

除吻合。其优点在于能及时切除肿瘤,提高生存率;减少因人工肛门给病人带来的不便,提高生活质量;避免多次手术的痛苦;缩短住院时间,降低医疗费用。

当然,也不能认为这一手术方式优点多而不加选择,对所有患者都施行这一手术。临床应用中合理选择病例极为重要。如果患者年龄较轻,全身情况较好,病程短,梗阻近端肠腔扩张水肿不明显,肠壁血供良好者,可以考虑行一期切除吻合术;反之,不应强求一期切除吻合,而应选用 Hartmann手术或分期切除术。

[文章编号] 1000-2200(2006)06-0653-02

。临床医学。

残胃并存食管癌手术消化道重建方式和手术入路的选择

缪 劲, 张雷杨, 高 岩, 陈 鑫, 张爱平, 郭子黄

[摘要]目的:探讨残胃并存食管癌根治手术的消化道重建方式和手术入路。方法:40例根治手术中,有16例残胃并存食管下段癌均经左第七肋间胸腹联合切口入路,其中9例充分游离胃小弯侧及前次手术的吻合口而保留胃底血管,将残胃连同脾、胰尾移入胸腔内,行食管残胃吻合;4例为保留结肠中动脉的结肠代食管术;3例为单纯游离胃底保留前次手术未切断的胃左动脉主干直接行食管残胃胃底吻合。24例食管中上段癌均行结肠代食管术,其中19例为左进胸加上腹部联合切口入路结肠代食管术,左胸顶吻合11例,颈吻合8例,5例为右胸、腹部、左颈部三切口入路结肠代食管颈部吻合术,结肠进胸的入路均为胸骨后。结果:全组无手术死亡,颈部吻合口瘘3例,经保守治疗愈合。结论:残胃并存食管癌根治手术的消化道重建方式和手术入路具有多样性,其中残胃并存食管下段癌行弓下吻合的除了结肠代食管外,其他的消化道重建方式也能取得满意的效果,且简化了手术操作过程,而残胃并存食管中上段癌由于食管切除较长,吻合位置较高仍以结肠代食管为最主要的术式。

[关键词] 食管肿瘤; 食管外科手术; 残胃; 消化道重建

[中国图书资料分类法分类号] R 735.4 R 655.4 [文献标识码] A

残胃并存食管癌系指胃、十二指肠良性疾患行胃部分切除或早期胃癌根治术后5年以上,而原发于食管黏膜的恶性肿瘤^[1]。1998~2004年,我们收治了40例,采用不同的手术术式进行治疗,并比较各种重建消化道的方法,探讨更为合理和简便的手术术式及入路。

1 资料与方法

1.1 一般资料 男32例,女8例;年龄51~75岁。原手术术式中10例为Billroth I式吻合,30例为Billroth II式吻合,均行胃大部切除术。首次病变为胃溃疡14例,十二指肠溃疡16例,复合型溃疡2例,早期胃癌8例。发生残胃并存食管癌的时间为5~21年。临床症状以进食梗阻感、黑便最常见,

[参 考 文 献]

- [1] 汪建平,唐远志,董文广. 结肠癌并急性结肠梗阻的外科处理[J]. 中国胃肠外科杂志, 1999, 2(4): 79-81.
- [2] Tan SG, Nambiar R, Rauff A, et al. Primary resection and anastomosis in obstructed descending colon due to cancer[J]. Arch Surg, 1991, 126(6): 748-751.
- [3] 邱成志,周志平,洪元福. 大肠癌并急性肠梗阻治疗体会[J]. 实用医学杂志, 1996, 12(10): 680.
- [4] 刘承训. 急性结肠梗阻手术方法的争议[J]. 普外临床, 1989, 4(3): 149-151.
- [5] 杨金镛,崔自介主编. 普通外科诊疗术后并发症及处理[M]. 北京:人民卫生出版社, 1998: 445.

其它尚有恶心、呕吐、贫血、进行性消瘦等。术后病理诊断鳞癌37例,腺癌3例。其中9例有胃上三组淋巴结转移。

1.2 手术方法 40例均行根治性手术。16例残胃并存食管下段癌均经左第七肋间胸腹联合切口入路,其中9例充分游离胃小弯侧及前次手术的吻合口而保留胃底血管,将残胃连同脾、胰尾移入胸腔内,行食管残胃吻合,同时清除区域淋巴结(该9例前次手术均为Billroth II式吻合,前次手术行Billroth I式吻合,由于吻合口较固定而难于游离,而不宜采取本术式);4例为保留结肠中动脉的结肠代食管术;3例为手术中探查发现前次手术未切断胃左动脉主干而残胃又较大,故单纯游离胃底而保留胃左动脉主干直接行食管残胃胃底吻合,该16例手术吻合口均位于弓下。24例食管中上段癌均行结肠代食管术,其中19例为左进胸加上腹部联合切口入路,行食管次全切除,带蒂(保留结肠中动脉4例,保留左结肠动脉15例)结肠代食管术,其中左

[收稿日期] 2005-11-23

[作者单位] 南京医科大学附属南京第一医院 胸心外科,江苏 南京 210006

[作者简介] 缪 劲(1966-),男,副主任医师。

胸顶吻合 11例, 颈吻合 8例, 5例为右胸、腹部、左颈部三切口入路, 带蒂 (均为保留左结肠动脉) 结肠代食管颈部吻合术, 结肠进胸的入路均为胸骨后。

2 结果

全组无手术死亡, 颈部吻合口瘘 3例, 经保守治疗愈合。39例获随访, 随访率 97.5%。术后存活 5年以上 10例, 已存活 3年 5例, 已存活 1年 13例; 其余 11例均在 1~3年内病死, 其中 10例死于肿瘤复发或转移, 3例死于其它疾病。术后 1年生存率 87.2% (34/39), 3年生存率 38.5% (15/39), 5年生存率 25.6% (10/39)。

