

吻合器在经腹全胃切除术中的应用

李成华, 王 矛, 庄 严, 沈铁骁

[摘要]目的: 总结国产管状吻合器在经腹全胃切除术中应用的临床效果。方法: 对 58例胃癌经腹做全胃切除, 应用国产管状吻合器进行消化道 Roux-en-Y吻合术。结果: 57例一次性吻合成功, 1例吻合器吻合失败改行剖胸再吻合。无吻合口瘘及出血, 术后随访 0.5~2年, 1例吻合口狭窄。结论: 熟悉国产吻合器性能, 操作得当, 能明显地缩短手术时间, 减少出血, 减轻对组织的创伤, 有利于术后恢复。

[关键词] 胃肿瘤; 胃切除术; 吻合器; 吻合术, Roux-en-Y

[中国图书资料分类法分类号] R 735.2 [文献标识码] A

Use of tubular stapler in transabdominal total gastrectomy

LI Cheng-hua, WANG Mao, ZHUANG Yan, SHEN Tie-xiao

(Department of General Surgery, Bengbu Third People's Hospital, Bengbu 233000, China)

[Abstract] Objective: To evaluate the clinical value of domestic tubular stapler in transabdominal total gastrectomy. Methods: Fifty-eight cases of gastric cancer were treated by transabdominal total gastrectomy. Roux-en-Y modal of digestive reconstruction were accomplished after total gastrectomy for gastric cancer with domestic tubular stapler. Results: Fifty-seven cases were anastomosed by one stage, but 1 case had to be reanastomosed through the chest. No anastomotic leakage or hemorrhage was observed. During the follow-up of six months to two years, anastomotic stenosis occurred in one case. Conclusions: Familiarity with the function of domestic tubular stapler and proper operation can significantly shorten the surgery time, reduce blood loss, and alleviate tissue damage, reaching a satisfactory outcome.

[Key words] stomach neoplasms; gastrectomy; stapler; anastomosis; Roux-en-Y

随着外科技术的发展及围手术期处理水平的提高, 进展期胃癌行全胃切除的适应证逐渐扩大, 尤其是吻合器的运用, 使全胃切除后重建消化道更为安全可靠。1998年 1月~2004年 1月, 我科对 58例胃癌患者经腹做全胃切除, 应用国产吻合器完成消化道重建, 效果良好, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 58例, 男 37例, 女 21例; 年龄 39~72岁。术前诊断均经上消化道造影、胃镜检查及病理学证实。其中胃底贲门癌 32例, 胃体癌 22例, 胃小弯 4例。术后病理诊断均为腺癌, 肿瘤直径 4~7 cm, 其中高分化型 25例, 低分化型 22例, 未分化型 11例。按照我国 1989年第四届全国胃癌学术会议通过的胃癌分期标准进行分期: I b期 12例, II期 23例, III a期 21例, III b期 2例。

1.2 吻合器类型 本组所用吻合器为常州生产的 GW2 型吻合器, 规格为 26 mm×28 mm。根据患者

食管和空肠口径选择不同规格的吻合器, 共吻合 117例次。其中 1例经胸腹手术, 共使用 3次, 其他各例使用 2次。

1.3 手术方法 全麻下常规上腹正中切口, 1例胸腹联合切口, 仔细探查胃部肿块大小和淋巴结转移程度, 行全胃切除, 并行相应 R₁、R₂、R₃淋巴结清扫术。全胃游离并游离贲门上食管 6~8 cm, 于幽门下 2~3 cm用闭合器(常州产, 6 cm)离断十二指肠, 贲门上食管预切除线上 0.4 cm处用荷包缝合钳作荷包缝合, 切除线处切开食管前壁, 插入吻合器抵钉座, 收紧荷包缝线, 离断食管。游离空肠, 在距 Treitz 韧带 10~15 cm处上荷包钳切断空肠远端, 把吻合器抵钉座插入近端空肠内, 收紧结扎荷包线于中心杆上, 将管状吻合器柄杆缓慢插入远端空肠内, 远端空肠约 40 cm肠袢套在管状吻合器柄杆上, 远侧空肠壁截一小孔, 将近端空肠内圆型顶座与远端空肠中心杆相固定, 扭紧尾端螺丝, 打开保险即可击发, 完成空肠-空肠端侧吻合, 退出吻合器。结肠前方或后方提起远端空肠, 将管状吻合器柄杆缓慢插入远端空肠内约 5 cm, 空肠壁截一小孔, 将食管内圆型顶座与远端空肠中心杆相固定, 完成食管空肠端侧吻合, 用闭合器闭合空肠断端, 并切除闭合缘外侧多

余组织,完成 Roux-en-Y术式吻合。吻合完成后, Treit韧带下空肠吻合口空肠并行缝合 3~5 cm以防反流,吻合口及闭合口均不包埋。腹腔用 42~43℃蒸馏水灌洗,吻合口周围置引流管关腹。

