

技术·思维

# 食管胃结合部腺癌的外科治疗

□黄晋熙 文/图

食管胃结合部是指管状食管与囊状胃之间结合的虚拟解剖交界线。不论肿瘤中心(或主体)处于何种解剖位置,食管-胃的解剖交界上下各5厘米区间以内的腺癌,并跨越食管胃结合部,即为食管胃结合部腺癌。

食管胃结合部腺癌的主要临床表现为进食哽噎感,上腹剑突下饱胀感或疼痛感,部分患者可有黑便、呕血等出血症状,中晚期可能有贫血、食欲下降、消瘦等全身症状。

20年来,食管胃结合部腺癌的发病率在我国呈上升趋势。外科医生一直积极探索食管胃结合部腺癌的个体化诊疗策略。

梁先生今年50岁,1个多月前出现进食哽噎感。后来,症状越来越严重,梁先生到当地医院进行胃镜检查。医生发现梁先生的贲门小弯侧有一个直径2厘米的溃疡性病变,周围结节状隆起,表面覆盖污秽白苔。活检报告提示:贲门腺癌。

梁先生来到河南省肿瘤医院就诊。全身增强CT(计算机层析成像)检查结果提示:贲门部胃壁增厚,周围多发小淋巴结,未发现肝肺、双肺及腹腔转移迹象。多学科专家会诊后,考虑为食管胃结合部腺癌cT2N0M0(恶性肿瘤的临床分期),建议手术治疗。最后,会诊专家确定手术方案为完全腹腔镜下根治性近端胃切除+改良食管胃侧侧吻合术。术中,在梁先生的腹部做了一个直径5厘米的切口,出血仅30毫升。术后第一天,梁先生开始喝水,第二天开始进食,术后第七天顺利出院。出院前,梁先生的上消化道造影检查结果提示:吻合口通畅,头低位时无胃内造影剂反流至食管。根据术后病理检查结果,梁先生无须进行辅助化疗。

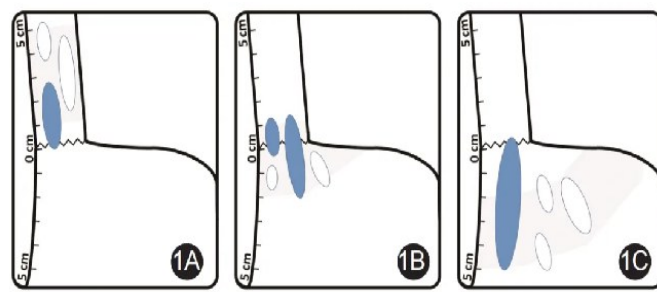
术后3个月,梁先生来到河南省肿瘤医院复查。梁先生无泛酸、呕吐等胃食管反流症状,体重无明显减轻,血常规指标基本正常,CT检查未发现复发迹象。梁先生现已重返工作岗位。

## 食管胃结合部腺癌的分期与分型

1987年,Siewert(德国学者)提出,将食管胃结合部腺癌分为3个类型,包括:Siewert I型,食管胃结合部以上1厘米~5厘米;Siewert II型,食管-胃的解剖交界以上1厘米至食管-胃解剖交界以下2厘米;Siewert III型,食管-胃解剖交界以下2厘米~5厘米。

《食管胃结合部腺癌外科治疗中国专家共识(2024年版)》指出,食管胃结合部腺癌的分期系统按照Siewert分型进行,Siewert I型按照食管癌分期系统进行分期;Siewert II型和Siewert III型则按照胃癌分期系统进行分期。

图中的灰色部分是食管胃结合部腺癌,白色部分为非食管胃结合部腺癌。1A为Siewert I型;1B为Siewert II型;1C为Siewert III型。



食管胃结合部腺癌的Siewert分型模式图

## 食管胃结合部腺癌的手术治疗

术前进行Siewert分型和确定食管受累长度,对食管胃结合部腺癌的手术入路有重要影响。建议常规进行上消化道造影检查,并结合胃镜检查,综合

评估食管胃结合部腺癌的分型和食管受累长度。

现在,随着腹腔镜微创技术的快速发展和应用,经腹入路对食管胃结合部腺癌根治

性切除在技术层面取得了显著进步,特别是在术后并发症控制和整体生活质量提升方面,均优于经胸入路或经胸腹联合入路。

Siewert II型和Siewert III型食管胃结合部腺癌腹腔镜手术指征:术前分期为I期,考虑腹腔镜手术;术前分期为II期~III期,腹腔镜手术可考虑在有丰富的腹腔镜手术经验的医学中心探索性开展。

