

管状胃代食管手术对食管癌患者呼吸功能的影响与安全性分析

李明杰

(常州市金坛第一人民医院胸外科, 江苏 常州 213299)

摘要: **目的** 探讨管状胃代食管手术对食管癌患者呼吸功能的影响与安全性。**方法** 回顾性分析 2016 年 1 月至 2019 年 12 月常州市金坛第一人民医院收治的 100 例食管癌患者的临床资料, 根据手术方法不同分为 A 组和 B 组, 各 50 例。A 组患者采用传统全胃代食管手术治疗, B 组患者采用管状胃代食管手术治疗。两组患者均于术后随访 3 个月。比较两组患者临床手术指标, 术前、术后 3 个月第 1 秒用力呼气容积占预计值的百分比 (FEV₁%)、最大通气量占预计值的百分比 (MVV%)、肺活量占预计值的百分比 (VC%), 术前、术后 3 个月生活质量, 以及随访期间并发症发生率。**结果** 两组患者手术时间、住院时间及术中出血量比较, 差异无统计学意义 (均 $P>0.05$); 术后 3 个月, 两组患者 FEV₁%、MVV%、VC% 水平均显著低于术前, 但 B 组显著高于 A 组 (均 $P<0.05$); 术后, 两组患者生活质量评分均显著高于术前, 且 B 组显著高于 A 组 ($P<0.05$); 随访期间, B 组患者并发症总发生率显著低于 A 组 ($P<0.05$)。**结论** 食管癌患者接受食管癌根治术治疗期间以管状胃重建消化道, 可有效改善患者呼吸功能, 提高患者术后生存质量, 降低并发症发生率, 安全有效。

关键词: 食管癌; 管状胃代食管手术; 呼吸功能; 生活质量

中图分类号: R735.1

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.11.0110.04

食管癌属于临床常见且多发性恶性肿瘤疾病之一, 病灶起源于食管上皮组织, 对患者的日常生活、身心健康及生命安全均造成影响。目前临床治疗食管癌普遍采取手术方式, 切除食管后需要其他器官代替行消化道重建, 如胃、结肠、空肠等, 其中胃代食管频率最高^[1]。传统全胃代食管手术容易出现心肺并发症、返流性炎症等, 效果欠

佳。管状胃能够提供更好的血运和更适宜的长度, 预先结扎胃左血管, 使胃组织适应缺血状态并形成侧枝循环, 防止管状胃缺血坏死的发生^[2]。本研究旨在探讨管状胃对食管癌手术患者呼吸功能的影响与安全性, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2016 年 1 月至 2019 年 12 月

作者简介: 李明杰, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 胸外科疾病的诊疗。

节心血管内中枢脑干系统对机体交感神经的输出, 从而稳定患者血压和心率水平, 提高麻醉效果^[8]。本研究中, 研究组患者 HR 和 MAP 变化不大, 且相对于对照组较为平稳, 表明右美托咪定对患者血流动力学影响较小, 能够使患者的心血管系统保持稳定, 减少术后不良反应。

综上, 在常规麻醉的基础上, 给予右美托咪定能够促进宫颈癌根治术患者术后苏醒, 稳定患者血流动力学水平, 且镇静、镇痛效果显著, 值得临床进一步研究与应用。

参考文献

- [1] 盛昕玫, 赵卫东, 陈曦曦, 等. 宫颈癌腹腔镜根治术中与术后并发症发生率及影响因素的对比研究 [J]. 中国内镜杂志, 2017, 23(1): 20-24.
- [2] 郭兆麟, 毛丽君, 陈金华, 等. 舒芬太尼联合右美托咪定延长宫颈癌术后镇痛时效的临床研究 [J]. 中国医刊, 2019, 37(7): 748-751.