2 结果

本组 58例,57例一次性吻合成功,1例术中吻合器吻合失败而改行剖胸再吻合。本组平均手术时间为 180~240 min,术中输血 0~800 ml,住院期间,3例肺部感染,经抗感染治疗而愈。无吻合口出血、吻合口漏或梗阻等并发症发生,也未出现倾倒综合征和反流性食管炎等症状,吻合口一期愈合,无围手术期手术死亡病例。术后近期随访 0.5~2年,1例术后 5个月出现吻合口狭窄,经放置支架后恢复正常饮食,其余病例进食状态良好。随访期内无复发病例。

3 讨论

全胃切除后由于失去了食物储器,易引发无胃综合征,导致营养不良,免疫机能及生活质量下降。全胃切除术后消化道重建术式有 50多种^[1],虽然有各种贮袋的研究和报道^[2],但目前尚无一种理想术式能适应所有患者。Roux-en-Y型吻合方便,并可有效防止反流性食管炎,被推荐为全胃切除消化道重建首选术式^[1],因该术式吻合口较多,操作复杂,特别是胃底贲门癌有食管切除时常因吻合位置高而深、显露差、操作困难,而改行剖胸或经胸腹联合切口手术,对患者创伤较大,术后不易恢复,并发症较多。我们多次运用吻合器,使得 Roux-en-Y型吻合操作步骤变得简单方便,而且安全可靠。

吻合口瘘是全胃切除术后最严重的并发症,机械吻合较手工吻合简便,且吻合口瘘发生率低,已成为大家共识。国外有学者报道采用手工缝合吻合口瘘的发生率为 4.4%,采用吻合器的发生率为 4.2%^[3],国内报道吻合器吻合口瘘发生率在 0.13%~1.14%,本组无吻合口瘘发生。吻合器吻合重建消化道能节约手术时间,减少总手术并发症。尤其在高位食管、空肠吻合术中使用安全性更高^[4],其原因可能是吻合器对组织创伤小,双排钽钉吻合均匀,可有效防止吻合口瘘及出血^[5]。

要顺利地进行吻合器吻合,操作时需注意以下几点:(1)熟悉国产吻合器原理、结构性能及操作手

感,使用吻合器前必须检查钽钉有无缺少,各部件是否完整配套,在对合吻合器时刻度指针应为零,打入吻合器时要均匀用力,一次到底。(2)空肠食管吻合时要在没有张力下进行,不一定要游离太多组织以保证吻合口良好的血供。食管荷包缝合是吻合成功的关键,切断食管残端应留约 0.4 cm,并且整齐在同一水平面上,太长会使残端的肌层和黏膜外翻,夹于吻合口中间,太短黏膜易内缩,产生吻合口裂开,导致吻合失败。本组 1例吻合失败,原因为荷包缝合后,离断食管残留太短所引起,食管缩短再次吻合困难,故改由剖胸才能完成。(3)各种操作步骤先后要清楚,两次吻合操作尽量互不影响。食管空肠吻合时,一定要选用与食管空肠肠径相匹配的吻合器,我们一般选用 26 mm,若吻合器过大,使食管腔扩大,管壁变薄或撕裂,致使吻合失败。(4)食管空肠吻合是手术的关键,击发时用力要大,速度要快,退出吻合器时应轻柔旋转而出,以防吻合口撕裂。检查被切下的远、近两圈组织是否为完整的环状,也可用手指在腔内触摸吻合口是否光滑完整,如有缺损必须加固缝合或重新吻合。(5)吻合口周围不必包埋,对食管空肠吻合口周围可固定数针以防下坠张力。

多次应用吻合器可减少术后并发症和住院死亡,而且操作简便,节省时间。全胃切除时手术医师将大量精力用于游离胃肿瘤及清扫淋巴结,多次运用吻合器可减轻外科医师对重建的压力及增加手术的信心,有利于肿瘤的规范治疗,同时可增加手术安全性,值得推广运用。

[参 考 文 献]

- [1] 冯笑山,涂心明,孙江涛,等.全胃切除术后消化道重建术式的对比观察[J].中华胃肠外科杂志,2002,5(3):198-200
- [2] Fujiwara Y, Kusuroki M, Nakagawa K, et al. Evaluation of J-pouch reconstruction after total gastrectomy: Rho double tract vs J-pouch double tract[J]. Dig Surg, 2001, 17(5): 475-482
- [3] Damanakis K, Kantantzis M, Schenk R, et al. Experiences with 216 manual esophageal anastomoses and with mechanical single and double row suture technique in stomach cancers[J]. Zentralbl Chir 1992; 117(11): 583-588
- [4] Engemann R, Lunstedt B, Fuchs KH, et al. Use of surgical staplers on the upper gastrointestinal tract[J]. Zentralbl Chir 1993; 118(8): 440-445
- [5] 李俊梅,朱德清,孙艳华,等.吻合器在胃切除术中的应用与评价[J].普外临床,1997,12(2):109-110