

THORACIC SURGERY

胸部外科学

THORACIC SURGERY

张岩峰 沈 毅 主编
冯若彦 王善政

CHIEF EDITOR

ZHANG YAN FENG

SHEN YI

FENG RUO YAN

WANG SHAN ZHENG

青岛出版社

THORACIC SURGERY

R655
21F

胸部外科学

THORACIC SURGERY

张岩峰 沈毅 主编
冯若彦 王善政

CHIEF EDITOR
ZHANG YAN FENG
SHEN YI
FENG RUO YAN
WANG SHAN ZHENG

青岛出版社

鲁新登字 08 号

责任编辑 李茗茗 高继民
装帧设计 李伯书

胸部外科学

张岩峰 沈毅 冯若喙 王善政 主编

*

青岛出版社出版

(青岛市徐州路 77 号)

邮政编码:266071

新华书店北京发行所发行

胶南市印刷厂印刷

*

1996 年 7 月第 1 版 1996 年 8 月第 1 次印刷

32 开(850×1168 毫米) 19.75 印张 2 插页 480 千字

印数 1—2610

ISBN 7-5436-1378-6/R·76

定价:38.00 元

主 编 张岩峰 沈 毅 冯若嘭 王善政

编 者 (以姓氏笔画为序)

马秀华	王连生	王明训	王善政	冯先富
冯若嘭	朱 荣	任善镐	刘风英	刘 奇
刘培云	刘津修	许海修	孙金星	李书用
李风池	李前仁	杨梅怀	张 通	张岩峰
陈问潭	陈延条	陈培朴	陈维鹏	吴新彦
邹本章	沈 毅	孟繁利	林乐胜	秦笃祥
侯延寿	徐教瑜	郭 杰	曹洪春	梁金山
蒋仲敏	葛 冰	燕书能	魏树臻	

绘 图 孙 宇

序

1991 年秋在杭州召开的华东六省一市胸心外科学术会议期间,酝酿由山东省胸外科工作者集体合写一本具有山东特色的胸部外科学专著。近年来山东省胸外科工作者做了一些有特色的工作,如邹平县人民医院刘津修大夫创用的食管癌渗疗法、青岛海军 401 医院应用出色的纤维外科技术进行游离空肠颈部移植修补食管缺损、济南军区总医院朱荣主任和孙桂武主任等连续数百例食管癌切除食管胃吻合术后无食管胃吻合口瘘发生、青岛医学院肺癌免疫组化与手术预后关系的研究是国内其它胸外科书籍中所没有的,等等。全书共分 11 章,重点介绍常见肺癌和食管癌的诊疗。第一章全面系统地详述了各种胸外科手术的发展,从 30 年代末期写到 1993 年,并附山东省近年来胸外科的进展概况。全书是由 41 位分散在山东省省直及各市、地大厂矿医院的胸外科专家集体编写的,完成了既有普遍性又有山东特色的《胸部外科学》,这在国内是少有的。本书适合于基层医院胸外科及起步参加胸外科工作的医师参考。本书在内容方面的缺点及不足之处,请读者及同道们指正。

本书的出版得到青岛出版社的大力支持及青岛卷烟厂提供赞助,在此代表全体编写人员表示感谢。

张岩峰

1994 年 6 月

目 录

第一章 我国胸部外科学的发展历史和现状	(1)
第一节 食管贲门癌方面	(2)
第二节 肺癌方面	(10)
第三节 气管、支气管外科方面.....	(17)
第四节 纵隔、胸膜等方面.....	(23)
附:近年来山东省胸部外科学的进展.....	(37)
第二章 胸部外科解剖	(45)
第一节 胸壁解剖	(45)
第二节 内脏器官的解剖	(59)
第三章 肺癌	(95)
第一节 肺癌的流行病学	(95)
第二节 肺癌的病理学.....	(115)
第三节 肺癌的诊断.....	(123)
第四节 肺癌的外科治疗.....	(172)
第五节 楔形、肺段、肺叶及全肺切除术.....	(195)
第六节 肺手术后并发症的防治.....	(210)
第四章 肺部疾病专题.....	(225)
第一节 肺癌的冷冻治疗.....	(225)
第二节 多原发性肺癌的外科治疗.....	(227)
第三节 转移性肺癌的外科治疗.....	(235)
第四节 非小细胞肺癌术前术后的辅助治疗.....	(240)
第五节 肺结核的外科治疗进展.....	(243)
第六节 肺大泡与支气管囊肿.....	(263)