然而,对于纵隔淋巴结转移风险患者,经腹入路方法对纵隔淋巴结切除的可行性仍有不足,导致根治性效果不佳。因此,对于Siewert I型食管胃结合部腺癌,适合右胸路径,包括上腹右胸两切口或颈、右胸、上腹三切口术式,对淋巴结的清扫则参照下段食管癌处理原则,规范进行纵隔淋巴结清扫+常规腹腔淋巴结清扫。对于Siewert II型食管胃结合部腺癌,手术路径目前尚有争议,建议食管受累长度≤2厘米者考

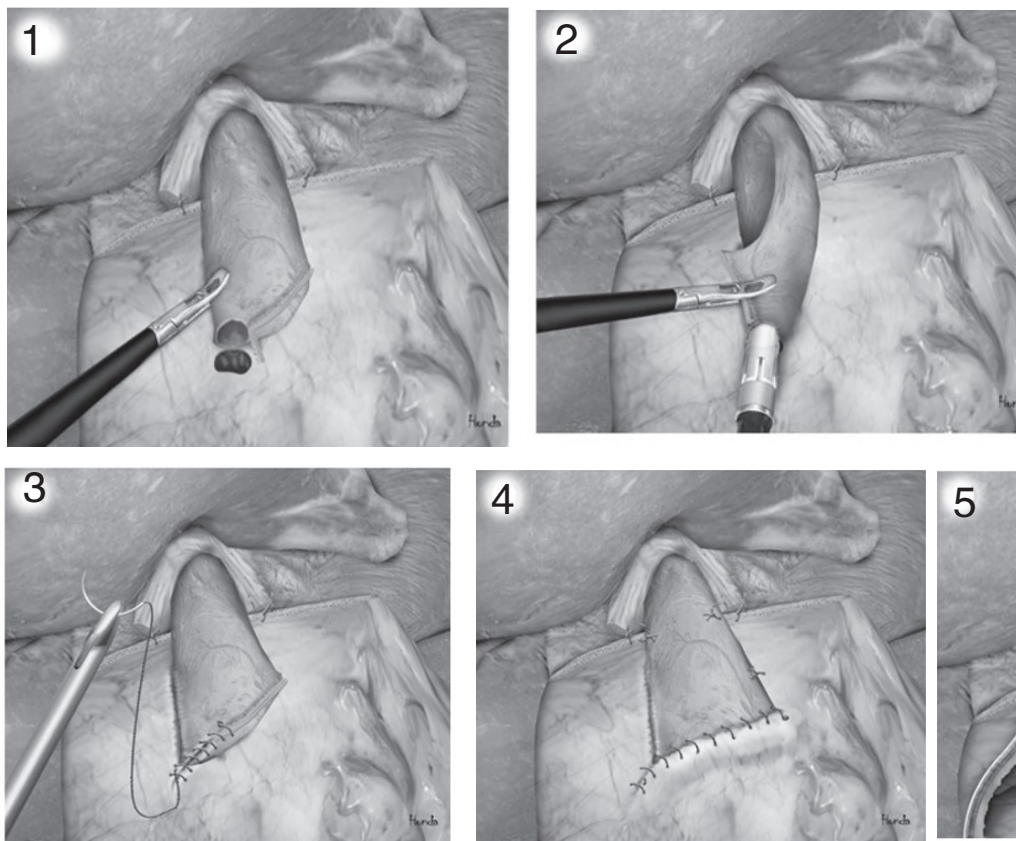
虑经腹食管膈肌裂孔路径;食管受累长度>2厘米者可考虑经胸路径。对于淋巴结清扫,若食管受累长度<2厘米,无须进行下纵隔淋巴结清扫;若食管受累长度为2厘米~4厘米,则进行纵隔淋巴结清扫;若食管受累长度>4厘米,按照Siewert I型的处理原则,规范进行纵隔淋巴结清扫。对于Siewert III型食管胃结合部腺癌,经腹或经腹食管膈肌裂孔路径都适用,淋巴结清扫则参照胃癌淋巴结清扫规范进行,并根据肿瘤是否侵犯食管,决定要不要进行纵隔淋巴结清扫。

