

■技术·思维

“三层四分法”是河南省肿瘤医院普外科副主任赵玉洲在2017年提出的贲门癌临床新分型方法,此分型改变了过去沿用30年的以肿瘤为中心进行分型的手术方式,分型更科学、实用,手术方式的决策也更准确。当然,“三层四分法”的诞生也绝非一朝一夕之功,而是历经10余年的探索,是临床经验不断积累的结果。

“三层四分法” 贲门癌临床新分型

□张俊立 文/图

摸索门径：贲门癌临床分型探索过程

贲门是食管向胃过渡的部位。显而易见,贲门癌的发生部位是在食管和胃的连接处,是处于食管和胃交界处的肿瘤。

很多年前,对于贲门癌的治疗,普外科和胸外科一直处于争执的状态。有人甚至说,可将贲门癌分为鳞癌和腺癌,鳞癌归胸外科治疗,腺癌归普外科治疗。但是,该分法并未被大家广泛接受。后来,又有人提出贲门癌是独立于食管癌和胃癌的一个病种。但在这个过程中,贲门癌并没有被分型。

1987年,德国人 Siewert (西韦特)将贲门癌进行了分型。该分型依据肿瘤的中心位置,如果肿瘤很小的话,其中心位置可以代替肿瘤的位置;但当肿瘤较大时,如直径达到三四厘米甚至五六厘米时,它的中心位置就不能代替肿瘤的位置。而且,很多时候,因为肿瘤不规则,也很难去判断肿瘤的中心位置。因此,针对 Siewert 分型,医生们常常用于后期的科学研究,并非临床实践。如贲门癌手术入路的决策等。

事实上,越来越多的专家认为,既然贲门癌是介于食管和胃之间,食管位于胸腔,胃位于腹腔,那贲门癌治疗不论是做腹腔镜手术还是开放手术,都要涉及胸腔和腹腔。但什么时候开腹做、什么时候经腹进胸做、什么时候胸腹联合做,并没有分型依据。

在贲门癌分型还未提出之前,普外科医生仍试图经腹去做手术。但对于一个贲门癌患者,如果肿瘤累及腹段食管3厘米以内的话,经腹做手术可行;但如果累及腹段食管较多的话,这个时候不仅切除过程会很费力,同时肿瘤很可能切不干净,并且一旦食管残端位置较高,就很难进行消化道重建。因此,有时候为了充分暴露术野会牵拉心脏,这时可能会因牵拉造成并发症甚至引起心跳骤停,导致患者死亡。

有时候,医务人员做了胸腹联合的切口之后,探查发现可能经腹就可以做,这样反而增加了患者的创伤。



专家简介

赵玉洲,河南省肿瘤医院普外科副主任、普外科三病区主任,主任医师,外科学博士;中华全科医师学会全国贲门癌专业委员会常务委员,中国研究型医院学会数字医学临床外科专业委员会腹部复杂肿瘤学组委员,河南省预防医学会肿瘤预防与控制专业委员会第一届常务委员,河南省抗癌协会肿瘤营养专业委员会副主任委员兼青年委员会主任委员等;擅长标准胃食管癌根治术(开放、微创)、腹腔镜联合脏器切除术、高龄高危腹部肿瘤患者手术治疗及快速康复治疗等。

独辟蹊径：弧形切割闭合器、Orvil 的联合应用

13年前,赵玉洲毕业后加入河南省肿瘤医院普外科韩广森团队。

后来,在一次胃肠外科会议上,赵玉洲看到一个医疗器械展台上摆放了一把特殊的医疗器械——弧形切割闭合器。

当时,贲门癌手术已经开始用器械进行食管和空肠的吻合,和直肠癌一样,都是使用圆形吻合器配合直线切割闭合器来使用的。不同的是,直肠癌手术离断标本时,如果肿瘤位置高可使用荷包钳进行残端处理,如果肿瘤位置过低则使用弧形切割闭合器进行残端闭合;贲门离断标本时,无论多高都需要使用荷包

钳进行残端处理。

赵玉洲在看到弧形切割闭合器后非常兴奋,尽管弧形切割闭合器说明书上并没有说适用于直肠癌,但其在当时,直肠癌尤其是低位直肠癌保肛率的提高,在很大程度上得益于弧形切割闭合器的临床应用。因此,赵玉洲认为可以把弧形切割闭合器应用于贲门癌治疗上,可以减少手术创伤并保障上切缘的安全距离。