第七节	肺良性肿瘤·····	(270)
第八节	胸膜间皮瘤·····	(275)
第九节	脓胸的外科处理·····	(281)
第五章	食管癌·····	(294)
第一节	食管癌流行病学·····	(294)
第二节	食管癌的病理学·····	(316)
第三节	食管癌的诊断·····	(321)
第四节	食管、贲门癌的外科治疗·····	(345)
第六章	食管癌专题·····	(396)
第一节	显微外科在食管外科中的应用·····	(396)
第二节	不经胸食管拔脱术·····	(409)
第三节	食管弹力环扎术·····	(419)
第四节	冷冻治疗在食管、贲门癌中的应用·····	(427)
第五节	食管癌渗疗·····	(429)
第六节	激光治疗在食管外科中的应用·····	(438)
第七节	微波腔内凝固治疗·····	(442)
第八节	食管癌术中癌与主动脉壁粘连不能分开时 的外科处理·····	(444)
第九节	食管癌、贲门癌手术前后的辅助放疗·····	(451)
第十节	高位食管癌的外科治疗·····	(455)
第七章	食管贲门部的其他疾患·····	(460)
第一节	食管良性肿瘤和囊肿·····	(460)
第二节	化学性灼伤引起的食管狭窄·····	(467)
第三节	贲门失弛缓症·····	(474)
第四节	自发性食管破裂·····	(483)
第五节	医源性损伤·····	(486)
第六节	异物引起的食管穿孔·····	(489)
第八章	气管、支气管外科·····	(491)

第一节	气管、支气管的损伤	(491)
第二节	气管、支气管成形肺切除治疗肺癌	(495)
第三节	大气道阻塞的紧急处理与治疗	(536)
第四节	气管、支气管外科围手术期的监测与处理	(540)
第五节	人工气管	(548)
第六节	气管、支气管术后并发症的防治	(554)
第九章	原发性纵隔肿瘤及囊肿	(561)
第一节	概论	(561)
第二节	胸内甲状腺肿和甲状旁腺瘤及囊肿	(568)
第三节	胸腺瘤	(571)
第四节	纵隔畸胎类肿瘤	(577)
第五节	纵隔神经源性肿瘤	(579)
第六节	支气管囊肿	(584)
第七节	心包囊肿	(585)
第八节	肠源性囊肿	(585)
第十章	胸部创伤	(588)
第一节	严重的胸壁创伤及其处理	(588)
第二节	创伤性血气胸	(592)
第三节	创伤性膈肌破裂	(601)
第四节	胸腹联合伤	(603)
第五节	肺部创伤	(604)
第六节	肺裂伤	(606)
第七节	成人型呼吸窘迫综合征(ARDS)	(608)
第十一章	肺功能检查及其在胸部外科的临床意义	(615)
第一节	手术的一般危险性估计	(616)
第二节	胸部手术危险性的估计	(618)

第一章 我国胸部外科学的发展 历史和现状

我国胸部外科学起步于 20 世纪 30 年代中期,时间上晚于西方发达国家,当时仅有少数先辈们在中华大地上开始了胸部外科学的工作。1934 年董秉奇在上海红十字会医院作了胸廓成形术。1937 年王大同在北京协和医院用肺叶切除术治疗一支气管扩张症病人。1940 年吴英恺在北京协和医院对一胸段食管癌病人行食管癌切除术成功。1941 年张纪正在北京协和医院完成首例肺癌全肺切除术^[1]。随着近代麻醉的飞速发展、影像学诊断技术的进步、光导纤维支气管镜输血和抗菌素的广泛应用,胸部外科学随之同步得到了不断的发展,在北京、上海、天津等地的医学中心,先后组建了胸外科专科,专业人才逐步涌现。