- [3] 龚静, 张军. 《2016 年 NCCN 宫颈癌临床实践指南》解读 [J]. 中国全科医学, 2016, 19(27): 3261-3264.
- [4] 王晓伟, 孙天胜, 张建政, 等. 美国麻醉医师协会分级对老年髋部骨折患者预后的预测作用 [J]. 中华创伤杂志, 2020, 36(1): 51-57.
- [5] 刘锦, 俞梦瑾, 刘晖. 右旋美托咪定对高血压脑出血钻孔引流术后患者 SAS 评分及 Ramsay 评分的影响 [J]. 心血管康复医学杂志, 2016, 25(6): 620-622.
- [6] 吕虎, 陈万坤, 赵燕君, 等. 地佐辛或氟比洛芬酯复合丙泊酚-瑞芬太尼静脉麻醉在子宫颈癌前病变锥切术中麻醉效果的比较 [J]. 中国癌症杂志, 2018, 28(2): 146-150.
- [7] 尚志鹏, 成昌君, 赵波, 等. 右美托咪定对宫颈癌根治术患者术后认知功能的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(15): 73-75.
- [8] 郭会江, 王东海, 马春梅, 等. 用右美托咪定对宫颈癌手术患者进行全身麻醉的效果研究 [J]. 中国性科学, 2018, 27(5): 58-60.

常州市金坛第一人民医院收治的 100 例食管癌患者的临床资料,根据手术方法不同分为 A 组和 B 组,各 50 例。A 组患者中男性 32 例,女性 18 例;年龄 51~81 岁,平均 (67.16 ± 1.14) 岁;上段食管癌 9 例,中段食管癌 30 例,下段食管癌 11 例。B 组患者中男性 33 例,女性 17 例;年龄 52~80 岁,平均 (67.15 ± 1.15) 岁;上段食管癌 10 例,中段食管癌 28 例,下段食管癌 12 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),组间具有可比性。纳入标准:患者均确诊为食管癌,符合《食管癌的诊断及外科治疗现状》^[3] 中的相关诊断标准者;未发现合并其他食管疾病者;临床资料齐全者等。排除标准:合并肝肾等脏器功能疾病患者;伴有免疫功能障碍者等。本研究经院内医学伦理委员会审核批准。

1.2 方法 A 组患者选择传统全胃代食管手术,术前指导患者取平卧仰卧位,并行气管插管式全身麻醉诱导。根据术前确定患者食管癌位置选择不同的切口入路,其中如病灶位于胸下段、部分胸中段位置,则需选择左胸的后外侧入路;如病灶位于胸中段、部分中下段位置,则需同时选择右胸和腹部正中双入路方式;如病灶位于胸中段和部分上段,则需同时选择左侧颈部、右侧胸部、腹部正中入路方式。采取常规游离方式处理食管病灶,同时行纵膈、食管床周围淋巴结清扫手术,其中上胸部部位需顺食管向锁骨平台进行游离,直至肿瘤病灶边缘 5 cm 位置;下胸部部位则顺食管向膈食管裂孔方向进行游离,需充分游离至胃底幽门处,切断部分后针对胃左侧血管、右侧血管的主干进行结扎,可适当切断部分分支血管,但必须对胃网膜的右侧血管予以保留。待切除病灶后将食管离断部位、胃底开展右侧胸顶或左侧胸弓上下端吻合,利用专用管状吻合器行断褥式包埋处理,同时在胸膜顶位置行围巾式包埋法,将胃和胸膜处连续缝合 3 针,通过悬吊的方式降低张力对胃代食管的影响。B 组患者选择管状胃代食管手术,手术体位、麻醉方式及切口入路选择方式与对照组完全相同。行常规食管游离和淋巴结清扫,在处理切除后,将剩余胃部组织制成管状,由距离幽门 2~3 cm 起始,将胃部左侧动脉、胃部右侧等切断,但需进一步保留右侧动脉、网膜右侧动脉以及大部分静脉,自胃底部沿小弯上行到胃窦部分将