对于食管胃结合部腺癌切除术后的消化道重建,近端胃切除后常用的方式有食管胃侧侧吻合、双通道吻合、双肌瓣成形术(Kamikawa吻合)、间置空肠吻合等。

食管胃结合部腺癌全胃切除后的消化道重建,目前常用的方式有食管空肠Roux-Y吻合(主要应用于腹部外科手术中,特别是在消化道重建和胆道手术中)和间置空肠吻合。

综上所述,对于食管胃结合部腺癌,外科治疗具有重要作用。在进行外科治疗时,要注意其合理性和规范性。外科医生要在临床实践中进行个体化诊疗。

(作者供职于河南省肿瘤医院)



腹腔镜下根治性近端胃切除+改良食管胃侧侧吻合术

# 正确认识耐多药肺结核

□郑丹薇

耐多药肺结核是如何产生的  
细菌耐药性是指细菌对于抗菌药物作用的耐受性,会使药物的治疗效果明显下降。

耐药可分为原发性耐药和继发性耐药。

1.原发性耐药。原发性耐药是指从未接触过某种抗结核药而患者的分离株显示对该药敏感性下降或出现耐受性,提示其感染的菌株对该药耐受。

2.继发性耐药。继发性耐药是指在抗结核治疗过程中出现的感染菌株对抗结核药敏感性下降或出现耐受性,临床上常以抗结核治疗4周为界限,即治疗4周后出现的耐药为继发性耐药。

肺结核患者一般要长期服药(至少6个月),如果患者漏服药物或药物联用不合理、不恰当,或药物剂量不足,抑或患者擅自停药等,均可能出现耐药现象。

耐多药肺结核属于难治性肺结核,主要是感染结核杆菌后,对异烟肼、利福平等常用的抗结核

药产生了耐药现象。

耐多药肺结核如何治疗

一旦确诊为肺结核,患者需要尽早到结核病定点医院进行治疗。有两种耐多药肺结核的治疗方案:

1.长程治疗方案。长程治疗方案是指至少由4种有效的抗结核药组成的18个月~20个月的治疗方案,分为推荐治疗方案和个体化治疗方案。

2.短程治疗方案。短程治疗方案适合既往未接受或接受二线药物治疗不足1个月,并对氟喹诺酮类药物敏感的新确诊耐多药肺结核患者。

耐多药肺结核患者除了遵照医嘱按时服药,还应按照要求每隔1个月~2个月进行一次肝肾功能、血常规、胸部影像学检查和痰培养等,便于医生观察药物治疗的有效性和安全性,然后及时调整治疗方案。同时,要想成功治愈耐多药肺结核,必须遵循以下原则:联合用药、足量、

规律、全程。

耐多药肺结核的预后

耐多药肺结核是结核病治疗领域的一种难治性疾病。耐多药肺结核的预后通常较一般肺结核差,并且受到多种因素的影响。

1.治疗成功率较低。与一般肺结核相比,耐多药肺结核的治疗成功率通常较低。因为耐药性结核杆菌菌株对抗结核药的耐受性较强,导致治疗更加困难。但是,通过早期发现、规范治疗,以及使用贝达喹啉、德拉马尼等抗结核药,可以提高治愈率。

2.复发率较高。耐多药肺结核的复发率通常较一般肺结核高。即使成功完成整个疗程,患者也可能因为耐药性结核杆菌菌株的再次出现而发病。

3.发生相关并发症的风险增加。由于治疗过程中需要使用更多、更强效的药物,耐多药肺结核患者面临着更多的药物副作用和并发症风险(可能发生肝肾功能损害、听力损伤、视神经损害等)。

