

左右胸不同路径手术对胸中段食管癌患者的治疗效果对比评价

李仁喜

湘南学院附属医院 湖南郴州 423000

[摘要] 目的 对比采取左右胸不同入路路径在胸中段食管癌治疗中的临床效果。方法 把本院接受胸中段食管癌手术的 80 例病人分成考察组和实验组各 40 例, 考察组实施单纯的左胸入路路径开展手术, 实验组实施右胸入路和腹部、颈部联合三切口手术, 对比两组手术时间、术后住院时间、胸管留置时间、食管残端的阳性率、淋巴结的清除数量、并发症情况及术后 2 年存活率。结果 实验组手术时间和住院时间、胸管留置时间比考察组长, 淋巴结的清除数量和术后 2 年存活率比考察组多, 食管残端的阳性率实验组比考察组低, 但其术后吻合口瘘和肺部感染的发生率比考察组高, 两组各项治疗指标对比有较大区别 ($P < 0.05$)。结论 和左胸入路相比, 右胸入路对淋巴结的清除更为彻底, 且不易于复发, 术后 2 年患者的存活率高, 但该路径的手术耗时比较长, 术后发生并发症的概率比较大, 所以应该根据实际情况给予患者采取不同的手术路径。

[关键词] 左右胸; 不同路径手术; 胸中段食管癌; 效果对比

[中图分类号] R735.1

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 08-099-02

食管癌是一种胸外科常见恶性肿瘤类型, 是我国的六大恶性肿瘤其中之一。外科手术所谓食管癌治疗的主要手段, 选择恰当的手术路径对于食管癌的治疗及预后有着重要的作用。临床有数据显示, 我国在治疗食管癌中多采取左胸入路, 而对上段食管癌则通过颈部、胸部及腹部三个视野的淋巴结清除术所取得的疗效被广泛肯定, 但对中下段食管癌的手术入路选择还存在较多争议^[1]。为此, 本研究对比采取左右胸不同入路路径在胸中段食管癌治疗中的临床效果, 以期临床提供有用参考。

1 资料及方法

1.1 一般资料

把本院 2014 年 10 月至 2016 年 10 月间收治的接受胸中段食管癌手术的 80 例病人分成考察组和实验组各 40 例, 考察组男 25 例, 女 15 例; 年龄平均为 (62.32 ± 5.26) 岁, 其中, 最大 82 岁, 最小 45 岁; 体重平均为 (57.38 ± 5.36) kg, 其中, 最大 76kg, 最小 46kg; 实验组男 24 例, 女 16 例; 年龄平均为 (63.52 ± 5.67) 岁, 其中, 最大 81 岁, 最小 43 岁; 体重平均为 (55.99 ± 4.57) kg, 其中, 最大 78kg, 最小 44kg。两组一般资料比较不具统计学差异 ($P > 0.05$)。所有病人皆为全胸段食管切除和胃代食管, 但不包含结肠或者空肠代食管等, TNM 分期中, I 期 10 例, II a 期 14 例, II b 期 21 例, III 期 35 例。

1.2 方法

考察组实施单纯的左胸入路路径开展手术, 于左胸的后外侧做切口, 在第 7 肋间进胸后将膈肌切开, 使全胃游离, 但要保留微血管, 把胃左动脉、胃周及贲门旁淋巴结清除, 常规对胸导管进行结扎, 于胃食管连接处进行离断后做 4cm 的管状胃病提至胸腔, 在肿瘤上缘给予弓上吻合, 将膈肌关闭后留置胸腔闭式引流, 使肺负压后逐层关胸。

实验组实施右胸入路和腹部、颈部联合三切口手术, 于右胸的第 5 肋间外侧做切口, 对胸腔情况进行探查后游离胸段食管, 将胸膜和肿瘤周围组织进行切除后清除纵膈、隆突下、

食管旁等淋巴结。接着做上腹部正中切口对全胃进行游离, 并保留微血管, 将腹部淋巴结清除和残端缝合包埋, 扩大食管裂孔, 使其可容纳 4 指, 防止胃扭转。在左颈处做胸锁乳突肌前缘切口, 将中段食管进行切除后清除上纵膈和右侧气管淋巴结, 从左颈处引出管状胃, 实施食管癌切除与颈部食管的吻合术。

1.3 观察指标

观察两组手术时间和住院时间、胸管留置时间, 并对比两组淋巴结清除数量、食管残端阳性率、术后吻合口瘘、肺部感染、术后 2 年存活率。其中, 手术时间和住院时间、胸管留置时间越短, 淋巴结清除数量越多, 食管残端阳性率、术后吻合口瘘、肺部感染越低及术后 2 年存活率越高证明手术效果和预后效果越好^[2]。