1949 年 10 月 1 日新中国成立后,中国胸部外科学在 50 年代进展转快,一方面各地高等医学院校附属医院、大中城市中心医院、大型厂矿企业医院以及部队中心医院相继增设胸外科专科,一方面北京吴英恺等、上海黄家驷等前辈们,年复一年地为全国各地培养、训练胸外科医生,并开始出版中文胸外科书籍及各种刊载胸外科论文的专科杂志,定期召开有关胸部外科常见疾病——食管癌、肺癌以及气管、支气管外科等专业学术讨论会等,在中国共产党的领导下,经过各地胸外科专业人才的努力,到 20 世纪 90 年代初期,我国胸外科的理论基础、技术操作等,都跻身于世界前列。

第一节 食管贲门癌方面

1913年 Torek 首先报道胸部中段食管癌切除成功,食管上断端经颈部切口拉出作食管造瘘,腹部作胃造瘘,用胶管连接两瘘口,从口进食,该例病人术后生存 10 余年^[2]。与 Torek 同年, Zaaijer 为一例病人做下段食管癌切除成功,其上断端从背部外置造瘘,同时在腹部做胃造瘘,两瘘口之间,亦用胶管连接,从口进食^[3]。1938 年 Marshall^[4]及 Adams^[5]分别报道胸部食管癌切除及胸内食管胃吻合成功。40 年代 Sweet^[6]、Garlock^[7]等对胸段食管癌切除术及胸内食管胃吻合术,积累了更为成熟的经验。Brewer^[8]于 1948 年报道一切除高位食管癌病例,并在颈部施行食管胃吻合术。

我国吴英恺于 1940 年首次切除食管癌成功^[9],他于 1940~1941 年在北京协和医院,共行食管癌及贲门癌切除 12 例,其中按 Zaaijer 手术方法 1 例、Torek 手术方法 3 例、胸内食管胃吻合术 8 例,术后在院死亡 5 例,手术死亡率为 41.6%。此后天津、上海等地相继开展了食管癌和贲门癌的手术治疗,但到 1949 年新中国成立以前,仅有少数单位开展此项手术,例数不及 50 例,而手术死亡率均在 30%以上。

全国解放后,1955 年吴英恺等报道,1947~1954 年间,北京协和医院 152 例食管癌和贲门癌切除,手术死亡率仍然很高,达 18.4%,5 年生存率很低,仅为 7.4%^[10]。同年陈兆昌^[11]、李灏^[12]分别提出,对食管中段癌的手术径路,主张经右胸手术,认为对右胸手术的充分显露,是提高切除率的重要因素。但也有许多医生,主张经左胸进行手术,其切除率并不低,如天津医学院附属医院的切除率为 71.7%,北京人民医院的切除率为 89.8%,究以谁好,尚无定论^[13]。1958 年王一山等报道上海二医 1951~1956 年一组 240

例食管癌和胃贲门癌,手术探查 160 例,切除 72 例,手术切除率为 45%,手术死亡率为 6.9%^[14]。1961 年吴英恺等报道^[15]他们于 1940~1959 年底的 20 年间,曾进行食管鳞癌切除术 306 例,术后 1 年生存率为 70%,3 年生存率为 34.5%,5 年生存率为 23.7%。术后生存率的曲线,在头 5 年中,每年递减的数差较大,这是因为术后早几年的死亡率较高,且多因癌的复发或转移而致死。

1959 年李温仁^[16]介绍食管癌结肠代食管术 24 例,其中食管癌切除结肠代食管术 8 例,癌不能切除结肠转流术 16 例。1960 年冉瑞图报道^[17]应用结肠段行胸内食管再造治疗食管癌共 7 例,其中 3 例手术死亡,作者认为死亡是经验不足所致。1962 年李温仁等^[18]根据福建医学院附属协和医院 1957~1961 年 4 年间,63 例结肠代食管术的经验,着重讨论以结肠左动脉为营养血管,进行横结肠移植的经验。1963 年顾恺时等报道 73 例结肠代食管治疗食管癌^[19],发生术后颈部食管结肠吻合口瘘 17 例、肠梗阻 10 例、移植结肠坏死 5 例,手术死亡率为 13.7%。1964 年傅律明、张岩峰报道 84 例结肠代食管,其中 32 例为食管癌切除术,52 例为转流术,全部采用横结肠,营养血管 48 例为结肠左动脉,36 例为结肠中动脉,食管结肠吻合口瘘为 20%^[20]。

