助下采取5孔法对胃部进行游离, 腹腔区域淋巴结进行充分清扫, 继续在剑突下做一小手术切口, 患者贲门小弯侧残胃体外进行妥善处理, 并进行制作管状胃, 继续沿患者原食管床进行提至颈部, 实施机械

表1 一般围手术期指标2组间相比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	手术时间 (min)	住院天数 (d)	失血量 (ml)	淋巴结清扫枚数 (枚)	术后24h引流量 (ml)
观察组	25	168.59±16.35	11.16±1.62	226.36±25.19	11.95±1.20	316.53±51.16
对照组	25	189.59±20.16	17.62±3.35	403.36±31.16	12.03±1.32	476.35±91.16
t值		12.362	5.362	22.325	1.036	13.635
p值		0.014	0.029	0.003	0.075	0.000

表2 术后VAS疼痛评分2组间相比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	n	12h	24h	36h
观察组	25	2.26±0.76	3.96±0.69	3.26±0.52
对照组	25	5.06±1.03	7.16±0.95	6.32±1.17
t值		5.632	6.632	6.965
p值		0.031	0.025	0.028

吻合,手术切口充分冲洗,复张肺病缝合手术切口。

(三) 评价准则

1. 记录2组患者的一般围手术期指标,例如手术时间、住院天数、手术过程中的失血量、淋巴结清扫枚数以及术后24h的引流量。2. 2组患者均于术后12h、24h以及36h利用视觉模拟评分法(VAS)对其胸部疼痛度进行评估,0~10分,分数越高疼痛感越重。3. 记录2组术后出现的声音嘶哑、肺部感染、吻合口瘘以及手术切口感染等并发症。

(四) 统计学方法

文中数据行SPSS22.0分析,计量资料数据标准差为($\bar{x} \pm s$),数据实施t检验,计数资料表示为[n(%)],数据实施 χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表存在统计学意义。

二、结果

(一) 一般围手术期指标2组间相比

淋巴结清扫枚数2组相比差异小 $P > 0.05$,手术时间、住院天数、手术过程中的失血量以及术后24h的引流量观察组少于/短于对照组 $P < 0.05$ 。

(二) 术后VAS疼痛评分2组间相比

术后12h、24h以及36h的VAS疼痛评分观察组均低于对照组 $P < 0.05$ 。

(三) 术后并发症率2组间相比

术后并发症率观察组为8.00% (2/25),其中声音嘶哑、吻合口瘘各1例;术后并发症率对照组为24.00% (6/25),其中声音嘶哑3例,肺部感染、吻合口瘘以及手术切口感染各1例,术后并发症率观察组低于对照组 $P < 0.05$ 。

三、讨论

我国是食管癌的高发国家,近年来的发病率具有明显的上升趋势,该疾病的死亡率在所有恶性肿瘤中排名第四。现阶段手术切除治疗是食管癌患者的主要治疗措施,其目的是彻底清除病灶,防止发生远处转移和恶化。然而手术方案的选择对于患者的临床疗效可造成一定影响,需要积极探寻创伤性小、安全性高以及预后效果良好的外科手术方案^[2-3]。以往多应用传统食管癌根治术进行治疗,该手术方案的技术手

段较为成熟,然而经由患者胸壁做较大手术切口使得创伤性较高,与此同时手术中需要对胸壁肌肉进行切断以及进行撑开肋骨,这使得创伤性高以及并发症风险较高影响患者的预后。胸腹腔镜联合食管癌根治术则是一种更具微创特征的外科手术,通过在胸腹腔镜的辅助下能够进行胸腹腔探查并进一步放大手术视野,使患者食管周边的细微组织结构得以充分显露,这也为手术中的精准操作奠定了重要基础,有助于减轻手术操作创伤,更好地控制术中出血量,防止对于术后恢复造成不良影响,特别是该手术后患者的痛感较轻,有助于预防应激反应^[4-5]。本次研究中,观察组的术后并发症率明显更低,术后的疼痛度评分低于对照组,与此同时手术时间、失血量等围术期指标明显优于对照组。表明,与传统开放手术相比,胸腹腔镜联合食管癌根治术的应用更有利于提升食管癌患者的整体治疗价值。

综上所述,对于食管癌患者采用胸腹腔镜联合食管癌根治术进行治疗的操作创伤小、疼痛感轻、并发症率低、术后恢复快。

参考文献:

- [1] 刘金明. 胸腹腔镜联合下食管癌根治术治疗食管癌的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019, 19(86): 134, 140.
- [2] 金字斌, 李立德, 张志勇. 胸腹腔镜联合食管癌根治术在食管癌临床治疗中的效果分析[J]. 中国保健营养, 2019, 29(19): 12-13.
- [3] 陈海平. 胸腹腔镜联合根治术与常规三切口开胸根治术治疗食管癌的近期效果[J]. 临床医学, 2019, 39(4): 77-79.
- [4] 刘金明. 胸腹腔镜联合下食管癌根治术治疗食管癌的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(86): 134+140.
- [5] 宋宣统, 时静. 胸腹腔镜联合食管癌根治术治疗食管癌的临床效果[J]. 河南医学研究, 2019, 28(02): 230-231.