其作平行曲线,平行曲线与胃大弯的间距应保持在 4~5 cm。使用专用切割缝合器械,将贲门、胃小弯等切割并同时断端吻合,确保剩余的胃部形成管状结构。但需将胃大弯部分保留 5 cm 宽度,使其可以与食管切割断端进行吻合。在切割和缝合完成后,应在缝合的起始部位采取间断缝合的方式进行包埋处理,手工缝合时需将浆肌层完全包埋,并行切割边缘离断式缝合,充分保证胃管的整体长度。管状胃制作完成后需保持其内径在 3.5~4 cm,应较患者食管的直径略长。经由食管裂孔至纵膈食管床主动脉弓的后侧将管状胃上提,根据实际情况提至患者左胸弓上、弓下或右侧胸顶等位置,选择管型吻合器将食管与管状胃断端进行吻合,需保证管状胃部分纳入食管床后,选择间断式缝合 3~5 针即可。两组患者均于术后随访 3 个月。

1.3 观察指标 ①手术临床指标,分别记录两组患者手术时间、住院时间及术中出血量。②呼吸功能,采用肺功能仪检测两组患者术前、术后第 1 秒用力呼气容积占预计值的百分比 ($FEV_1\%$)、最大通气量占预计值的百分比 ($MVV\%$)、肺活量占预计值的百分比 ($VC\%$)。③生活质量,利用生活质量量表 (QOL)^[4] 分别测评两组患者术前、术后 3 个月生活质量,涉及分项包括:生理质量、心理质量、社会性、独立性。各项以 25 分为满分,分数高则表明生活质量佳。④并发症,记录比较两组患者随访期间胃食管反流、肺部并发症、吻合口瘘发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计软件分析数据,计数资料用 [例 (%)] 表示,采用 χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术临床指标 两组患者手术时间、住院时间及术中出血量比较,差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$),见表 1。

2.2 呼吸功能 术后 3 个月,两组患者 $FEV_1\%$ 、 $MVV\%$ 、 $VC\%$ 水平均显著低于术前,但 B 组显著高于 A 组,差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$),见表 2。

2.3 生活质量 术后 3 个月,两组患者生活质量评分均

表 1 两组患者手术临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	住院时间 (d)
A 组	50	178.94 ± 50.25	238.98 ± 51.16	9.98 ± 1.21
B 组	50	175.76 ± 50.23	243.34 ± 51.18	9.95 ± 1.22
t 值		0.316	0.426	0.123
P 值		>0.05	>0.05	>0.05

显著高于术前,且B组显著高于A组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表3。

2.4 并发症 随访期间,B组患者并发症总发生率显著低于A组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表4 两组患者并发症发生率比较[例(%)]

组别	例数	胃食管反流	肺部并发症	吻合口瘘	总发生
A组	50	3(6.00)	4(8.00)	2(4.00)	9(18.00)
B组	50	1(2.00)	1(2.00)	0(0.00)	2(4.00)
χ^2 值					5.005
P 值					<0.05

3 讨论

食管癌属于消化系统发病率较高的恶性肿瘤类病变,加之人体颈部含有大量的淋巴结,导致食管癌的转移率普遍偏高,如不及时采取有效的治疗措施很容易导致病情恶化^[5]。食管癌切除手术后需要借助消化道重建的方式维持患者体内消化系统的平衡,目前国际医学界均将胃作为食管代替的首选器官,胃代替食管手术的操作相对简便,且术后并发症发生率普遍较低,患者短期内死亡率较低,但实际应用时仍会出现心肺并发症、返流性炎症等不良反应,对患者术后生活质量具有一定的影响^[6]。

管状胃指的是通过手术切割、吻合等方式将胃组织制成管状,使其解剖结构更加接近于食管,进而使切割后缺损的消化道得以重建。应用该手术方式可以有效提升淋巴结清扫手术的效果,因淋巴结转移主要集中在贲门、胃左

