论著

文章编号:1000-5404(2007)20-1996-03

食管残胃间空肠间置术在近端胃癌根治术中的临床应用

赵 群,李 勇,张志栋,范立侨,宋振川,王力利 (河北医科大学第四医院外三科,石家庄 050011)

提 要:目的 探讨根治性近侧胃大部切除后理想的消化道重建方法,减少反流性食管炎等并发症的发生。**方法** 2004年1月至2006年7月,对71例胃底贲门癌患者行根治性近侧胃大部切除、食管残胃间空肠间置术(在行常规根治性近侧胃大部切除术的基础上,分别行食管空肠端侧吻合、残胃空肠侧侧吻合以及空肠空肠侧侧吻合)。随访9~39个月,根据胃食管反流症状评分标准、胃排空试验(上消化道钡餐造影、ECT)以及食管下段pH电脑测定等方法评价患者食管反流情况。**结果** 重建过程中3个吻合口均应用吻合器,能明显加快手术进程,一般都在3.5 h左右(其中消化道重建约为1 h),术后平均9 d康复出院,均未发生吻合口瘘、狭窄梗阻等并发症。随访除6例出现轻度 反流症状外,其余患者均无明显返酸、烧心、胸骨后疼痛等反流性食管炎的表现。胃排空试验(上消化道钡餐造影、ECT)均未见钡剂或食物反流入食管显示,食管下段pH值为(6.9±0.1)。患者多数能维持或超过术前体质量,生活质量尚满意。**结论** 食管残胃间空肠间置术对预防根治性近侧胃大部切除术后反流性食管炎的发生效果显著,较好地解决了食管反流、胃容量缩小、生理途径改变等问题,提高了生活质量。是近端胃癌根治术后理想的消化道重建术式。

关键词:近端胃癌根治术;空肠间置术;反流性食管炎

中图法分类号:R656.61;R730.56;R735.2 **文献标识码**:A

Clinical application of modified double tracks anastomosis in proximal gastrectomy

ZHAO Qun, LI Yong, ZHANG Zhi-dong, FAN Li-qiao, SONG Zhen-chuan, WANG Li-li (Department of General Surgery, The Fourth Hospital of Hebei Medical University, Shijiazhuang 050011, China)

Abstract: Objective To explore the ideal method of digestive tract reconstruction after proximal gastrectomy that decreases the incidence of reflux esophagitis. Methods The modified double tracks anastomosis was used in 71 patients who had undergone proximal gastrectomy for carcinoma of gastric cardia between January 2004 to July 2006. All cases were followed up for 9 to 39 months. The incidence of reflux esophagitis was evaluated by grading standard for reflux esophagitis, gastric emptying test, and 24-hour pH monitoring at inferior segment of esophagus. Results Application of Staplers can speed up operation process obviously. All patients were discharged with average postoperative hospital stay of 9 days. There were no complications such as fistula, stenosis and obstruction around stoma. In follow-up visit, only 6 cases showed slight symptom of contraflow and no patients showed severe symptom of reflux esophagitis such as sour regurgitation, heartburn and retrosternal pain. Contraflow was not seen in gastric emptying test. The value of 24-hour pH monitoring at inferior segment of esophagus was (6.9±0.1). The life quality of all patients was satisfactory. Conclusion The modified double tracks anastomosis is an ideal procedure in digestive tract reconstruction to prevent the incidence of reflux esophagitis after proximal gastrectomy.

