

胸腔 +1 孔在 siewertII 型食管胃结合部肿瘤的应用

张根周连帮

安徽医科大学第二附属医院胃肠外科 安徽 合肥 230000

【摘要】目的: 探究分析胸腔 +1 孔在 siewertII 型食管胃结合部肿瘤的应用。方法: 设置此次研究开展的时间在 2021 年 1 月至 2022 年 12 月的区间范围之内, 邀请院内收治的真正的贲门癌食管胃结合部肿瘤患者 (15 例) 参与到此次研究的过程之中。由相关护理人员收集整理患者的出生年月日, 并以此为基础, 应用电脑随机选择的方式, 将其随机分为对照组与观察组。对照组予以患者经腹食管裂孔入路。观察组采用完全腹腔镜联合胸腔 +1 孔法治疗。对比两组的淋巴结清扫数目以及安全性。结果: 观察组优于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 在对真正的贲门癌食管胃结合部肿瘤患者进行治疗的过程中, 采用完全腹腔镜联合胸腔 +1 孔法治疗, 能够有效提升淋巴结清扫数目, 保障患者食管切缘处于相对理想的情况, 进而确保安全性的提升, 认为在今后开展工作的过程中能够结合收集应用此类治疗模式对患者进行干预。

【关键词】: 真正的贲门癌食管胃结合部肿瘤; 经腹食管裂孔入路; 完全腹腔镜; 胸腔 +1 孔法; 淋巴结清扫数目; 安全性

Application of Thoracic Cavity+1 Orifice in Siewert Type II Esophageal Gastric Junction Tumors

Gen Zhang Lianbang Bhou

Department of Gastroenterology of the Second Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Anhui Hefei 230000

Abstract: Objective: To explore and analyze the application of thoracic cavity+1 pore in Siewert type II esophageal gastric junction tumors. **Methods:** The study was conducted within the range of January 2021 to December 2022, and 15 real patients with esophageal and gastric junction tumors admitted to the hospital were invited to participate in the research process. The relevant nursing staff will collect and organize the patient's birth date and year, and based on this, they will be randomly selected by computer and divided into a control group and an observation group. The control group was treated with patients through an abdominal esophageal hiatus approach. The observation group was treated with complete laparoscopy combined with thoracic cavity+1 hole method. Comparing the number and safety of lymph node dissection between the two groups. **Result:** The observation group was superior to the control group, $P < 0.05$. **Conclusion:** In the treatment of patients with true cardia cancer and esophageal gastric junction tumors, the use of complete laparoscopy combined with chest+1 hole method can effectively increase the number of lymph node dissection, ensure that the patient's esophageal margin is in a relatively ideal condition, and thus ensure the improvement of safety. It is believed that in the future work process, this treatment mode can be combined with collection and application to intervene in patients.

Keywords: True cardiac cancer and esophageal gastric junction tumor, Transabdominal esophageal hiatus approach, Complete laparoscopy, Thorax+1 hole method, Number of lymph node dissection, Security

现阶段食管胃结合部腺癌发病率呈现出上升的趋势, 随着诊断技术的不断提升, 诊断的逐步明确, 认为其与幽门螺杆菌清除及食管反流性疾病增加存在着密切的联系。近年来, 国内外胸外科和胃肠外科学者制订了 AEG 相关共识。但对于 SiewertII 型食管胃结合部腺癌的争议较大, 其定义淋巴结清扫范围、病灶切除和消化道重建方面, 相关共识给出了建议^[1-2]。随着腹腔镜技术在消化道肿瘤治疗领域的迅速发展和广泛应用, 越来越多的学者开始应用腹腔镜手术治疗食管胃结合部腺癌。全腹腔镜手术难度较高, 需要紧密的团队配合和具有丰富的腹腔镜手术经验。我国结合 Siewert 分型及 WHO 定义, 将 AEG 定义为肿瘤中心处于食管胃解剖交界上下 5 cm 以内的腺癌, 并跨越或接触食管胃结合部。Siewert II 型 AEG 的淋巴结转移主要集中在腹腔内, 包括贲门右 (第 1 组淋巴结)、贲门左 (第 2 组淋巴结)、胃小弯侧 (第 3 组淋巴结)、胃左动脉 (第 7 组淋