1962 年王一山等报道^[21]最常见延误食管癌及贲门癌早期诊断的原因,是长期把本病当作“胃病”来治疗。1965 年黄国俊^[22]报道 6 例食管癌 I 期患者,指出在食管癌出现吞咽困难症状前,有 3 个月到半年时间的胸骨后疼痛症状,而病变尚局限于粘膜及粘膜下层。

1962 年顾恺时等报道^[23]上海市胸科医院自 1957 年建院到 1960 年,共收治 255 例食管癌和贲门癌,在 100 例食管癌切除术后,85 例行食管胃吻合术,12 例行食管结肠胃吻合术,3 例行食管空肠吻合术。1963 年黄国俊等根据国内 9 单位的统计,在 1503 例切除术中,手术死亡率为 9.8%,吻合口瘘的发生率为 4.8%,其死

亡率为 57.5%，吻合口瘘是一个亟待解决的问题^[24]。1965 年黄国俊等^[25]报道 903 例食管癌术后发生乳糜胸 15 例，占 1.7%，其中：9 例行保守治疗，3 例死亡；6 例手术治疗，仅 1 例死亡。作者认为对需行手术治疗的病例，应争取在患者情况尚未过度衰竭之前，尽快进行手术处理，胸导管的寻找及处理一般并无困难。王其彰等后来也报道自 1952 年以来 27 年间，河北医学院第四医院食管癌术后乳糜胸的发生率为 1.3% (27/2070)，另外加 3 例未切除癌的乳糜胸共 30 例，开始保守治疗 15 例，死亡 6 例，手术结扎胸导管 15 例，仅 1 例死于胸内感染^[26]。稍晚，上海市胸科医院高成新等报道 65 例乳糜胸行胸导管结扎术 36 例，治愈 34 例，胸导管可在任何部位结扎，但最佳部位，则是在膈上胸导管的最低水平^[27]。1963 年张岩峰报道^[28]安徽医学院附属医院 1955 年 5 月至 1962 年 8 月间，食管癌和贲门癌切除 100 例，共有胸导管损伤 7 例，术中损伤胸导管，4 例当时被发现，立即结扎治愈，3 例造成乳糜胸，其中初期的 1 例，术后反复穿刺抽胸水，共达 15000ml 左右，严重消耗，2 星期后衰竭死亡，原因当时对乳糜胸的认识不够，没有诊断出来，余 2 例，2 次开胸结扎胸导管治愈。

1964 年林训生、黄国俊综合报道^[29]苏州医学院、上海六院及福建医学院等 3 个医院 25 例，利用胃大弯制成倒置胃管以代替食管。同年王一山等^[30]介绍回结肠代食管和胃囊以治疗食管下端癌和胃贲门癌 9 例的手术方法和经验体会。1965 年郭懋荣等^[31]报道济南铁路局中心医院利用右胃网膜动脉作为胃管的营养血管，胃管用顺置方向与颈部食管吻合术 3 例。1964 年张岩峰等报道^[32]安徽医学院 2 例食管中段癌切除同期因癌侵及部分降主动脉，而将其一并切除，人工血管移植术，1 例术后 21 天死亡，1 例获得成功。

食管插管术的操作简单，对病员的负担轻，术后能进食，维持营养，因此被认为是治疗晚期食管癌的一种姑息方法。上海市胸科医院 1962 年 12 月至 1964 年 1 月共做 28 例^[33]，使用倒齿型塑料