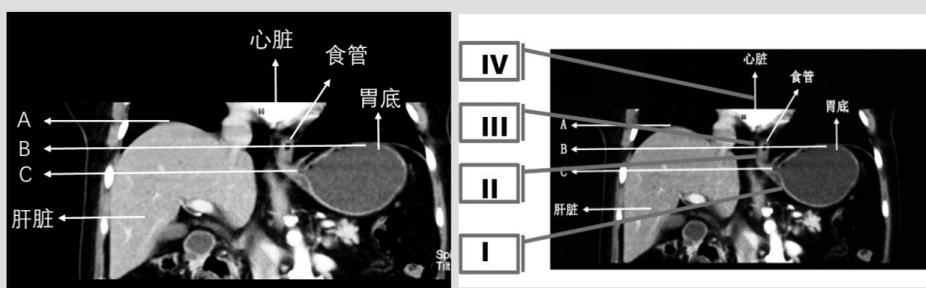
回到科室后,赵玉洲立刻向科主任韩广森汇报,如果使用弧形切割闭合器离断食管,就可以在非常安全的情况下

快速离断食管。

韩广森说:“你的想法很好,可离断食管后如何重建呢?”虽听到韩广森主任这么说,赵玉洲依然很兴奋,他想既然实现了第一步,也就离第二步不远了。

又过了几年,赵玉洲在一场国内学术会议上接触到了另外一种产品——Orvil(经口置入钉砧头系统)。赵玉洲非常兴奋地发现,将弧形切割闭合器和 Orvil 相结合,可以有效解决重建的问题,而这就意味着有相当大一部分贲门癌患者,经腹做手术就可以保障切缘达到安全距离。

坚持不懈：“三层四分法”诞生



肝脏、胃底和贲门切迹下缘3个对照层划分:A层面为肝脏顶部平面,B层面为胃底顶部平面,C层面为贲门切迹下缘平面。

虽然弧形切割闭合器和 Orvil 联合使用可以使相当大一部分贲门癌患者获益,但对于肿瘤位置非常高的贲门癌患者来说,经腹切口联合使用弧形切割闭合器和 Orvil,依然不能保证上切缘阴性,因为相关指南明确指出:上切缘要切到距肿瘤上界三五厘米处。

事实上,经腹做手术切除有时只能达到一两厘米甚至两三厘米,离指南提出的标准还是有距离的。因此,这个时候仍然需要通过一种分型,来辅助做术前判断。

每周一是河南省肿瘤医院普外科主任韩广森团队雷打不动的会诊时间。会诊时,遇到贲门癌患者,韩广森经常会问大家:“谁能说一下,这个患者究竟是应该胸腹联合手术治疗还是经腹手术治疗?手术时,是需要胸腹腔都打开还是经腹切开膈肌就可以?”

在没人回答的情况下,韩广森说:“那我们把问题分解开,先不说如何判断手术入路的设计,先说用什么样的方法来判断,是用消化道造影、胃镜,还是

CT来判断?”

大家争论了很久,最后一致认为还是CT更准确。虽说手术入路选择的依据往往是靠胃镜和上消化道造影检查,但由于部分肿瘤是沿着黏膜由下向上浸润,或沿着前壁或后壁浸润,可能造成食管下段的假阴性判断。因此,开腹入路、经腹进胸或胸腹联合入路术前常存在误判的情况。

由此,韩广森提出了第二个问题:“CT是怎么看的?”这个问题一问又是两年多的时间。

在这个过程中,只要遇到贲门癌患者,赵玉洲都会详细地去看每一个患者的术前CT。终于有一天,他看了出来。

赵玉洲在肿瘤的周围找了3个参照物,根据肿瘤距离3个参照物的位置将贲门癌划分为4种临床类型。I型经腹做,II型经腹切开膈肌做,III型胸腹联合做,IV型胸腹联合配合弧形切割闭合器及 Orvil 使用。

