完全腹腔镜下全胃切除食管空肠手工吻合经验分享

扫码观看视频

顾佳毅　徐佳　马欣俐　杨琳希　曹晖　邱江锋
上海交通大学医学院附属仁济医院胃肠外科　200127
通信作者：邱江锋，Email：jf0228@126.com，电话：021-68383731

食管空肠吻合是完全腹腔镜下全胃切除术（totally laparoscopic total gastrectomy，TLTG）的技术难点，也是阻碍TLTG在临床上广泛开展的主要技术瓶颈。上海交通大学医学院附属仁济医院胃肠外科团队在汲取大量传统手术经验的基础上，总结了一套有系统、可重复的食管空肠手工缝合技术，并在临床实践中获得了令人满意的近期效果。本文与同道分享一例由邱江锋教授主刀的完全腹腔镜下全胃切除食管空肠手工吻合的手术视频及相关操作经验，谨与同道分享。

患者为61岁男性，体质指数24 kg/m^2，胃镜检查提示胃体小弯侧黏膜粗糙、凹凸不平，内镜窄带成像术及放大内镜见腺管大小不等、排列紊乱，病理证实为腺癌Ⅰ级。术前影像分期胃癌c$T_{1\text{-}2}N_0M_0$。患者取分腿位，双腿各外展15°，与会阴形成三角位置，头高脚底倾斜20°。术者位于患者左侧，助手位于右侧，扶镜手位于双腿之间。腹腔镜套管放置按照“5孔法”分布，脐下缘首先置入12 mm Trocar作为观察孔，左、右侧锁骨中线近腹中部分别置入12 mm Trocar作为主操作孔，左、右锁骨中线平脐上2 cm置入5 mm Trocar。

1.根据胃癌根治术要求，以超声刀离断胃周血管并完成淋巴结廓清后，以腔内直线切割闭合器夹闭并离断十二指肠和食管，标本经脐下缘观察孔略延长后取出，及时送冰冻切片病理保证切缘阴性。

2.重建气腹，术者以无损伤钳牵拉食管断端，助手以“哈巴狗”血管钳于食管近侧紧贴膈肌裂孔处夹闭、固定食管，以剪刀离断食管断端。

3.经横结肠前方将距离屈式韧带15~30 cm处空肠提至食管下方，通过电灼3-0可吸收线缝针，于食管残端对应的空肠对系膜缘张力最小处作相应大小的切口。

4.食管空肠手工吻合步骤：以3-0可吸收线缝合食管及空肠后壁，进出针方向为自右向左、由上而下，即自食管黏膜进针、空肠黏膜出针，完成后壁的全层连续缝合；同法以3-0可吸收线缝合前壁，进出针方向为自左向右、由下而上，即自空肠浆膜进针、食管纤维膜出针，完成前壁全层连续缝合。

5.裸化距吻合口约5 cm处近端空肠，以直线切割闭合器离断近端空肠。于距离食管空肠吻合口40 cm处远端空肠及近端空肠分别做一开口，以直线切割闭合器将两者行侧侧吻合，采用3-0倒刺缝线缝合共同开口完成Roux-en-Y重建。

（收稿日期：2019-09-01）
（本文编辑：朱雯洁）