Key words: proximal gastrectomy; modified double tracks anastomosis; reflux esophagitis

胃癌是最常见的消化道恶性肿瘤,近年来胃癌发病率较稳定,但是胃癌总病例中肿瘤发生部位的构成情况正发生着重大变化。近年的报道显示贲门胃底部的恶性肿瘤在胃癌中的组成比明显增加[1]。张林等[2]报道在1 014例中贲门胃底部癌占40.2%(408/

作者简介:赵 群(1969-),男,河北省石家庄市人,博士,主任医师,教授,主要从事消化道肿瘤基础与临床方面的研究,发表论文30余篇。电话:(0311)86072333, E-mail:zhaoqun516@yahoo.com.cn

通讯作者:李 勇,电话:(0311)86966660

收稿日期:2007-03-30;修回日期:2007-06-18

1 014),胃体部癌 17.0%(172/1 014),胃窦部癌 42.8%(434/1 014),贲门胃底部癌的比例与以往文献报道结果比较有显著增加。胃底贲门癌患者根治性近侧胃大部切除术后的消化道重建术式较多,但术后能同时解决食管反流、胃容量减小、生理途径改变等并发症的方法较少。随着对胃底贲门癌肿瘤生长方式以及浸润转移方式等认识的不断加深,患者术后 5 年生存率也在不断提高,而选择合理的消化道重建方式,减少或避免术后并发症的发生,提高患者术后的生活质量就显得愈发重要。我科自 2004 年 1 月开始,在不影响根治度的前提下,在根治性近侧胃大部切除术后尝试使用食管残胃间空肠间置术进行消化道重建,取得了相当满意的效果,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　病历资料

2004 年 1 月至 2006 年 7 月,对 71 例胃底贲门癌患者行根治性近侧胃大部切除、食管残胃间空肠间置术。其中男性 42 例,女性 29 例,年龄 41 ~ 65 岁。全部患者术前均经纤维胃镜、X 线消化道钡餐造影、病理学检查确诊。

1.2　纳入标准

病变位于近端胃 1/3 的早期及进展期胃癌,术中探察第 4、5、6 组淋巴结无转移,无远处转移和局部脏器如脾、胰腺浸润,能够行根治性手术并保证残胃断端距肿瘤 5 cm 以上者。

1.3　手术方法

取上腹部正中切口,行常规根治性近侧胃大部切除术,切除范围包括:近端 80% 胃体组织,食管下段(切除至癌肿上缘上方 3 ~ 4 cm 处),大小网膜,横结肠系膜前叶,胰腺被膜以及肝十二指肠韧带前叶,术中根据癌肿及淋巴结转移情况作淋巴结清扫,根治程度达到 D2 甚至 D3。

重建术式的主要吻合方法(图 1):

①食管空肠端侧吻合:离断食管后,松开荷包钳,食管残端置入中心管并用荷包线结扎。距屈氏韧带 30 cm 处离断空肠、肠系膜及血管,将远端空肠距食管空肠吻合口 15 ~ 20 cm 及其远端 5 ~ 10 cm 对系膜缘各置入 1 个中心管。远端空肠经结肠前或结肠后与食管断端用吻合器作端侧吻合,残端闭合器关闭空肠残端并作浆肌层包埋;

