

# 圆形吻合主导的全腔镜近端胃切除双通道重建技术应用技巧

胡建<sup>1,4</sup> 赵立志<sup>2</sup> 薛洪源<sup>1,3</sup> 张自强<sup>1,3</sup> 杜建军<sup>1</sup>

<sup>1</sup>复旦大学附属华山医院普通外科,上海 200040;<sup>2</sup>汉中市中心医院消化外科,陕西汉中 723000;<sup>3</sup>复旦大学附属华山医院北院普通外科,上海

201907;<sup>4</sup>上海中医药大学附属曙光医院胃肠外科 201203

胡建和赵立志对本文有同等贡献

通信作者:杜建军,Email:dujjm@163.com



扫码阅读电子版



扫码“胃肠新视野”  
栏目观看视频

全腔镜近端胃切除术中如何实现安全、理想的消化道重建一直是胃外科的热点与难点,我们团队近年提出“自牵引固定荷包缝合技术”、“腔内Poke技术”和“U型平行荷包缝合技术”3种原创的腔镜下消化道重建技术。以此为基础,我们于2020年提出“圆形吻合主导的全腔镜近端胃切除双通道重建”新技术策略,将3项新技术创造性地用于全腔镜近端胃切除双通道重建手术中。结合手术视频,与各位专家同道分享。

## 一、手术技巧

完成淋巴结清扫、近端胃游离后,于上腹部左锁骨中线作一长约2.5 cm切口,用于钉砧头的置入、标本取出及管状吻合器的置入。

### (一)钉砧头的放置

1.胃内钉砧头放置:于胃拟行吻合处的近端作一切口,通过此切口持针器夹持系牵引线钉砧头进入胃腔,采用“腔内Poke技术”,将持针器头端戳出胃腔;在拉紧牵引线、中心杆直立时,术者将直线切割闭合器放置于靠近牵引线出胃壁处夹闭与击发,离断胃大弯侧近端胃体,经牵引线将钉砧头中心杆拉出胃腔,胃内钉砧头即放置完成,可使用线型切割闭合器切断剩余近端胃,完成近端胃切除。

2.食管内钉砧头放置:采用“自牵引固定荷包缝合技术”完成食管腔内钉砧头放置。自食管远端左侧开始,用电钩横断食管周径约90%,通过连接的剩余约10%周径食管组织,在胃的自牵引作用下防止食管回缩至纵隔内。选用2-0 Prolene缝线,腔镜下食管断端全层手工缝合荷包,完成荷包缝合后,将钉砧头置入近端食管腔,收紧荷包并打结,用电钩离断10%剩余食管组织,完成钉砧头在食管腔内放置。

3.空肠内钉砧头放置:距离胃-空肠吻合口约20 cm空肠处为空肠-空肠吻合位置,可采用“U型平行荷包缝合技术”完成空肠荷包缝合后,将钉砧头置入肠腔,收紧荷包并打结,完成小肠钉砧头的放置。也可采用“腔内Poke技术”完成空肠钉砧头放置,即在胃空肠吻合之前,术者用持针器夹持钉砧

头中心杆将其移至远端空肠肠腔约45 cm处,中心杆由腔内向腔外戳出,充分牵拉中心杆至肠腔外,完成空肠钉砧头放置。

### (二)3个吻合的建立

1.胃-空肠吻合:距屈氏韧带25 cm处离断空肠,将25 mm的管状吻合器放入远端空肠距断端20 cm处,中心杆戳出空肠壁与远端残胃预置的钉砧头对合,击发完成胃-空肠吻合。

2.食管-空肠吻合:在完成胃-空肠吻合后,另一25 mm管状吻合器经腹部切口置入腹腔并放置进入远端空肠距断端5 cm处,中心杆戳出空肠,与食管内钉砧头对合,击发完成食管-空肠吻合,使用线型切割闭合器关闭远端空肠断端。

3.空肠-空肠吻合:另一管状吻合器放置进入近端空肠距离断端5 cm处,中心杆戳出空肠壁,与空肠内钉砧头对合,击发完成空肠-空肠吻合,并用线型切割闭合器关闭近端空肠断端。至此,完成双通道消化道重建。

## 二、注意事项

(1)在离断食管前进行胃腔内钉砧头的放置,可防止胃的移位,简化手术操作。(2)使用电钩横断食管时,从左向右操作,同一平面离断保持横断面整齐,保留右下方约10%周径的食管组织,避免造成食管全部离断,失去自牵引功能;同时,也应避免保留过多食管组织导致的操作困难。(3)如采用“腔内Poke技术”完成空肠内钉砧头放置,因钉砧头通过小肠的距离较长,主刀操作与助手配合难度增大,通常要求术者团队应该具有比较丰富的“腔内Poke技术”手术经验。(4)“钉砧头优先”原则,先依次完成胃、食管和空肠钉砧头的放置,再先后进行胃-空肠、食管-空肠、空肠-空肠3个吻合口的吻合重建。(5)如采用本团队实用新型专利“一种腹腔镜手术用腔内Poke钳”(专利号:ZL201921409701.5),通过“腔内Poke技术”完成空肠内钉砧头放置,将会降低术者与助手的配合难度,简化操作过程。

(收稿日期:2020-08-15)

(本文编辑:朱雯洁)