食管插管^[34]。翌年张毓德等报道^[35]对 26 例食管癌和贲门癌患者,于开胸探查确定肿瘤不能切除后,改行食管腔内置管术,所用的塑料管为聚氯乙烯管。1983 年吴松昌等^[36]总结 268 例食管腔内置管术,都能顺利地经口进食流汁、糊粥或无渣半流汁饮食,少数能进干饭,术后切口感染最多,大都由于切开胃壁或食管壁从口送入污染所致。手术死亡率为 5.6%。

1965 年苏应衡等报道^[37]山东省立医院自 1952 年到 1961 年,住院病人 482 例,其中 175 例作了癌切除术,术后 5 年生存率为 20.4%。同年,黄国俊等提出^[38]术前放射治疗,显著提高了手术切除率,但较单纯外科治疗有较多的术后并发症和较高的术后死亡率。1966 年顾恺时等^[39]根据食管癌 67 例切除标本的病理检查,建议作广泛的食管切除(上、下离癌边缘 8~12cm),作者认为,这一原则是合理的,尤其是较早期病例,更应作较为广泛的切除。对于一期胸骨后全胃代食管手术治疗食管癌,顾恺时等^[40]在 1964 年报道 30 例,认为全胃长度自腹升至颈部宽裕,长度足够,胃组织血供良好,方法较结肠代食管术简单。胸骨后颈食管结肠吻合术治疗颈、上、中段食管癌的近期疗效,苏应衡等^[41]在 1964 年报道 110 例,术后 19 例发生颈部瘘,21 例死亡,死亡率为 19.1%。

关于食管癌的分型,1958 年开始经吴英恺^[42]、孙绍谦^[43]、吴遐^[44]等相继研究,并提出分为髓质型、蕈伞型、溃疡型和缩窄型等 4 型,杨梅怀^[45]等又提出分为菜花型、溃疡型和缩窄型等 3 型。尔后,黄国俊等^[46]又增加一种较为少见的腔内型食管癌。

1973 年北京日坛医院外科报道该院 1958~1970 年底,在 944 例食管癌和贲门癌切除术中,食管胃吻合口瘘的发生率为 2% (14/944),指出吻合口部的血运供应、食管胃吻合术的精细操作和吻合部的套叠是预防或减少食管胃吻合口瘘发生的 3 项措施^[47]。同年,中国医学科学院和河南省食管癌研究协作组在意大利波伦亚第 2 届国际癌症早期诊断和预防学术会议上宣读《食管癌的早

期诊断》^[48],扼要介绍了细胞学对诊断早期食管癌的方法和标准,以及由于应用此法所获得的诊断结果,它对于食管癌的早期发现和食管癌癌前病变的研究,有肯定的价值。1974年华北地区食管癌病因研究协作组,参加在意大利佛罗伦萨召开的第11届国际肿瘤会议上,宣读了华北地区太行山周围181个县,近5000万人口进行以食物中亚硝胺致癌作用的病因学内容的初步调查研究^[49]。1973年北京日坛医院外科报道^[50]1230例食管癌及贲门癌手术治疗情况,其手术切除率为76.7%,食管癌手术切除死亡率为4%,贲门癌为1.9%;术后5年生存率食管癌为29%,贲门癌为14.7%。由于我国是世界上食管癌发病率和死亡率最高的国家^[51],建国以来,到80年代初期,食管癌的外科治疗,有了很大的普及和提高,手术切除率为80%,手术死亡率为5%以下,吻合口瘘的发生率在5%以下,术后5年生存率为30%左右,同时由于在我国高发区,开展现场防治和拉网细胞学普查,发现了不少早期的食管癌病例,这些病例的手术后情况是令人满意的^[52]。如河南省林县医院,由于在普查中,有许多真正早期食管癌被发现,其手术切除率,在一组1228例中,高达94.1%^[53]。1981年邵令方等报道^[54]210例早期食管癌和贲门癌的外科治疗,其术后5年生存率高达90%,这是国内外最好的治疗结果。

在食管拔脱术的应用方面,黄国俊^[55]、吴听齐^[56]分别报道采用非开胸食管内翻剥脱术治疗早期食管癌和贲门癌。尔后,雷道鑫^[57]又报道食管内翻拔脱术治疗下咽部癌、高位食管癌。