②残胃空肠侧侧吻合:残胃端小弯侧缝合,残胃前壁开口,用吻合器作大弯侧后壁与远端空肠距食管空肠吻合口 15 ~ 20 cm 处中心管侧侧吻合。

③空肠空肠侧侧吻合:近端空肠与距胃肠吻合口下方 5 ~ 10 cm 处远端空肠行侧侧吻合,残端闭合器关闭空肠残端并作浆肌层包埋。

④于胃肠吻合口下方 3 cm 处取 7 号丝线穿过肠系膜结扎肠管,关闭该肠管通道;吻合器所作吻合口周缘均予间断、全层缝合加固,缝合关闭肠系膜间隙以防内疝形成。

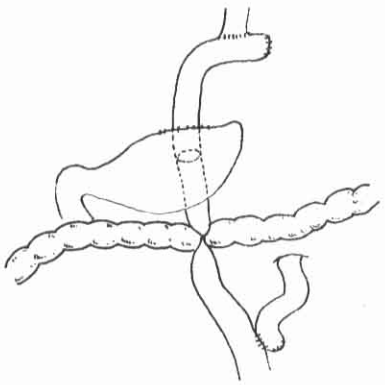


图 1　手术示意图

2　结果

重建过程中 3 个吻合口均用吻合器,能明显加快手术进程,一般都在 3.5 h 左右(其中消化道重建约为 1 h),同时,由于在重建消化道的过程中使用了国产吻合器和缝合器,大大减轻了患者的经济负担,术后平均 9 d 康复出院,均未发生吻合口瘘、狭窄梗阻等并发症。随访 9 ~ 39 个月,根据戴继红等[3]制定的胃食管反流症状评分标准进行评价,除 6 例出现轻度反流症状外,其余患者均无明显返酸、烧心、胸骨后疼痛等反流性食管炎的表现。胃排空试验(上消化道钡餐造影、ECT)均未见钡剂或食物餐反流入食管,食管下段 pH 值为(6.9 ± 0.1)。患者食欲良好,每日进餐由 7 ~ 8 餐降至 3 ~ 4 餐,饮食基本恢复,患者多数能维持或超过术前体质量,生活质量尚满意。

3　讨论

根治性近侧胃大部切除术是治疗胃底贲门癌的主要手术方法,多数学者习惯将残胃与食管直接吻合,这样操作简单,手术时间短,但不可避免地造成反流性食管炎[4],其发生率各方报道不一,李长政等[5]报道高达 65.6%(21/32)。发病时间多在食管胃吻合术后半年以上,有的在术后 10 年才发生。临床症状主要有反酸,胸骨后疼痛,烧灼感,还有呕吐或呕血,上腹胀,食欲减少或畏食、体质量下降,食管 X 线钡餐透视,可见胃内钡剂向吻合口反流入食管腔内,纤维食管镜下可见食管反流现象,吻合口以上食管黏膜水肿、充血,糜烂甚至溃烂形成,术后须长期半卧位睡眠及服用抗反流药物,不仅增加了患者的经济负担,而且仍有相当一部分患者有反流症状,影响其生活质量。

一般认为发生反流性食管炎的病因是多方面的,一般认为主要是由于贲门部切除后失去了贲门生理上的括约作用,抗反流结构被破坏,残胃变成管道,失去胃的储存功能,从而导致反流性食管炎的发生[6]。

为预防反流性食管炎的发生，人们设计了许多手术方法，如食管胃端套叠式吻合、胃腔内食管胃吻合术以及利用带蒂空肠进行食管残胃空肠间置吻合术[7]等。这些手术方法各有利弊，但均增加了手术复杂性，且临床上仍有不同程度的反流现象出现。当近端胃大部切除残胃食管吻合出现反流后，有术者采用了带回盲瓣的结肠带代胃术，效果亦很好，但不足之处是创伤大，肠道清洁要求高，手术相对复杂；而采用全胃切除之后常用的吻合术，常使一部分患者出现滞留综合征[8]，且容量稍嫌不足。郝希山等[9]提出的功能性间置空肠代胃术效果良好，但在实际运用中，由于贲门癌的特殊性，下段食管常需切除较多以求上残阴性，但若不离断空肠，则上提至该部位有一定困难。在临床中，60% ~70% 的贲门癌患者肿瘤局限于贲门区，术中只要对胃网膜右血管进行骨骼化处理来保留该血管以保证残胃血供，这样既达到了淋巴结的彻底清除，又保留了幽门管，在间置空肠时，能减少胆汁反流，而间置的空肠顺蠕动又促使残胃排空，达到了手术设计的要求。