3 讨论

3.1 残胃并存食管癌手术消化道重建方式

3.1.1 残胃并存食管下段癌手术消化道重建方式

食管下段癌切除, 清除相关区域的淋巴结, 将残胃、脾及胰尾移入胸腔内行食管-残胃吻合。近年来有部分学者^[2]游离脾、胃、胰时切断了脾膈、脾肾、脾结肠韧带及胃左动脉, 保留脾胃韧带, 即保留了胃短动脉和胃网膜左动脉, 将残胃连同脾和胰尾移入胸腔, 行食管-残胃吻合取得了满意的疗效。我们采用此方法对 9例食管下段癌的患者施行了切除肿瘤后的消化道重建, 均取得满意疗效。值得注意的是此方法适用于胃大部切除的 Billroth II 式吻合, 因吻合口周围较易游离松弛, 移动度较大易成功, 而 Billroth I 式吻合因吻合口较固定, 移动度有限, 整体上移困难而不宜采用, 且该方法适合于弓下吻合, 行弓上吻合因胃脾胰的关系操作不便且有张力而不宜采用。本组 9例前次手术均为 Billroth II 式吻合, 而此次手术残胃-食管吻合口均位于弓下。

残胃全部游离后行食管-残胃直接吻合。此术式是将胃左血管及胃短血管全部切断, 其血供由原来吻合口的侧支循环及部分残留网膜供血, 胃后动脉及分枝也能供血。我们认为选择首次胃大部切除术后 10年以上, 残胃较大, Billroth II 式吻合术后的病例较好。这样的吻合口侧支循环较丰富, 张力较小, 但术中仍需仔细观察判断残胃的血运情况, 一旦发现血运不佳, 应改为结肠代食管术。本组 3例采用此方法施行肿瘤切除后的消化道重建, 疗效满意, 且操作简单, 此方法行弓下吻合无张力, 弓上吻合可能有张力而不宜采用。

保留结肠中动脉的带蒂结肠间置代食管术。此方法为残胃食管癌手术中常用的消化道重建方式, 对于食管下段癌行弓下吻合的患者, 由于食管切除

较短, 一般用前两种术式可达到满意的效果, 但如果残胃较小, 或腹腔粘连严重, 或前次手术胃大部切除为 Billroth I 式吻合的患者, 因残胃上提困难而改用此术式。因行弓下吻合需要间置的结肠较短, 保留结肠中动脉手术操作简便, 间置的结肠长度足以满足吻合需要。本组 4例因残胃游离上提困难而采用此术式, 疗效满意。

3.1.2 残胃并存食管中上段癌手术消化道重建方式 胃大部切除术后中上段食管癌切除, 残胃不能上提至胸顶或颈部做消化道重建, 因此最常采用的是结肠间置代食管术。我们认为结肠代食管的优点是: 有足够的长度上提至胸顶和颈部, 肠系膜血管恒定, 耐酸能力强, 移植的结肠通过胸骨后上提至胸顶或颈部与食管吻合, 可以防止移植的肠管在胸腔内游动。术中要特别注意防止带蒂血管和结肠血管弓的损伤, 这样才能确保移植肠管的成活和吻合口的愈合。移植结肠及其供血血管的选择具有多样性, 我们大多采用以结肠左动脉为血供, 左半结肠为移植肠段, 其优点是长度足够, 血管恒定, 肠管与食管大小相仿, 手术操作比较简便。临床大多采用此种方法^[3]。

3.2 残胃并存食管癌手术入路的选择 关于手术入路的选择, 我们认为中上段的残胃并存食管癌应根据肿瘤的部位和外侵情况而定, 而非一律采取右侧颈胸腹三切口入路。如肿瘤位于食管中上段, 术前胸部 CT 等检查证实肿瘤与奇静脉和气管膜部关系不密切, 仍可以经左胸操作, 左胸第六肋间后外侧切口再加上腹部或颈部切口行结肠代食管消化道重建, 吻合口视食管切除长度可位于左胸顶也可位于左颈部, 这样手术操作相对简便。欧松柏^[3]认为该手术野暴露完全, 吻合时操作比进腹方便。本组 24例中有 19例是采用此种入路, 疗效满意, 操作简便。但如果术前胸部 CT 等检查明显提示中上段的食管肿瘤与奇静脉或气管膜部的关系密切, 则应经右胸采用右侧颈胸腹三切口操作, 优点是术野暴露较好, 肿瘤的切除率较高, 且可以避免术中因肿瘤与奇静脉或气管膜部关系密切而误伤奇静脉和气管膜部, 吻合口均位于左颈部。本组 24例中有 5例采用此术式, 肿瘤均切除。

[参 考 文 献]

- [1] 吴阶平, 裘法祖主编. 黄家驹外科学 [M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1 000-1 026.
- [2] 张亚军, 张霖. 胃次全切除术后食管癌及残胃贲门癌再手术 [J]. 中华胸心血管外科杂志, 1997, 13 (4): 234-235.
- [3] 欧松柏. 贲门癌左进胸食管残胃吻合术 40 例体会 [J]. 蚌埠医学院学报, 2001, 26 (6): 513.