

· 胃肠新视野 ·

腔内食管荷包缝合新技术——括号式缝合法

胡建¹ 杜建军² 赵立志³ 薛洪源²

¹上海中医药大学附属曙光医院胃肠外科,上海 201203; ²复旦大学附属华山医院普通外科,上海 200040; ³陕西汉中市中心医院消化外科,汉中 723000

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

如何安全、理想地实现全腹腔镜全胃切除术后食管空肠吻合,一直都是腹腔镜胃外科的难点和焦点问题。传统开放全胃切除手术中,应用单圆形吻合器完成食管空肠端侧吻合,是目前的金标准。为实现全腹腔镜全胃切除术后食管空肠的单圆形吻合器吻合,腔镜下食管荷包缝合是其中关键技术,要求高、难度大。本团队于2013年提出原创性“自牵引、固定(Self Pulling and Holding)”食管荷包缝合技术。在此基础上,我们于2021年提出食管荷包缝合新技术——括号式缝合法(bracket-like suture method, BLSM),即在环形标记导向下,做食管左右两侧共6针浆肌层缝合,左右两个半荷包缝合完成后,食管冠状截面呈“括号式”或“括弧样”荷包缝合。

本技术打破传统的食管前后壁荷包缝合思路,巧妙地将圆形食管人为地拆分为左右两侧,即两个半圈,通过适度旋转食管,使得每个缝合部位充分显露,可简单顺手完成6针、左右两侧食管壁的浆肌层荷包缝合。同时,结合团队原创技术“自牵引、固定”食管荷包缝合技术,使得镜下食管钉砧头的放置安全、快捷。现结合手术视频,与同道分享其应用技巧和注意事项。

一、技术要点

完成淋巴结清扫、全胃游离后,于上腹部左锁骨中线处作一长约2.5 cm切口,用于钉砧头的置入、标本取出及圆形吻合器的置入。

1. 导向标记与缝合:在拟离断食管处用亚甲蓝食管标记一圈,宽度3~5 mm。食管以正中为界,人为地将食管分为右侧和左侧,即左、右两个半圈。(1)食管右侧荷包缝合:食管与胃处于自然位置,沿蓝色标记上缘,先在食管右上缘缝合第

1针;然后,在助手配合下,食管顺时针旋转一定角度充分显露食管右侧壁,于此缝合第2针;顺时针旋转食管充分显露食管右下缘时,于此缝合第3针,即完成右侧食管半荷包缝合。(2)食管左侧荷包缝合:胃与食管复位自然位置,将缝针移至食管左侧。助手与术者配合,逆时针旋转食管充分显露食管左下缘,于此顺手缝合第4针,食管复位自然位置,于食管左侧壁缝合第5针,左上缘顺手进行第6针缝合,完成左侧食管半荷包缝合。完成整个食管荷包缝合。

2. 食管离断与钉砧头置入:于蓝色标记下缘,自左向右切断食管90%周径,剩余10%食管组织牵拉腹腔段食管避免食管回缩入纵隔,同时用钛夹夹闭胃侧食管断端,防止胃内容物外溢。在食管自牵引、固定作用下,术者与助手配合牵拉开食管断端,术者将钉砧头置入缝好荷包的食管内,完成打结并离断剩余食管组织,钛夹夹闭剩余食管断端。

二、注意事项

在应用该技术时,需注意以下几点:(1)在做缝合标记时,避免线条过粗或过细,以3~5 mm等宽为宜,推荐使用医用亚甲蓝;(2)要完成一个合适的荷包缝合,需根据食管粗细,6针浆肌层缝合应均匀分布;(3)缝线长度建议15~20 cm为宜,推荐使用2-0普利林血管缝线,特别是比较柔软容易打结的产品;(4)沿蓝色标记下缘离断食管时,助手可将两个荷包缝线头、尾线端提起,避免离断食管过程中将荷包切断;(5)离断食管时,钛夹夹闭胃侧食管断端前要注意观察食管断端及腔内黏膜,避免切缘有肿瘤残留。

(收稿日期:2022-01-29)

(本文编辑:王静)