巴结)、肝总动脉前方 (第 8a 组淋巴结)、腹腔干 (第 9 组淋巴结) 及脾动脉 (第 11 组淋巴结)。下纵隔淋巴结清扫需考虑肿瘤浸润食管长度 (esophageal involvement, EI), 2 cm < EI < 4 cm 患者应行下纵隔淋巴结清扫, 尤其重视清扫第 110 组淋巴结; EI < 2 cm 患者无需清扫下纵隔淋巴结^[3-4]。下纵隔淋巴结清扫范围及各淋巴结的界限仍有争议。笔者团队建议对 Siewert II 型 AEG 患者施行 en-bloc 清扫, 并界定清扫范围 (图 1): 上界为下肺静脉水平, 下界为膈肌脚, 前界为心包后壁, 后界为胸主动脉前方, 双侧界为下肺韧带。立体式清扫淋巴结, 可以规范完成下纵隔淋巴结的整块切除, 避免淋巴结单个摘除引起肿瘤播散^[5-6]。本文将探究分析胸腔 +1 孔在 siewertII 型食管胃结合部肿瘤的应用, 如下所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

设置此次研究开展的时间在 2021 年 1 月至 2022 年 12 月的区间范围之内, 邀请院内收治的真正的贲门癌食管胃结合部肿瘤患者 (15 例) 参与到此次研究的过程之中。由相关护理人员收集整理患者的出生年月日, 并以此为基础, 应用电脑随机选择的方式, 将其随机分为对照组与观察组。对照组患者 7 例, 男 3 例, 女 4 例, 平均年龄为: (59.876±5.619) 岁, 观察组患者共 8 例, 男 3 例, 女 5 例, 平均年龄为: (59.943±5.725) 岁, 两组一般资料对比无明显差异, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 对照组方法

经腹食管裂孔入路行全胃或近端胃切除加 D2 淋巴结清扫术。采用上腹部正中切口, 经横结肠前食管空肠 Roux-en-Y 吻合。

1.2.2 观察组方法

①体位: 指导双手平伸, 呈水平线, 双腿分开约 60°, 落实手术操作的意识站立于患者身躯的左侧, 指导手术助手站立于患者身躯的右侧, 扶助镜子的助手则站立于患者双腿分开的区间之内。明确 Trocar 孔的部位: 由手术医师应用 5 孔法, 从左边开始, 向右边作弧形的 Trocar 孔, 同时在手术助手右手的一侧置入 Trocar 孔。裸鼠对于患者胃大弯的干预: 在手术医师有效的掌握患者腹腔的实际状态知州, 将其胃部结肠的韧带进行游离, 明确第六足淋巴结, 并将胃系膜以及结肠系膜间隙进行拓展, 过程中避免损伤患者胃网膜血管。完成后落实患者胰腺淋巴结的清扫、腹段食管周围淋巴结的清扫以及下纵膈区域淋巴结清扫。落实对于患者食管系膜的裸化操作, 对患者纵膈淋巴结进行

清扫, 进而明确食管切除的实际范围, 同时将食管系膜游离裸化至切除线远端。在有效裸化之后明确切除的部位, 确保淋巴结清扫范围以及切缘的安全性。离断患者十二指肠以及食道下缘, 落实消化道的重建操作。



图 1

1.3 观察指标

对比两组的淋巴结清扫数目以及安全性。其中安全性指标包括: 患者出现胸腔积液、肺部感染的情况。数据均由研究期间收集整理得出。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS20.0 软件中分析, 计量资料比较采用 t 检验, 并以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 率计数资料采用 χ^2 检验, 并以率 (%) 表示, $P < 0.05$ 为差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组淋安全性

对比两组的安全性, 观察组优于对照组, $P < 0.05$, 如下所示。

表 1 两组安全性 [例, (%)

组别	例数	胸腔积液的例数	肺部感染的例数	并发症发生率
对照组	7	1	2	42.86%
观察组	8	0	1	12.50%
χ^2	-	-	-	23.022
P	-	-	-	0.001

