

两定点缝合胃悬吊下减孔全腹腔镜胃癌D₂根治术

代佑果 苏有樟 王嘉鑫 吕煜 胡义波 韩潇

云南省肿瘤医院胃与小肠外科,昆明 650118

通信作者:代佑果,Email:daiyouguo@126.com



扫码阅读电子版



扫码“胃肠新视野”
栏目观看视频

经脐单切口腹腔镜手术(single-incision laparoscopic surgery, SILS)是胃癌微创手术的新目标。由于SILS操作器械与镜头之间缺乏三角定位,操作范围极为有限,不能期望助手过多的辅助操作,因此缺少更好的术野暴露方法。胃缝合悬吊作为清晰暴露术野的一种新方法,目前尚未见相关报道。本文分享一例两定点缝合胃悬吊下减孔全腹腔镜胃癌D₂根治手术视频。

患者 男性,52岁,体质指数22.7 kg/m²。胃镜提示:胃窦见4 cm溃疡型病灶,周边隆起,与正常组织分界不清,质地硬脆,坏死组织多,活动性渗血。腹部增强CT提示:胃窦壁不均匀增厚,最厚约1.4 cm,增强呈中等度强化,浆膜欠光整,周围脂肪间隙稍模糊,胃周淋巴结显示。术前分期为cT₃N₀₋₁M₀,经过多学科讨论后进行手术治疗。本手术采用两定点胃悬吊减孔法,步骤及技术要点如下。

1. 胃悬吊:完成大网膜游离、脾门区淋巴结清扫、结肠间间隙游离及幽门下区淋巴结清扫后,做胃悬吊。胃大弯做三等分,中、下两个等分点为缝合悬吊点,2根3-0带针可吸收线分别缝合两个悬吊点,剪去针,线两头均从腹壁穿刺点引出,中悬吊点牵引线从剑突左侧腹壁穿刺点引出,下悬吊点牵引线从剑突右侧腹壁穿刺点引出,收紧悬吊线,完成胃悬吊,显露出幽门上区及胰脏上缘区。

2. 肝悬吊:清扫胰脏上缘区淋巴结和幽门上区淋巴结后,分别解除两定点胃悬吊线,并将线从胃壁缝合点抽出,钳夹腹壁外线头,另一头从主操作孔引出,将两根线在体外打结,然后同时抽拉剑突两侧外露线头,将线拉回腹腔,稍加游离肝侧小网膜囊,然后用Hem-o-lok钳夹进行肝左外叶悬吊。

3. 游离小网膜及大弯上部大网膜:解除胃悬吊,转向小弯侧,游离小网膜囊肝侧,继续游离胃小网膜上部前缘,清扫No.1和No.3a淋巴结,再游离胃大网膜上部分。

4. 标本的切除及消化道重建:用45 mm直线切割吻合器(白钉)切断十二指肠,确认病灶位置后用60 mm直线切割闭合器(蓝钉)切断胃近端。主刀换位至患者右侧,用60 mm直线切割闭合器(蓝钉)行顺蠕动残胃-空肠吻合(毕Ⅱ式),共同开口再用一个60 mm直线切割闭合器(蓝钉)关闭。所有残端边角用hem-o-lok夹钳夹加固。标本装入标本袋,解除二氧化碳气腹,脐部观察孔延长成3 cm切口,依次切开腹壁各层入腹腔,置入60 mm切口保护器,取出标本剖视。重建人工气腹,冲洗腹腔,创面喷医用胶止血,从右侧辅助操作孔置入肝下引流管。术后1 d拔胃管,3 d拔除引流管,术后6 d出院。

(收稿日期:2021-09-17)

(本文编辑:朱雯洁)