

· 经验总结 ·

喉咽、颈段食道肿瘤切除术后的外科重建^①

彭解人^{1,②} 刘均堃² 郑亿庆¹

张 华³ 陈洁珠¹ 许耀东¹

(中山医科大学 1 孙逸仙纪念医院耳鼻喉科
2 附属第一医院显微外科 3 孙逸仙纪念医院胸外科; 广州, 510120)

主题词 咽肿瘤/外科学; 食道肿瘤/外科学; 外科皮瓣; 吻合术, 外科

中图分类号 R 739.63

喉咽、颈段食道癌因其解剖位置深在, 早期症状不明显, 就诊时多属晚期; 手术切除常带来复杂的缺损, 重建喉咽、颈段食道是治疗成败的关键。我们自 1994 年起, 分别应用多种方法一期修复晚期喉咽、颈段食道癌联合根治术后的复杂缺损, 手术全部成功, 术后外观、呼吸和吞咽功能均较满意, 现报告如下。

1 材料与方 法

1.1 临床资料

本组病人共 9 例, 男性 8 例, 女性 1 例, 年龄 34 ~ 66 岁, 平均 54 岁。按国际抗癌联盟 (UICC) 1987 年临床分期标准, T₄N₀M₀ 2 例, T₄N₁M₀ 3 例, T₄N₂M₀ 4 例。其中喉咽、颈段食道癌 5 例, 喉咽癌侵犯喉、颈前皮肤 2 例, 颈段食道癌 2 例, 分期均为 IV 期。临床表现为咽部异物感、吞咽困难、声嘶、呛咳和气促。病理切片检查为鳞状细胞癌。

1.2 术前准备

全部病人作胸片、食道吞钡、颈部 CT 或 MRI 检查以了解肿瘤的位置, 并查心、肝、肺、脑等重要器官功能以排除肿瘤是否远处转移和确定病人能否耐受大手术, 并洁牙和清洁口腔。

1.3 操作方法

1.3.1 游离皮瓣移植 对肿瘤位于环后、梨状窝并向前侵犯喉、颈前皮肤者及喉咽后壁和食道后壁未受侵犯者 3 例选用该术式。手术分两组进行, 一组

医生行患侧根治性颈部淋巴结清扫, 部分颈前皮肤、全喉、部分喉咽和部分颈段食道切除, 并解剖出未做颈清扫侧的甲状腺上动脉、上静脉和颈外静脉备用。另一组医生取游离皮瓣移植, 根据颈前皮肤、喉咽和颈段食道缺损的大小设计皮瓣 (其中取自股前外侧皮瓣 2 例, 前臂皮瓣 1 例; 面积最小 12 cm × 9 cm, 最大 20 cm × 14 cm)。制成双皮岛游离皮瓣, 断蒂后移至受区。将近端皮岛卷成管状与舌根、咽后壁和颈段食道断端分别吻合成管状; 远端皮岛修复颈前皮肤缺损或作皮窗观察血供。在显微镜下将旋股外侧动脉或桡动脉与甲状腺上动脉吻合; 将旋股外侧动脉伴行静脉或桡动脉伴行静脉与甲状腺上静脉吻合, 将股外侧皮静脉或头静脉与颈外静脉吻合, 重建血供, 再取中厚皮片修复取皮瓣区。

1.3.2 游离空肠移植 对肿瘤侵犯喉咽、颈段食道, 未达胸腔入口者 1 例选用该术式。一组医生行喉咽、颈段食道癌联合根治术, 并准备好颈部受区的血管。另一组医生开腹, 在距 Treitz 韧带 30 cm 处截取稍长于喉咽、颈段食道缺损之带肠系膜血管的肠段一节, 断蒂后移至颈部, 显微镜下将肠系膜静脉与颈外静脉吻合, 空肠动脉与甲状腺上动脉吻合。再将肠段上端与舌根、咽后壁吻合, 下端与食道吻合。

1.3.3 咽胃吻合术 对肿瘤侵犯近胸腔入口者 5 例选用全胃代食管下咽的术式。一组医生行患侧根治性颈清扫、全喉、全喉咽和食道切除 (内翻剥脱术)。另一组医师开腹, 将胃左及胃网膜左血管切断, 胃短血管切断, 保留胃右和胃网膜右血管供应。在食