2.2 两组淋巴结清扫数目

对比两组的淋巴结清扫数目, 观察组优于对照组, P

< 0.05 , 如下所示。

表 2 两组淋巴结清扫数目 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	淋巴结清扫数目
对照组	7	(16.87±2.96) 个
观察组	8	(23.61±5.22) 个
t	-	10.101
P	-	0.001

3 讨论

食管胃结合部肿瘤自身具有解剖位置特殊的特点, 在实际对此类患者进行手术治疗的过程中存在着较大的难度, 多数情况下, 患者在接受治疗后会存在较大的机率出现并发症, 对患者的预后造成严重的影响。使得部分医生不得已予以患者姑息治疗, 导致患者病情出现进一步的发展, 失去最佳的手术时机。而完全腹腔镜联合胸腔+1 孔法治疗相比于传统的手术模式则具有多方面的优势。

由于淋巴结清扫范围和病灶切除范围等因素, 使得 Siewert II 型 AEG 手术的消化道重建方式种类难以统一。

近端胃切除术后的消化道重建要考虑食管反流等问题, 需要改良食管-残胃的吻合方式。全胃切除术后行食管空肠 Roux-en-Y 吻合, 要充分考虑空肠襻的长度及其制作方式, 完全腹腔镜空肠系膜裁剪、Y 襻制作更费时费力, 因此, 大部分外科医师在此情况下会选择制作管状胃行消化道重建。这种消化道重建方式吻合口具有血供良好、张力较小的特点, 可以减少吻合口漏、出血等并发症的发生。常用的 AEG 手术入路包括经胸、经腹及胸腹联合, 但是在最终的治疗效果方面仍然难以达到令人完全满意的效果。随着腹腔镜技术的发展, 越来越多的 AEG 手术通过腹腔镜下完

成。腹腔镜下放大的、平视的视野更适合于裂孔内下纵隔空间的显露,这使得TH入路在SiewertII型AEG淋巴清扫、切缘判断及消化道重建中的优势更加明显^[7-8]。分析此次研究,观察组的淋巴结清扫数目以及安全性均优于对照组,认为全腹腔镜联合胸腔+1孔具有手术创伤小,术中无需变换患者体位,胃肠外科医师即可操作等优势。同时有效的提升了淋巴结的清扫范围,获得满意的食管切缘。最后在视野方面,全腹腔镜的视野较广,使操作更加精细化,减少了心脏、胸主动脉等其他副损伤的发生。

综上所述,在对真正的贲门癌食管胃结合部肿瘤患者进行治疗的过程中,采用完全腹腔镜联合胸腔+1孔法治疗,能够有效提升淋巴结清扫数目,保障患者食管切缘处于相对理想的情况,进而确保安全性的提升,认为在今后开展工作的过程中能够结合收集应用应用此类治疗模式对患者进行干预。

参考文献:

[1] 栗四方,花光斌,朱国玺,豆永辉,苏煜强.食管胃交界部腺癌SiewertI型和II型胸外科手术的治疗效果及其预后[J].实用癌症杂志,2023,38(04):626-629.

[2] 白向豆,苟文曦,洪子强,崔百强,金大成,苟云久.不同手术入路治疗SiewertII型食管胃结合部腺癌临床疗效的回顾性队列研究[J/OL].中国胸心血管外科临床杂志:1-6[2023-05-26].

[3] 徐晓阳,赵灿,徐晗,刘畅,高春宇,高雷,代广权.两种不同术式治疗SiewertII型食管胃结合部腺癌的疗效观察[J].中国现代药物应用,2022,16(04):34-36.

[4] 廖汉琪,姜耕,唐羿.两种消化道重建方式对SiewertII、III型食管胃结合部腺癌切除术患者预后的影响[J].中国医学创新,2022,19(06):55-59.

[5] 郜永顺,孙建刚,张云飞,陈鹏,刘继超,王华琪.SiewertII/III型食管胃结合部腺癌上切缘安全距离界定[J].腹部外科,2020,33(06):454-458.