

[J]. Langenbecks Arch Surg, 2012, 397(5): 787-792. DOI: 10.1007/s00423-011-0900-x.
[63] Jin H, Zheng L, Lu L, et al. Near-infrared intraoperative

imaging of pelvic autonomic nerves: a pilot study[J]. Surg Endosc, 2022, 36(4): 2349-2356. DOI: 10.1007/s00464-021-08512-z.

· 胃肠新视野 ·

经胃单孔腹腔镜贲门肿物切除+贲门重建术

王华摄 林义佳 练磊 彭俊生

中山大学附属第六医院普通外科(胃肠外科) 广东省结直肠盆底疾病研究

重点实验室 广州市黄埔区中六生物医学创新研究院, 广州 510655

通信作者: 彭俊生, Email: pengjsh@mail.sysu.edu.cn

基金项目: 国家临床重点专科; 广东省消化系统疾病临床医学研究中心项目(2020B1111170004)

随着腹腔镜技术和内镜外科技术的不断发展, 单纯腹腔镜或单纯内镜下治疗胃肠间质瘤在临床上已广泛开展, 融合了两者优势的双镜联合技术日益受关注, 多 Trocar 经过胃壁的经胃腹腔镜手术也已有开展。对于胃特殊部位、尤其是食管胃结合部区域的黏膜下肿瘤, 若病灶面积较大、病灶层次较深, 内镜操作难度较大, 腹腔镜手术可能导致正常组织切除过多、影响相关功能, 而经胃腹腔镜手术也还是有经 Trocar 孔发生肿瘤腹腔种植的风险。为此, 笔者将单孔技术与经胃腹腔镜技术相结合、经过单孔装置进行胃腔内腹腔镜手术探索。该技术适用于内镜下无法切除、或切除困难的胃腔内特殊部位如贲门或幽门的病变, 或标本体积过大、内镜取出困难, 但不适用于胃浆膜下的病变, 而操作空间狭小和“筷子效应”明显是开展该技术必须面对的难题, 本文与同道分享经胃单孔腹腔镜贲门黏膜下肿物切除+贲门重建术的手术视频及相关操作经验。

一、病例资料与手术过程

51 岁女性患者, 诊断为贲门黏膜下肿物, 肿物大小 3.5 cm×2.0 cm×2.5 cm。手术方法: (1) 患者平卧分腿位, 扶镜手站两腿间, 主刀位于右手侧。(2) 取脐上 4 cm 切口进入腹腔, 探查腹腔后经腹部切口切开胃体前壁, 将胃壁切口与皮肤切口缝合固定。(3) 胃腔内置入单孔装置、重新建立气腹, 探查胃腔。(4) 距肿瘤边缘约 0.5 cm 切开胃黏膜及黏膜下层显露肿瘤边缘, 保护肿瘤包膜完整性分离肿瘤与胃壁的粘连后经单孔装置通道移除标本。(5) 用 3-0 倒刺线对贲门缺损创面进行垂直胃长轴的不间断与连续相结合的缝合。(6) 缝合完成后冲洗并

检查创面, 确认贲门无狭窄后顺利留置胃管。先退出单孔装置、直视下关闭胃壁切口, 然后重建气腹探查腹腔、缝合腹部切口、结束手术。

术后按加速康复外科路径于第 1 天拔除胃管并逐步进食, 术后第 5 天康复出院, 术后病理为平滑肌瘤。患者术后 1 个月复诊无明显反流症状, 胃镜及上消化道造影未见贲门狭窄、无明显食管反流。

二、技术要点

(1) 切口选择: 脐上腹正中切口可以避免对胃的过度牵拉, 同时也可以缩短操作孔至贲门的距离, 从而减轻“筷子”效应。(2) 单孔装置安装: 胃壁切口与腹部切口皮肤缝合固定将胃腔与腹腔隔绝, 可以方便单孔装置的放置和固定, 也可以预防胃腔内物对腹腔和切口的污染, 特别是预防肿瘤腹腔播散。(3) 胃内压: 为了减少气体溢入消化道, 气腹压力建议为 10~12 mmHg(稍低于幽门及贲门括约肌的张力), 也可在幽门或贲门放置湿纱块。(4) 手术站位: 主刀站于患者右侧更有利于手术操作, 因为从人体工程力学原理来看, 胸前双手的左右旋转运动比前后旋转运动更灵活。(5) 贲门重建: 垂直胃长轴进行间断和连续相结合的缝合重建, 这是防止贲门狭窄的关键, 应用倒刺线操作可以显著降低缝合的难度。该手术最大的困难为操作空间狭小及器械相互干扰, 需要辅助钳与胃壁进行对抗提拉、通过原地转动钳子的弧度方向达到变换钳夹点, 缝合操作镜头靠近困难时, 将针线后拉以减轻筷子效应及获取更大的操作空间; 另外, 辅助钳解放困难时需要单手进行缝合操作。

DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20231122-00190

收稿日期 2023-11-22 本文编辑 万晓梅

引用本文: 王华摄, 林义佳, 练磊, 等. 经胃单孔腹腔镜贲门肿物切除+贲门重建术[J]. 中华胃肠外科杂志, 2023, 26(12): 1103. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20231122-00190.



扫码观看视频