① 孙逸仙纪念医院科研基金资助课题; ② 第一作者, 1955 年出生, 男, 主治医师。

管床贲门水平切断食道后,将全胃由后纵膈引入颈部,在胃底开口与口咽吻合。

1.3.4 其它 本组病例均将气管缝至颈前,成永久性造瘘口。颈部伤口两侧各放入引流胶管一根,并松散包扎伤口。术毕前插入胃管备用。

2 结 果

本组 9 例病人全部 I 期修复成功。术后 3~5 d 开始鼻饲,第 10~14 天拔除胃管,经口进食。术后 4~6 周补充放疗 50~60 Gy。全部病例均定期随访;时间最长 26 个月,最短 3 个月。原发灶得到良好控制,复查食道吞钡无狭窄。术后外观、呼吸和吞咽功能恢复满意。1 例术后第 13 个月发现对侧颈淋巴结转移,因拒绝手术行化疗,现已带瘤生存 8 个月。1 例术后第 3 个月发现纵膈淋巴结转移,行化疗和放疗,已生存 10 个月。

3 讨 论

3.1 治疗方法选择

喉咽、颈段食道癌因病变位置深在,就诊时多属晚期。屠规益等报道^[1]就诊时 III、IV 期达 95.7%。肿瘤常同时累及喉腔,伴颈淋巴结转移,以往因肿瘤侵犯范围广,手术切除后修复困难,而放弃手术行单纯放射治疗,但单纯放疗 III、IV 期患者 3 年生存率为 15.2%,外科或综合治疗为 42.6%。因此开展多种术式的修复手术,对提高患者的生存率及生存质量均有重要意义。目前修复的方法很多,各有其优、缺点。应根据患者的具体情况,选择既能根治肿瘤,又能使病人迅速康复的术式,以达治疗目的。

3.2 游离皮瓣移植术

以往多选用胸大肌肌皮瓣等修复缺损,其简便易行但①因蒂的限制,修复范围受限;②带蒂皮瓣较臃肿,不易塑形;③肌皮瓣的远端因血供不足,易发生咽瘘和吻合口狭窄。80 年代兴起的游离皮瓣移植具有以下优点^[2]:①不受血管长度限制,一次可完成大面积粘膜、皮肤双重缺损的修复;②其厚薄适宜,易成形,有较满意的形态和功能效果;③游离皮瓣血管口径粗,易于吻合。该手术成败的关键^[3]是血管吻合,一旦血管吻合成功,皮瓣将获丰富的血供,显著改善受区的血液循环和营养状态,促进伤口愈合。该

手术要求较高的显微外科技术,对肿瘤范围大,或侵入胸腔者不适用。

3.3 游离空肠移植术

该术式具有以下优点^[4]:①空肠系膜血管与颈部血管口径相近,便于吻合;②空肠与食道口径相近,组织结构相似,可分泌肠液润滑粘膜;又能蠕动,有利吞咽,无食道返流。该手术要求较高的显微外科技术;对肿瘤进入胸腔入口或侵犯颈前皮肤需双重修复的患者不适用。

3.4 咽胃吻合术

该术式具有以下优点^[5]:①手术切除了全部食道,增加了根治机会;②胃血流丰富,吻合口大,很少有狭窄;③只有一个吻合口,手术简便易行;④术后病人易接受食道发音训练。缺点是术后常发生食物返流和倾倒综合征;有溃疡病及腹部手术史不宜采用。咽胃吻合术是治疗肿瘤范围较大的喉咽、颈段食道癌的首选。对肿瘤未达下颈部者可选用其他方法修复。

3.5 综合治疗

Frank^[6]报道,喉咽癌单纯外科手术 5 年生存率为 27%,手术加术后放疗达 43%。对喉咽、颈段食道癌,有计划地进行综合治疗,选用以手术为主,术前或术后放疗和化疗为辅的综合治疗,可提高患者的生存率和改善生存质量。

参 考 文 献

- 屠规益,胡郁华. 下咽癌的外科治疗. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1986, 21(2): 85
- 彭解人,郑亿庆,陈洁珠,等. 游离皮瓣修复肿瘤切除术后喉咽、颈段食道缺损. 临床耳鼻咽喉科杂志, 1996, 10(1): 44
- 刘均堃. 吻合血管的股前外侧皮瓣移植术. 中华显微外科杂志, 1989, 12(4): 243
- 张学理,常秀华,刘惠英,等. 游离空肠移植重建颈段食管. 耳鼻咽喉—头颈外科, 1994, 1(4): 215
- Marmuse JP, Guedon CE, Koka VN. Gastric tube transposition for cancer of the hypopharynx and cervical esophagus. J Laryngol Otol, 1994, 108(1): 33
- Frank JL, Garb JL, Kas S, et al. Postoperative radiotherapy improves survival in squamous cell carcinoma of the hypopharynx. Am J Surg, 1994, 168(5): 476

(1996-03-21 收稿 1996-10-22 修回)