更巧妙的是,II型的患者如果不想

增加创伤不想进胸的话,也可以使用弧形切割闭合器及 Orvil 来完成手术。

2017年,赵玉洲撰写的《弧形切割闭合器联合经口置入钉砧头系统在 Siewert II 型食管胃结合部腺癌根治术中的应用价值》一文在《中华消化外科杂志》刊登。除此之外,2016年,赵玉洲改良反穿刺技术,并在《中华胃肠外科杂志》发表《弧形切割闭合器联合改良反穿刺技术在 II 型食管胃结合部腺癌手术中的应用》,使食管下段的安全切缘得到了保障,也降低了食管空肠吻合的难度。

在随后的工作中,赵玉洲又将 II 型进一步划分为 IIa 和 IIb 型,使分型问题得到了解决。不同的临床类型选择分别对应经腹、经腹进胸、胸腹联合等手术入路,使手术入路更加精准清晰,在尽可能减少患者创伤的基础上使肿瘤切除更加彻底,切缘更加充分,从而提高了贲门癌的治愈率。

2017年,该分型在《中华医学杂志》刊登,并以论著的形式报道并推广。

精益求精：贲门癌一体化管理体系

贲门癌患者确诊后,依据“三层四分法”,在术前就可以确定较准确的入路切口并减少不必要的开胸手术,在避免额外手术创伤的同时也保障了切缘的充分。

赵玉洲并没有满足于于此。接下来,他又尝试了超声胃镜、磁共振。他利用磁共振 DWI(扩散加权成像)功能成像,发现有一部分患者其实是假阳性的,这是因为食管梗阻引起了食管的水肿。从 CT 上看,确实是食管壁增厚,就像肿瘤受侵一样,但事实却并非如此。因此,利用磁共振 DWI 功能成像,就可以将它们区分开来。

现在,赵玉洲和放射科专门针对磁共振在贲门癌分型中的应用展开了合作,将所遇到的临床病例的影像资料和术后病理、标本进行对照,来验证这个方法。

在吻合方法上,在常规使用器械吻合的基础上,可以用缝线进行两层半的加固吻合方法。经过两层半的加固吻合方法,吻合口不仅可以常规愈合,同时在一些极端的情况下,比如患者合并低蛋白血症、合并感染、合并积液及营养不良,甚至做了术前放化疗,在组织愈合极差的情况下,吻合口瘘的发生率也是低于1%的。

术后病理分期是指导术后治疗和预测患者生存情况的重要指标。最大限度地获取标本中的淋巴结,是打造一份翔实病理报告的重要基础。

南标准。对此,《中华肿瘤防治》杂志已有报道。

在综合治疗方面,赵玉洲团队和内科合作注册国际研究项目《Her-2 阴性单一部位转移的胃/食管结合部腺癌 FLOT 方案转化治疗的临床研究》,不仅可以使手术的患者得到合理的手术治疗,比如早期的患者可以做腹腔镜手术,进展期的患者可以在接受新辅助化疗后再进行根治性手术,也可以使一些晚期的、不能做手术的患者通过转化治疗后再次拥有手术机会。

前不久,一位贲门癌合并有左肾门淋巴结转移的患者,按照传统的治疗方法,患者只能接受化疗,生存期一般只有8-11个月。但患者在经过赵玉洲联合内科制定的转化治疗方案治疗后,临床分期由

最初的 IV 期转变为术后的 I 期,这也意味着这个患者跨越了3个分期,生存期转变为“5年生存率达到80%”。

在胃癌的防治上,赵玉洲和美国福瑞德·哈钦森癌症研究中心合作,正围绕中国人的幽门螺杆菌和胃病的相关性进行研究并已发表科研论文。

在中国,幽门螺杆菌感染率高达50%以上。曾有理论认为,如果根治了幽门螺杆菌,中国胃癌的发病率至少会减少一半。那如何把这些幽门螺杆菌感染者找出来,消除掉幽门螺杆菌,减少他们患癌的概率呢?经过和美国福瑞德·哈钦森癌症研究中心近两三年的前期合作研究,赵玉洲不仅找出了敏感基因也找出了幽门螺杆菌的特异性蛋白,在不久的将来,此种技术也有望应用于临床。

