

· 胃肠新视野 ·

全腹腔镜下近端胃切除间置空肠残胃-空肠
双通道吻合一例

张永康 李小成 丁科 廖晓锋

湖北文理学院附属医院 襄阳市中心医院普通外科 3 科, 襄阳 441021

通信作者: 廖晓锋, Email: 3128572@qq.com



扫码阅读电子版

扫码“胃肠新视野”
栏目观看视频

对于肿瘤直径 <4 cm 的早期食管胃结合部癌病例,在保证切缘的情况下,消化道重建可考虑行残胃空肠双通道吻合。因双通道手术吻合口多,操作复杂,在完全腹腔镜下完成比较困难,早年我们团队已开展腹腔镜辅助近端胃切除间置空肠残胃-空肠双通道吻合,近年来,更是将“减钉式”食管空肠吻合引入到全腹腔镜近端胃切除中,形成全腹腔镜下近端胃切除间置空肠残胃-空肠双通道吻合。本文介绍一例病例,谨与同道分享。

一、手术操作简介

腹腔镜探查后 1-0 慕丝线悬吊肝脏,行 D_1 近端胃淋巴结清扫,离断胃体保留远端胃容积约 50%。

高位游离食管下段长 7~9 cm,丝带结扎食管下端以便牵引食管,下端右侧切开食管,胃管经切口导入腹腔,以备指引食管空肠吻合。

距 Treitz 韧带远端 15~25 cm 处空肠纵向离断 4~5 cm 小肠系膜,经横结肠前方上提至食管下端,60 mm Endo-GIA 完成食管空肠侧侧吻合。60 mm Endo-GIA 离断切除标本及关闭食管-空肠吻合口共同开口。

距食管空肠吻合口 8~15 cm 处行远端残胃空肠 60 mm Endo-GIA 侧侧吻合,吻合口长度 40~60 mm,腹腔镜下缝合关闭胃肠吻合口。

距胃肠吻合口 30~40 cm 处,用 40 mm Endo-GIA 行远近端空肠侧侧吻合。远端胃同肝胃韧带缝合固定胃

体,防止术后胃扭转及下垂,腹腔镜下缝合关闭 Peterson 裂孔。

扩大脐部穿刺口至 3.0~3.5 cm,取出标本,经手术切口缝合小肠-小肠开口。

二、手术体会

1. 食管空肠吻合、残胃空肠吻合、小肠小肠吻合均可以在完全腹腔镜下顺利实现侧侧吻合,操作并不困难,特别对肥胖患者,腹腔镜手术更具优势。

2. 术前要充分判断肿瘤位置及精确评估肿瘤分期,全腹腔镜下手术及双通道手术在手术前肿瘤评估一定要精准。与远端胃切除不同的是,近端胃切除在术前就可以确定肿瘤位置,一般不需要术中胃镜定位。

3. 全腹腔镜残胃空肠吻合时,取残胃后壁同空肠吻合较残胃前壁同空肠吻合,更顺手,更利于手术操作,但具体吻合位置是否对术后残胃功能的影响有所不同,目前并无经验。手术流程和吻合口的设计,各中心均有不同,如何进一步优化手术流程,目前来看,仍有进一步研究的空间。

4. 通过脐部 3 cm 的小切口可以完成直视下小肠-小肠及胃肠 Endo-GIA 吻合共同开口的缝合关闭,可以节省手术耗材,减少腹腔镜缝合及手术时间,但存在消化液腹腔污染及手术切口污染的机会。

(收稿日期:2021-10-22)

(本文编辑:朱雯洁)