1.4 统计学方法

计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, t 检验, 计数资料用 (%) 表示, χ^2 检验, 录入 SPSS19.0 软件中统计, $P < 0.05$ 为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况对比

实验组手术时间和住院时间、胸管留置时间比考察组长, 两组比较差异具备明显统计学意义 ($P < 0.05$), 如表 1 所示:

表 1: 两组手术情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	住院时间 (d)	胸管留置时间 (d)
考察组 (n=40)	204.74 ± 32.36	14.15 ± 4.25	9.91 ± 2.77
实验组 (n=40)	279.68 ± 33.25	18.33 ± 5.31	10.57 ± 2.85

2.2 两组治疗效果情况对比

实验组淋巴结的清除数量和术后 2 年存活率比考察组多, 食管残端的阳性率实验组比考察组低, 但其术后吻合口瘘和肺部感染的发生率比考察组高, 两组各项治疗指标对比有较大区别 ($P < 0.05$), 如表 2 所示:

表 2: 两组治疗效果情况对比

组别	淋巴结清除数量 (枚)	食管残端阳性率 (%)	术后吻合口瘘 (%)	肺部感染 (%)	术后 2 年存活率 (%)
考察组 (n=40)	931	13 (32.50)	4 (10.00)	4 (10.00)	21 (52.50)
实验组 (n=40)	1306	1 (2.50)	2 (5.00)	3 (7.50)	30 (75.00)

3 讨论

对于胸中段食管癌采用单纯的左胸入路方式主要是通过单切口手术进行, 容易被左侧的主动脉弓中断, 无法充分将上纵膈暴露出来, 使右侧气管食管沟淋巴结不方便清除, 难以开展系统性的清扫, 且腹腔淋巴结的清除范围较窄, 很难

彻底清除^[3]。因无法实施全胸腹食管切除和颈部吻合, 因此残端的阳性率比较高, 且术后发生的癌残留是引发疾病复发与吻合口愈合效果欠缺的关键因素。但左胸入路的手术操作较方便, 且创口小, 所以其不良症状发生率较低^[4]。而右胸入

(下转第 101 页)

切的联系^[3]。所以,及时的采取有效的药物进行治疗,迅速的将患者体内的 PLT 升高,避免因为 PIT 太低而造成的严重出血是临床治疗的关键^[4]。通常 ITP 患者需要大量的输注血小板以及丙种球蛋白,由于丙种球蛋白价格昂贵,所以维持的时间较短,血小板存在输注无效的现象,极易发生各种输血传播性疾病,严重的危害了患者的身体健康。

本组研究数据表明:在治疗效果方面:观察组的为 94.3%、对照组的为 74.3%;观察组治疗后第三天、第六天、第九天的血小板计数均比对照组的高;观察组血小板恢复正常的时间远比对照组的短,差异显著($P < 0.05$)。其原因主要是:①重组人血小板生成素与内源性 TPO 极为相似,直接作用在骨髓的造血干细胞,可以对巨噬细胞造成一定的刺激,促进其分化,进而显著增加人体内的血小板数量,同时对血

小板生成的各个阶段进行调节,提高血小板的特异性,其次患者在用药后的第五天,PLT 计数会明显上升,在 10-14 天左右会达到峰值^[5]。②泼尼松对于单核-巨噬细胞破坏血小板具有一定的抑制效果,一定程度上延长了血小板的生存时间,避免形成血小板抗体,同时改善了毛细血管的脆性,加快疾病的恢复速度,提高临床治疗的有效性^[6]。两种药物联合,协同作用,可以有效的提高患者机体内血小板的数量,降低肾上腺皮质激素的使用量,并且对患者产生的毒副作用和不良反应较少,需要注意的是,血小板恢复正常后,治疗药物的剂量可根据患者的具体情况适当减量。

综上所述:新诊断 ITP 患者进行重组人血小板生成素联合泼尼松治疗,患者的治疗时间明显缩短,出血风险显著降低,血小板计数明显提高,值得广大患者信赖和推广。

表 2: 比较血小板计数

组别	治疗前 ($10^9/L$)	第三天 ($10^9/L$)	第六天 ($10^9/L$)	第九天 ($10^9/L$)	血小板恢复正常时间 (d)
观察组 (n=35)	58.62±5.17	102.36±37.07	122.25±51.14	162.05±61.02	6.29±1.05
对照组 (n=35)	58.85±5.27	62.38±15.14	89.31±21.14	107.28±34.04	9.86±2.04
t	0.1843	5.9068	3.5216	4.6373	9.2053
P	0.8543	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

[参考文献]

[1] 杨春秀. 重组人血小板生成素治疗白血病化疗后血小板减少症的疗效和安全性分析 [J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(10):69-70.

[2] 纪国超. 重组人血小板生成素联合环孢素 A 治疗难治性 ITP 的疗效及安全性 [J]. 北方药学, 2017, 14(03):172.

