

完全腹腔镜全胃切除食管空肠 π 吻合

翟升永

山东省潍坊市人民医院胃肠外科, 潍坊 261000



扫码阅读电子版



扫码“胃肠新视野”
栏目观看视频

全腹腔镜全胃切除术 (totally laparoscopic total gastrectomy, TLTG)是指在腹腔镜下完成淋巴结清扫、标本切除和消化道重建,优势在于对比腹腔镜辅助手术,其手术创伤更小、术中出血量更少、术后恢复更快,技术难点在于食管空肠的吻合。目前已有多种全腹腔镜下消化道重建技术,本文与同道分享完全腹腔镜下全胃切除食管空肠 π 吻合的手术视频及相关操作经验。

一、病例介绍

患者为57岁男性,体质指数23.7 kg/m²,胃镜检查提示:胃体小弯侧可见巨大溃疡性病变,累及胃角、胃窦,病理证实为腺癌,术前影像分期为cT3N1M0。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°。术者采取左右换位前入路,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。

二、操作步骤

1. 腹腔探查:肝脏、腹腔、盆腔未见明显转移结节,肿瘤位于胃体小弯侧,大小约3 cm×2 cm。

2. 悬吊肝脏:于肝脏下缘处打开小网膜囊,沿肝下向贲门右离断肝胃韧带,沿胃小弯贴近胃,向贲门右解离小网膜,清扫No.3、No.1淋巴结。

3. 脾下极侧清扫:于胃结肠韧带中段打开胃结肠韧带,进入网膜囊,胰尾根部显露并切断胃网膜左血管,清扫No.4sb淋巴结,离断近脾下极胃短血管,初步清扫No.4sa淋巴结。

4. 幽门下区清扫:以胰腺下缘为解剖标志,超声刀打开并拓展胃结肠间隙,依次清扫No.6v、No.6a和No.6i淋巴结,裸化并断扎胃网膜右血管及幽门下血管。

5. 幽门上区清扫:切开肝十二指肠韧带后叶,塞入纱布条作为引导;显露肝十二指肠韧带,断扎1~2支幽门上血管,离断十二指肠。沿肝固有动脉裸化,寻到胃右动脉根部,清扫No.5淋巴结,显露门静脉,完成No.12a淋巴结的清扫。

6. 胰腺上区清扫:裸化并结扎胃冠状静脉和胃左动脉,清扫No.11p、No.7、No.9及No.8a淋巴结。

7. 脾上极侧清扫:离断胃后血管、近脾上级的胃短血管,达贲门左侧,完成No.11d、No.4sa和No.2淋巴结的清扫。

8. 消化道重建食管空肠 π 吻合:于食管胃结合部上缘结扎食管,助手牵引结扎线状态下完成食管下端的游离,食管结扎线头侧切开食管右后壁备做吻合的共同切口。取距离屈氏韧带20~25 cm空肠,系膜开孔(若系膜较短需要离断部分系膜血管),对系膜缘切开肠壁备做吻合的共同切口。用60 mm腹腔镜直线切割吻合器经左上腹12 mm Trocar于结肠前行食管右后壁-空肠侧侧吻合,检查确认吻合线无活动性出血后经右侧腹部12 mm Trocar用60 mm腹腔镜直线切割吻合器关闭共同开口的同时离断食管和空肠。距离食管空肠吻合口下方约40 cm行空肠-空肠侧侧腔内吻合,最后加固食管空肠侧侧吻合口及共同开口。

本视频于2022年爱惜龙新声秀手术短视频挑战一腹腔镜下食管空肠吻合专题中获第1名。

(收稿日期:2022-12-14)

(本文编辑:万晓梅)