侧动脉、腹腔主干动脉等位置,尤其是胃网膜、胃小弯等处更容易有淋巴结残留的情况。管状胃制作过程中直接将该部分组织切除,并尽量切除更多的淋巴管网和附着的脂肪组织,有效降低了淋巴结转移带来的危害,减少并发症的发生,提高患者生活质量^[7]。本研究结果显示,B组患者生活质量评分均显著高于A组;随访期间,B组患者并发症总发生率显著低于A组,提示食管癌患者接受食管癌根治术治疗期间以管状胃重建消化道,可有效提高患者术后生活质量,降低并发症发生率,安全有效。

FEV₁%、VC%作为呼吸功能的评判指标,其水平降低,提示患者呼吸功能减弱,加重病情发展;MVV%是临床上常用的通气功能障碍判定指标,其水平异常降低,其呼吸功能降低,疾病加重。制成的管状胃可有效满足食管代替对器官长度的需求,也降低了吻合口承受的张力,胃部可保持在一定的松弛状态下,有利于患者术后吻合口快速恢复。管状胃吻合口处血供得以良好改善,切口避开胃小弯及胃底,减轻对患者呼吸功能的影响^[8]。本研究结果显示,术后3个月,B组患者FEV₁%、MVV%、VC%水平均显著高于A组,提示食管癌患者接受食管癌根治术治疗期间以管状胃重建消化道,对患者呼吸功能的影响小,有助于预后的恢复。

综上,食管癌患者接受食管癌根治术治疗期间以管状胃重建消化道,可有效改善患者呼吸功能,提高患者术后生活质量,降低并发症发生率,安全有效,值得临床应用推广。

表2 两组患者呼吸功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FEV ₁ %		MVV%		VC%	
		术前	术后3个月	术前	术后3个月	术前	术后3个月
A组	50	105.91±20.22	62.05±10.12*	99.48±20.15	65.69±14.12*	91.95±20.23	66.89±10.13*
B组	50	105.90±20.25	82.25±10.14*	99.89±20.13	82.58±14.13*	92.88±20.22	77.06±10.12*
t 值		0.002	9.970	0.102	5.979	0.230	5.022
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与术前比,* $P<0.05$ 。FEV₁%:第1秒用力呼气容积占预计值的百分比;MVV%:最大通气量占预计值的百分比;VC%:肺活量占预计值的百分比。

表3 两组患者生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	生理质量		心理质量		社会性		独立性	
		术前	术后3个月	术前	术后3个月	术前	术后3个月	术前	术后3个月
A组	50	11.05±2.01	17.74±1.06*	11.37±1.92	17.96±0.75*	10.77±2.01	17.02±1.56*	10.58±2.21	16.33±2.12*
B组	50	11.04±2.03	22.19±1.05*	11.35±1.95	23.01±0.77*	10.79±2.02	21.14±1.55*	10.56±2.23	20.29±2.11*
t 值		0.025	21.090	0.052	33.221	0.050	13.248	0.045	9.362
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与术前比,* $P<0.05$ 。

舒心胶囊对冠心病不稳定性心绞痛患者 炎症因子水平的影响

刘继强¹, 肖玲玲¹, 李 建¹, 徐 秋¹, 王 鹏²
(泰安市中医二院 1. 心内科; 2. 医务科, 山东 泰安 271000)

摘要: **目的** 探讨舒心胶囊治疗冠心病不稳定性心绞痛患者的临床疗效。**方法** 按照随机数字表法将泰安市中医二院 2014 年 5 月至 2019 年 5 月收治的 60 例冠心病不稳定性心绞痛患者分为对照组 (30 例, 给予常规西药治疗) 与研究组 (30 例, 在对照组的基础上给予舒心胶囊), 两组患者均治疗 3 周。对比两组患者的临床疗效, 治疗前后中医证候积分、血液流变学指标及血清 C-反应蛋白 (CRP)、白介素-6 (IL-6) 水平。**结果** 研究组患者临床总有效率显著高于对照组; 治疗后两组患者中医证候积分 (胸痛、心悸胸闷、气短乏力、腰膝酸软、畏寒肢冷)、血液流变学指标 (全血高切黏度、全血低切黏度)、血清 CRP、IL-6 水平及研究组患者血浆黏度、纤维蛋白原较治疗前均显著降低, 且研究组显著低于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 舒心胶囊可有效缓解冠心病不稳定性心绞痛患者临床症状, 提高临床疗效, 抑制炎症反应, 从而改善患者血液流变学指标, 促进病情康复。