[3] 郝彩霞, 杨莉洁. 重组人血小板生成素联合地塞米松疗法对免疫性血小板减少症患者血浆 T 淋巴细胞亚群的影响 [J]. 血栓与止血学, 2017, 23(04):541-544.

[4] 焦雪丽, 关红梅, 丁现超, 等. 连续应用重组人血小板生成素联合泼尼松治疗初治免疫性血小板减少症的临床研究 [J]. 血栓与止血学, 2017, 23(04):545-549+552.

[5] 肖彬, 徐月, 何涵, 等. 黄芪多糖对粒单核系造血细胞的抗凋亡作用 [J]. 中国实验血液学杂志, 2013, 21(5):1243-1247.

[6] 肖彬, 叶洁瑜, 徐月, 等. 血小板生成素信号通路的分子机制及对多种细胞的作用 [J]. 中国实验血液学杂志, 2013, 21(1):254-257.

(上接第 97 页)

有调节免疫、抗炎等作用,并具有整体观、辨证论治等特点,可多层次、针对性对患者进行治疗,从而取得较好的治疗效果。

[参考文献]

[1] 唐海, 冯威福. 慢性非细菌性前列腺炎的治疗 [J]. 山西医药杂志, 2016, 45(8):912-914.

[2] Lipsky BA, Byren I, Hoey CT. Treatment of bacterial prostatitis [J]. Clin Infect, 2010, 50:1641-1652.

[3] 林英立, 戚景光, 马建国, 等. 大剂量左氧氟沙星配合前列腺按摩治疗 III A 型前列腺炎的临床疗效分析 [J]. 中国性科学, 2016, 25(10):14-17.

[4] 张丽君, 王峰, 莫俊基, 等. 慢性细菌性前列腺炎患者前列腺液病原菌分布及耐药特征 [J]. 中国抗生素杂志, 2013, 38(2):S4-S6.

[5] 陈峰, 刘君. 喹诺酮类联合 α-受体拮抗剂治疗 III 型前列腺炎 [J]. 中国社区医师, 2012, 14(16):128-129.

[6] 高永涛, 闫波, 高恩江. 喹诺酮类联合盐酸坦洛新治疗 III B 型前列腺炎疗效观察 [J]. 人民军医, 2016, (3):264-265.

[7] 杨明根, 赵晓昆, 吴志平, 等. 醋酸泼尼松联合左氧氟沙星治疗慢性非细菌性前列腺炎临床研究 [J]. 中华男科学, 2009, 15(3):237-240.

[8] 孙彬, 顾润国, 王文祯. α-受体拮抗剂联合 M-受体阻滞剂治疗 III 型前列腺炎合并膀胱过度活动症的临床观察 [J]. 山东医学高等专科学校学报, 2014, 36(2):119-122.

(上接第 98 页)

治疗效果,进而促进恢复健康,降低并发症的发生概率,值得在临床推广应用。

[参考文献]

[1] 王传华. 老年良性前列腺增生采取经尿道等离子前列腺切除术

治疗的临床效果 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(06):73-74.

[2] 高利军. 经尿道保留前列腺前叶等离子剝除术治疗前列腺增生的临床效果观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(08):125-126.

[3] 肖武周. 经尿道等离子前列腺电切术和剝除术治疗前列腺增生的临床效果比较 [J]. 中外医学研究, 2016, 14(34):113-115.

(上接第 99 页)

路手术视野比较大,可充分暴露出食管旁重大淋巴结,方便清除,但其创口比较大,容易发生并发症^[5]。可见两种入路方式皆具有一定的优缺点,临床采取何种方式未有明确定论。

综上所述,对胸中段食管癌的治疗中采取左胸和右胸入路各有一定的优点和缺点,因此在临床治疗工作中应该按照病人具体的情况来选择合适的入路方式,以使手术治疗的效果达到最佳。

[参考文献]

[1] 薛肖雷. 左右胸不同路径手术对胸中段食管癌患者的治疗效果

对比研究 [J]. 中国医药导刊, 2016, 18(03):219-220.

[2] 杨景先, 陈晓峰, 王侦伟, 杨卓涛, 余颖. 左右胸不同路径手术对胸中段食管癌患者的治疗效果研究 [J]. 中国现代医生, 2014, 52(27):5-7.

[3] 万富芳. 不同手术入路治疗胸中段食管癌的临床疗效比较 [J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(02):63-65.

[4] 莫云聪. 左胸路径和右胸路径治疗胸中段食管癌临床疗效对比 [J]. 医学理论与实践, 2017, 30(08):1153-1154.

[5] 陈星, 张树巍, 王凯. 左右胸两种手术入路治疗胸中段食管癌对比研究 [J]. 中国医药导报, 2017, 14(11):76-78+106.