

食管癌切除术预防吻合口狭窄的术式研究

刘宝兴

承德市兴隆县人民医院 普外科 河北省 承德市 067399

【摘要】目的 分析讨论食管癌切除术预防吻合口狭窄的合理术式。**方法** 择取评价分析样本为本院收治的64例食管癌切除术患者,研究周期为2020年6月至2021年6月,采用病历号数字表分组法将患者分为实验组和对照组,每组32例。对照组实施胃食管单纯吻合缝合吻合口,实验组实施改良胃食管吻合术缝合吻合口,对比分析两组各项指标。**结果** 对比两组并发症发生率、吻合口狭窄发生率,实验组均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 胃食管切除术患者采用改良胃食管吻合术缝合吻合口可显著降低吻合口狭窄发生率,值得全面推广。

【关键词】 食管癌切除术;吻合口狭窄;临床效果

【中图分类号】 R735.1

【文献标识码】 B

【文章编号】 2096-1685(2021)27-0149-01

食管癌属临床多发恶性肿瘤,发病部位源自食管与胃部的结合部和下咽区间,包括腺癌、鳞癌等类型,患者临床症状多为吞咽困难、胸骨后侧疼痛等,其主要治疗方案为食管癌切除术^[1]。吻合口狭窄为食管癌切除术的多发并发症,其主要诱因为吻合口缝合期间产生过密、过多内翻缝合,可导致患者吞咽困难,严重影响机体恢复^[2]。为有效预防吻合口狭窄,改善食管癌切除术预后,需采取有效的吻合口缝合术式。本研究汇总本院患者为分析评价样本,讨论并综合分析食管癌切除术预防吻合口狭窄的有效术式。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择取评价分析样本为本院收治的64例食管癌切除术患者,研究周期为2020年6月至2021年6月,采用病历号数字表分组法将其分为实验组和对照组,每组32例。全部患者均符合食管癌诊断标准,行食管癌切除术治疗,自愿参与研究。总结分析组间资料,实验组中男18例,女14例,年龄48~70岁,平均年龄(59.66±2.47)岁;对照组中男17例,女15例,年龄49~68岁,平均年龄(59.58±2.44)岁。两组基线资料差异无统计学意义($P>0.05$),研究可比。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者实施胃食管单纯吻合缝合吻合口,医师依据相关操作规范完成手术操作。

1.2.2 实验组患者实施改良胃食管吻合术缝合吻合口,对患者胃、食管实施游离,吻合胃与食管。选择食管近侧断端与胃部最高点前壁实施端侧吻合,操作中采用丝线褥式缝合胃底后壁浆肌层与距离食管断端1.0cm处后壁肌层组织,缝合3针即可,保留双侧缝线作为牵引。选择距离缝线1.0cm区域胃壁设置手术切口,长度约3.5~4.5cm,采用细丝线缝合胃壁黏膜下方血管组织以达到止血效果。食管行鱼嘴状切断,全层吻合食管后壁,采用细丝线间断性内翻缝合,吻合口内部结扎;采用丝线内翻缝合法完成前壁缝合,进针方式为外侧-里侧-里侧-外侧,于管腔外部实施结扎。食管纤维肌层与胃前壁肌层实施3~4针前壁外层间断性缝合,以有效固定吻合口,加速浆膜化。

1.3 评价标准

对比两组并发症发生率、吻合口狭窄发生率。

1.4 统计学方法

采取SPSS 23.0软件分析研究数据,计量资料($\bar{x}\pm s$)为 t 检验,计数资料%为 χ^2 检验, $P<0.05$ 为存在统计学层面差异。

2 结果

实验组患者术后2例合并轻度吞咽困难,并发症发生率为6.3%,术后3个月随访,经胃镜检查均未发生吻合口狭窄;对照组患者术后7例合并轻度或重度吞咽困难,并发症发生率为21.9%,术后3个月随访,经胃镜检查6例发生吻合口狭窄,吻合口狭窄发生率为18.8%。实验组并发症发生率、吻合口狭窄发生率均低于对照组,组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

吻合口狭窄属于食管癌切除术的常见并发症,患者临床表现

为吞咽障碍,可对其生活质量及术后恢复产生不利影响。诱发吻合口狭窄的因素较为复杂,主要包括吻合技术不佳、吻合方式局限、缝合方式不合理、组织愈合能力偏弱、吻合部位限制等,为降低吻合口狭窄发生率,临床需采取适宜的预防性术式^[3]。

本研究结果显示,实验组患者并发症发生率、吻合口狭窄发生率均显著低于对照组,提示改良胃食管吻合术可诱发预防吻合口狭窄。与常规术式相比,改良胃食管吻合术可对食管产生扩张作用,如患者胃侧口径大于食管口径,需向外侧扩张食管口径,使其适应胃侧大口径,诱导吻合口区域食管形成喇叭状,进而改善吻合效果^[4]。同时,改良胃食管吻合术对食管实施鱼嘴状处理,并对缝合方式进行调整,吻合口前壁区域采用外侧-里侧-里侧-外侧模式完成进针缝合,有效预防内翻缝合模式所致吻合口收缩,继而有效预防吻合口狭窄。术中各层次均采用间断缝合,可避免常规连续性缝合所致吻合口收缩作用。另外,改良胃食管吻合术采用中点对分缝合模式,可避免内翻缝合所致吻合口内收,单层缝合技术的应用可缩短食管游离长度,避免术中操作所致食管血供受损,有助于加速吻合口愈合,可减少组织内翻总量,增加吻合口宽度,进而改善颈部胃食管吻合效果^[5]。

临床行改良胃食管吻合术缝合吻合口期间需准确把握相关注意事项,切除食管操作中需采用鱼嘴状切断模式,以增加断端区域口径。胃切口需大于食管管径,缝合操作中需确保缝合密度均匀,并采用间断性缝合操作,完成吻合后需确保吻合口无张力,以降低吻合口狭窄及并发症发生率。

综上所述,胃食管切除术患者采用改良胃食管吻合术缝合吻合口可显著降低吻合口狭窄发生率,值得全面推广。同时,本研究中择取患者样本量不足,缺乏同类型数据资料对比性分析与研究评估,研究总时间较短,流程设计安排不够完善,胃食管切除术患者采用改良胃食管吻合术缝合吻合口的相关机制仍需持续分析评价。

参考文献

- [1] 姜中华,王霞虹,唐金玲.内镜下探条扩张联合复方倍他米松局部注射治疗食管癌术后吻合口狭窄的随机对照研究[J].中华胸心血管外科杂志,2021,37(6):367-371.
- [2] 方东,石振旺,鲍德明,等.食管癌术后吻合口狭窄扩张后再狭窄的影响因素分析[J].癌症进展,2020,18(8):806-809.
- [3] 梁超,梁静,陈贝家.LOX对食管癌患者ESD术后吻合口狭窄处纤维细胞与瘢痕形成的影响[J].中国实用医刊,2020,47(23):87-89.
- [4] 刘金明.食管扩张术治疗食管癌术后吻合口狭窄的效果观察[J].中国保健营养,2019,29(36):106.
- [5] 何应碧.内镜下扩张治疗食管癌术后吻合口狭窄的临床疗效分析[J].首都食品与医药,2019,28(12):46.