关键词: 冠心病不稳定性心绞痛; 舒心胶囊; 血液流变学; C-反应蛋白; 白介素-6

中图分类号: R541.4

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.11.0113.03

冠心病不稳定型心绞痛为临床中常见心血管系统疾病, 是介于稳定型心绞痛和急性心肌梗塞之间的一组心肌缺血临床综合征。不稳定型心绞痛多由血管内皮炎症溃疡、血管内皮受损破坏所致, 因此, 临床上以扩冠、抗栓、保护血管内皮功能等为治疗原则, 常规治疗虽可有效改善患者缺血、减轻症状、改善预后, 但复发率较高^[1]。中医认为, 冠心病不稳定型心绞痛属“胸痹”“心痛”范畴, 因心肾亏虚, 导致心脉失畅、气机郁滞、心脉痹阻、心失所养, 不通则痛, 发为胸痹、心痛之证^[2]。舒心胶囊中含有人参、淫羊藿等多味中药成分, 具有补心益肾、活血通脉的功效。本研究旨在探讨给予冠心病不稳定性心

绞痛患者舒心胶囊治疗前后炎症因子水平的变化, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照随机数字表法将泰安市中医二院 2014 年 5 月至 2019 年 5 月收治的 60 例冠心病不稳定性心绞痛患者分为对照组与研究组, 各 30 例。对照组患者年龄 41~79 岁, 平均 (63.75±12.38) 岁; 女性 14 例, 男性 16 例; 病程 1~12 年, 平均 (5.63±2.54) 年。研究组患者年龄 40~78 岁, 平均 (63.29±10.36) 岁; 女性 13 例, 男性 17 例; 病程 1~14 年, 平均 (5.92±2.27) 年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$),

基金项目: 山东省中医药科技发展计划资助项目 (编号: 2013-320)

作者简介: 刘继强, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 心血管内科相关疾病的诊治。

参考文献

- [1] 王志维, 李宗荣, 林辉. 不同食管重建方式对食管癌患者术后并发症及生活质量的影响 [J]. 广西医学, 2018, 40(3): 259-262.
- [2] 肖鑫, 栾思源, 杨玉赏, 等. 锥形管状胃联合颈部端端分层吻合在腹腔镜食管癌切除术中的应用价值 [J]. 中华消化外科杂志, 2019, 18(6): 542-548.
- [3] 蒋耀光. 食管癌的诊断及外科治疗现状 [J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2001, 8(3): 147-149.
- [4] 高明, 王永博, 高转, 等. 中文版 FertiQoL 量表信效度检验及其适用性研究 [J]. 中国继续医学教育, 2019, 11(10): 102-104.
- [5] 匡必婧, 胡杨, 余娜, 等. 细管状胃代食管术预防食管胃吻合口瘘的疗效及对患者术后短期生存质量的影响 [J]. 河北医学, 2019, 25(4): 639-643.
- [6] 韩逸超, 张亚杰, 李鹤成. 不同食管胃胸内吻合方式在食管癌手术中的应用 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2018, 21(9): 995-1000.
- [7] 石长林, 张冉, 何鸿晏, 等. 管状胃-食管吻合术联合胸腔镜食管癌切除术在老年食管癌治疗中的应用 [J]. 实用癌症杂志, 2020, 35(8): 1294-1297.
- [8] 温泽强, 卿松, 邓治林, 等. 管状胃食管吻合术对食管癌患者术后胃食管反流及生存质量的影响 [J]. 疑难病杂志, 2013, 12(8): 603-605.