耐多药肺结核给社会造成负担

传染病不是个体的事情,而是群体的事情。耐多药肺结核给个人、家庭和社会带来了巨大的负担。

1.治疗费用高。耐多药肺结核治疗难度大,花费大,会给患者及其家庭带来沉重的负担。

2.传播风险大。由于耐多药肺结核治愈率低,病情迁延不愈,传染性增强,传染期长,增加了家庭成员和社区居民发生感染的风险。

这不但增强了肺结核的传播性,而且被感染者一旦发病就是耐多药肺结核。

3.需要的医疗资源和专业人员更多。耐多药肺结核的治疗时间为18个月~20个月,是普通肺结核的3倍~4倍。较长的治疗周期使得耐多药肺结核需要更多的医疗资源和专业人员,可能会给医疗系统带来额外的压力,包括药物供应、监测等。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心)

## 结核病防治论坛



开展“终结结核”行动 共建共享 健康中国

## 临床笔记

1岁7个月大的小女孩王玉因为“呕吐、精神差2天,面色苍白2小时”紧急入住我院儿童重症监护室(PICU)。医生发现王玉虚弱无力、末梢循环极差,于是立刻对其进行床旁超声检查,初步排查心肺问题。在超声检查中,医生看到王玉的心脏几乎呈蠕动状态,收缩乏力,左心室射血分数为25%左右,有创动脉血压60/40毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),已经有了心源性休克迹象,随时可能出现心脏骤停。

PICU医生采取镇痛镇静、气管插管、使用血管活性药物等措施,让王玉的心脏得到休息。同时,PICU专家和其他科室专家紧急进行儿童体外生命支持多学科会诊。经过深入讨论与综合评估,会诊专家考虑王玉得了暴发性心肌炎,已经出现了心源性休克。在前期治疗后,王玉的病仍不断加重,乳酸持续升高,随时可能心脏骤停、循环“崩溃”。会诊专家决定应用ECMO(体外膜肺氧合)进行心脏功能支持,通过体外循环的“人工心脏”替代王玉心脏的一部分功能,让王玉自己的心脏得到充分休息。

王玉的体重仅14千克,进行ECMO支持需要特殊的插管方式。PICU医生、血管外科医生、麻醉科医生迅速组成救治小组,在床旁为王玉进行颈部血管切开置管。在置管的过程中,血管外科医生发现王玉的动脉和静脉都非常细,为了尽可能保证远端脑血流灌注,他们选择了“动脉缝合荷包”的插管方式。

ECMO成功运行。慢慢地,王玉开始有了尿了,心脏跳动也越来越有力了。在ECMO循环支持58小时后,王玉的病情明显好转,达到了撤离ECMO的指征。在为王玉撤离ECMO后,救治小组开始修补王玉的动脉、静脉,并对其颈部上的切口进行美容缝合。此时,王玉的心脏还需要进一步恢复。救治小组对王玉进行精细化管理。气管插管、尿管、胃管相继被拔除,这说明王玉的病情有所好转。王玉开始睁眼、哭闹、吃奶、找妈妈……大家悬着的心放了下来。

什么是暴发性心肌炎?暴发性心肌炎是儿童心肌炎中最严重的类型,是突发的弥漫性炎症,起病急,病情进展迅猛,可出现恶性心律失常,引起急性心力衰竭、心源性休克,甚至猝死。

在疾病早期,部分患儿的心血管症状可能不明显。在暴发性心肌炎加重前数日,患儿会有发热、乏力、呕吐、腹泻、腹痛等上呼吸道感染或胃肠炎的表现,之后出现气短、心慌、胸痛、心衰、乏力等症状。

先看儿童的精神状态,他们会有烦躁不安、乏力、精神萎靡等表现,尤其是面色苍白。儿童精神状态不佳是就医的绝对指征。

恶心、呕吐、腹痛等不具有特异性,易被认为是由消化道疾病引起的。鉴别的关键是:如果是暴发性心肌炎,则这些症状持续的时间更长,儿童会逐渐出现精神状态差、乏力、四肢末梢凉等表现。

儿童体温正常时出现呼吸急促、费力,需要排查心脏原因;出现口唇、指甲青紫时,往往提示病情危重。

(作者供职于新乡医学院第一附属医院)

## 相关链接

暴发性心肌炎最常见的病因是病毒感染。常见的病毒有柯萨奇病毒、流感病毒等。发生病毒感染后,病毒可能会造成心肌损伤,从而引起暴发性心肌炎。另外,病毒诱导的免疫损害,也是引起心肌损伤的重要原因。

## 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》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

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张~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。

电话:16799911313  
投稿邮箱:337852179@qq.com  
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室