他兢兢业业,爱院如家,勤奋工作,始终坚持“以患者为中心,全心全意为人民服务”的理念,多次被评为“先进工作者”和“优质服务标兵”。

他是漯河市第三人民医院(漯河市妇幼保健院)儿科副主任医师、河南省医学会儿童内分泌学分会委员、漯河市第九批专业技术拔尖人才、漯河市青年岗位能手,也是漯河市矮小症及性早熟等内分泌疾病治疗学科的带头人之一。他就是黄占克。

儿童是祖国的未来、民族的希望,儿童的生长发育问题是每一个家庭关注的焦点。

工作13年来,作为漯河市妇幼保健院儿科医生,黄占克深感保障儿童健康成长工作的重要性和紧迫性,遂于2016年至上海儿童医学中心进修小儿矮小症、性早熟等儿童内分泌疾病的诊治。

2017年学成归来后,黄占克便全身心投入儿童内分泌疾病诊治工作中,在漯河市第三人民医院的大力支持下,率先在漯河市设立了小儿内分泌专科门诊,开展了儿童矮小症、性早熟、肥胖症的规范化治疗,为漯河市身材矮小儿童、性早熟儿童带来了福音。

黄占克在做好临床诊治工作的同时,针对目前很多家长不知道儿童生长的基本规律,不知道矮小症是可以防治的、生长发育相关科普知识匮乏而导致孩子错过最佳生长时期等问题,积极做好科普宣传工作,参与组织了“关爱矮小,健康童行”志愿者团队,定期深入校园、社区讲解儿童生长发育知识,发放儿童生长发育手册;建立漯河市儿童生长发育平台,定期发布矮小症防治知识等科普知识,让家长了解正确的儿童生长发育知识,促进儿童健康成长;通过义诊及体格检查,及时发现身材矮小的儿童,并引导生长障碍患儿合理就医,帮助其实现长高的梦想;每年定期为幼儿园保健医生进行生长发育知识培训,逢节假日举办“跳绳比赛”“跳彩圈”“跳跃摸皮球”等趣味游戏活动,吸引儿童积极参与。

截至目前,黄占克已为全市千余名矮小儿童进行了身高评估,并为其制定了干预方案,目前已有百余名矮小儿童实现了长高梦。

一分耕耘一分收获,付出总会得到回报。在今年9月举办的河南省青年志愿服务项目大赛上,黄占克带领的漯河市第三人民医院“关爱矮小,健康童行”志愿者团队通过层层选拔和角逐,获得了省级大赛金奖。

“让孩子健康成长、快乐长高”已成了黄占克工作的目标与动力源泉。为此,黄占克乐此不疲,常常放弃节假日休息时间。

黄占克严谨的工作态度、过硬的诊疗技术赢得了患儿及家长的信赖。今年7月,一位一筹莫展的父亲带着8岁的孩子慕名找到黄占克医生,原来他的女儿身材矮小,经过多次治疗,但效果一直不好。

黄占克经过详细的检查、评估,为孩子精心制定了一套合理的成长方案。当时,女孩儿治疗用的药物为粉剂,需要用注射器皮下注射,但孩子恐惧打针,家长建议换用水剂并用无痛注射治疗。

孩子刚开始拒绝治疗,说怕疼,黄占克就一步步耐心讲解和引导,消除她的恐惧感,并让她自己用无痛注射笔体验。孩子体验后很快就同意治疗了。

在治疗3个月,孩子竟然长高了3厘米。全家人都非常惊喜,并送来了锦旗表示感谢。孩子的父亲激动地说:“真不知道该怎么感谢你,我们全家人终于看到希望了!”

正是这样,黄占克通过辛勤努力,见证了一个又一个儿童健康成长的过程,也见证了一张张幸福、喜悦的笑脸。黄占克经常说,他愿用爱心、耐心、责任心,愿用他的努力,为儿童的健康成长尽力。他热爱他所从事的事业,并愿意为此奋斗一生。

本版未署名图片均为资料图片

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《见证》《技术在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《典型病例》《图说》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:杨小沛
电话:(0371)85967338
投稿邮箱:343200130@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生计生委8楼医药卫生报社编辑部

(作者供职于河南省肿瘤医院)

助力儿童健康成长的儿科医生黄占克

本报记者 王明杰 通讯员 梁煜