对于术前放疗与外科综合治疗,黄国俊等^[58]报道408例,作者认为综合治疗组的近、远期效果(包括手术切除率为81.9%,术后吻合口瘘发生率为4.5%,手术切除死亡率为3.9%,术后5年生存率为31.6%等方面)并不亚于同期单一外科治疗组,这就充分说明,术前放疗与外科综合治疗,较诸单一外科治疗,有更好的治疗效果。而单纯放射治疗食管癌,其5年生存率为8.4%(281/

3339)^[59]。

关于术后并发膈疝,王国清等^[60]报道 15 例,其发生率为 0.84%(15/1790),手术后 2 例死亡,13 例恢复良好。

1979 年上海九院张涤生在上海市胸科医院黄偶麟合作下^[61],应用显微外科技术,进行空肠移植修复食管缺损 7 例,其中空肠游离移植 3 例,带蒂空肠移植 4 例,均获成功。

关于吻合器的应用方面,吻合器以上海手术器械六厂生产的 GF-I 型较广泛使用,康澧源等报道^[62]中国人民解放军总医院自 1980 年 8 月至 1986 年 8 月,用吻合器手术 575 例,发生吻合口瘘 8 例,占 1.3%,较 1960~1980 年 8 月手缝组吻合口瘘明显下降,该期间手术 355 例,吻合口瘘发生 20 例,占 5.6%。嗣后,张效公等^[63]又报道中国人民解放军总医院自 1985 年 7 月至 1988 年 3 月,用国内 GF-I 型管状消化道吻合器连续行食管胃胸内吻合手术 300 例,术后无 1 例发生吻合口瘘。1992 年卫功铨等报道^[64]784 例应用吻合器,行胸内食管胃吻合术,其中北京四型吻合器 613 例,上海 GF-I 型 171 例,共发生吻合口瘘 11 例(1.4%)、吻合口狭窄 20 例(2.5%)。作者认为吻合器操作具有简便、缩短时间、切割整齐、吻合口径大小一致等优点。同年吴维继又报道^[65]787 例,吻合口瘘和吻合口狭窄的发生率分别为 1%。张玮等^[66]在肯定吻合器的优点后,指出在他们 207 例手术中,有 19 例发生吻合器失误,失误率为 9.1%,包括吻合器钉合不全,吻合口切割不全,食管肌层撕裂等,并认为吻合器吻合不能代替手工缝合方法。另一种特殊吻合器是 1982 年张毓德创造的——一种食管胃吻合新技术,腔内弹力环扎术^[67],至 1988 年再次发表论文,指出腔内弹力环扎术的改进,取得了未发生吻合口瘘的预期结果^[68]。到 1989 年这种手术增至 100 例^[69],作者认为如能用可吸收材料制造支撑管,本手术方法可更臻完善。1992 年 10 月在全国第 3 次食管癌学术会议上,张毓德又报道^[70]采用中日合制可吸收性支撑管 Polyglycolic

Acid (PGA) 施行食管胃腔内弹力环扎术 110 例, 仅 1 例发生吻合口瘘。

近几年来, 为了减少手术并发症, 扩大手术切除范围, 提高病人术后生活质量等, 全国各地提出了不少手术新方法、新技术, 刘铨等^[71]介绍“隧道”式食管胃吻合术, 可减少术后吻合口瘘。1991 年寿化山报道^[72]改进的肌层内“隧道”食管胃吻合术, 从 1986 年起, 应用 242 例, 无 1 例发生吻合口瘘。马春茂等报道^[73]1977~1982 年连续采用单层宽边吻合术 346 例, 其吻合口瘘发生率为 2.6%。1989 年赵崇伟等^[74]介绍颈部食管胃 Gambee 氏单层吻合法 76 例, 只发生了颈部食管胃吻合口瘘 2 例 (2.6%)。卫功铨等^[75]在报道术后吻合口狭窄 152 例时, 指出术后吻合口狭窄是常见的并发症, 发生率为 0.5~4%, 其发生多半开始于术后第 4 周, 术后 3~6 个月可形成坚韧疤痕组织, 作者认为扩张越早, 效果越好, 152 例中, 仅有 1 例可能因撕裂造成出血。1987 年智会先等^[76]报道食管插入吻合术 141 例, 未发生吻合口瘘, 但有 3 例早期吻合口狭窄发生。1990 年张伯生等^[77]介绍缩缝管胃弓后上提颈部吻合治疗食管癌。山西长治董文忠等^[78]报道对于粘连严重的食管中段癌病人, 应用主动脉弓游离牵开术切除肿瘤, 有效地扩大肿瘤的切除范围, 提高手术切除率。董光同等^[79]对贲门癌切除术后, 采用空肠间置预防反流性食管炎, 取得好成绩。王国清等^[80]设计一新的吻合方法, 在胃底前壁靠大弯侧, 做一宽约 4cm, 高约 4cm 的舌状浆肌瓣, 在粘膜野的中央偏下, 做一粘膜切口, 行食管全层同胃粘膜吻合, 然后将带蒂的胃壁浆肌层瓣复原, 完整覆盖吻合区, 并缝合在原胃壁浆肌层切缘上, 已完成 100 例, 无吻合口瘘发生, 此法对吻合口的“三防”, 将是较好的吻合方法之一。马旺扣等^[81]介绍食管斜切口, 预防食管胃吻合口狭窄。河南林县程林江等^[82]介绍食管胃不同平面分层吻合法, 预防术后吻合口瘘和狭窄。1992 年施巩宁等^[82]报道全食管切除结肠咽吻合治疗高颈段食管癌。河南

省肿瘤医院卫功铨等^[83]介绍 250 例食管癌切除、胃经食管床颈部吻合术的经验,疗效满意,术后发生颈部吻合口瘘 2 例(0.8%)。作者认为应用本术式,有助于保持胸内脏器的正常位置,减少食管胃的张力,术后无胸胃膨胀、压迫心肺,明显减少吻合口瘘和心肺并发症。

对于少见的食管小细胞未分化癌,刘艳辉等^[85]报道 22 例,其临床表现与常见的鳞癌和腺癌相似,多发于老年人,吞咽困难为其常见症状,其生物学特点,同样表现为生长快、恶性度高,术后多迅速恶化致死。在食管腺癌方面,陈耀辉等^[86]报道 78 例,全组切除率为 92.3%,手术死亡 1 例,其淋巴结转移率和外侵发生率,分别为 50%和 37.5%,高于食管鳞癌的 24%和 20.2%,($P<0.01$) I、II 期术后 5 年生存率为 47.4%,III、IV 期仅为 9%。

大宗病例的食管癌和贲门癌外科治疗的系列报告,可以基本上反映我国食管癌和贲门癌诊断和治疗水平及历史发展与现状。1982 年张毓德等^[87]报道 4310 例,其手术切除率为 77.1%,切除死亡率为 5.0%,吻合口瘘为 4.8%;术后 5 年生存率,食管癌为 23.5%,贲门癌为 15.4%。同年邵令方等^[88]报道 3155 例,其手术切除率为 91.6%,切除死亡率为 4.7%,吻合口瘘为 3.4%;术后 5 年生存率,食管癌为 42.3%,贲门癌为 24.5%。1987 年邵令方等^[89]又将手术例数增至 6123 例。同年黄国俊等^[90]报道中国医学科学院肿瘤医院自 1958~1979 年共 22 年间,为 1373 例食管癌行切除术治疗,其术后 5 年生存率为 29.6%,作者认为食管癌的转移和复发仍是影响术后长期生存的主要障碍,而进一步提高治疗效果,则有赖于综合治疗的应用。1988 年张大为等^[91]报道 1958 年 6 月至 1985 年 10 月,手术治疗贲门腺癌 937 例,其切除率为 74.5%,吻合口瘘为 3.7%,切除死亡率为 1.7%,术后 5 年生存率为 19.5%,作者主张左侧开胸,并尽可能作胃次全切除术,切除的根治性、淋巴结转移情况以及癌瘤侵及浆膜与否,为影响疗效的主