本研究表明食管残胃间空肠间置术结合了 Roux-en-Y 食管空肠吻合与间置空肠代胃术两种重建术的长处，具有以下优点：①不受残胃大小的限制，不必顾及残胃体积，即使所剩残胃很小甚或全胃切除仍可应用；②基本保持了正常的胃肠生理通路，食物流经十二指肠，可刺激胃肠道的激素（如胆囊收缩素、胃泌素和胰岛素）分泌增加。同时，可更好地使食糜与胆汁、胰液混合，更有助于消化道激素分泌的生理调节[10]；③能较好预防反流，减少反流性食管炎的发生。通常采用的食管残胃吻合，由于贲门的缺如，机械性抗反流结构被破坏，残胃变成管道，失去胃的储存功能，导致反流性食管炎的发生，张霖[11]报道术后反流性食管炎的发生率可高达 66% ~79%。患者常因反酸而不能正常进食和平卧，营养状态差，影响术后的生存质量。本研究术式在术后胃食管反流症状、胃排空试验以及食管 pH 值等方面均显示可明显减轻胃食管反流，对降低贲门癌切除术后反流性食管炎发生率具有突出作用；④目前普遍采用的间置空肠是带蒂的游离空肠段，有作者还加做人工贲门再造，制作时需十分注意保护间置空肠的血运。本术式只需切断空肠及相应系膜，制作简单，术中食管残胃间增加了空肠段作连接，使吻合口几乎达到无张力状态，间置空肠段血运好。而且间置空肠内的肠液的分泌基本上不会受到影响，可以中和胃酸，减轻胃酸对食管的损害；⑤单纯行残胃食管吻合术的患者体质量多数较术前有明显下降，且有相当一部分患者因经济原因不能连续有规律地服用抗反流药物，致使生活质量下降。本术式在重建过程中三个吻合口均用吻合器，能明显加快手术进程，一般都在 3.5 h 左右。同时，由于在重建消化道的过程中使用了国产吻合器和缝合器，大大减轻了患者的经济负担，经随访患者多数能维持或超过术前体质量，生活质量尚满意。而残胃空肠吻合口下方采用丝线穿过肠系膜结扎肠管，既能关闭该肠管通道。又不会影响上方空肠段的血循环。

本术式的抗反流机制主要为：①机械性缓冲作用。顺蠕动的间置空肠可有效缓冲和阻止胃液向食管反流。②碱性缓冲作用。间置空肠内的碱性环境可中和反流胃液中的酸，即使有少量胃液反流入食管，因反流液中酸度降低而不致引起反流性食管炎发生。③本研究表明，间置的空肠可减少胃储留对胃窦的刺激，使胃酸分泌减少。

总之，食管残胃间空肠间置吻合术，符合理想消化道重建标准，能明显改善胃近端大部切除术后患者的生活质量，是预防胃底贲门癌切除术后反流性食管炎较为理想的术式，值得推广应用。其远期效果仍需作进一步的观察研究。

参考文献：

[1] Morales T G. Adenocarcinoma of the gastric cardia[J]. Dig Dis, 1997, 15(6): 346 - 356.

[2] 张 林，王孟薇，吴本俨，等. 贲门胃底部癌与胃体、胃窦部癌临床及病理学特点的比较分析[J]. 中国综合临床，2006，22(4)：364 - 367.

[3] 戴继红，王其彰. 胃食管反流病[M]. 天津：天津科学技术出版社，1994：149.

[4] 张宏伟，李保庆，王其彰. 贲门癌术后近期 24 小时食管 PH 监测[J]. 中华外科杂志，1997，35(10)：620 - 622.

[5] 李长政，程留芳，李明阳，等. 近端与远端胃切除术后远期并发症的比较[J]. 中国医刊，2005，40(3)：37 - 39.

[6] 余佩武，罗华星，腹腔镜下胃癌 D2 根治术[J]. 消化外科，2006，5(4)：227 - 230.

[7] 叶芃，倪一鸣，陈国兴，等. 贲门癌近端胃切除空肠间置术预防反流性食管炎[J]. 中华胸心血管外科杂志，2005，21(2)：113 - 114.

[8] 朱慰棋. 消化道重建术式的合理选择与胃切除术后综合征的防治[J]. 中国实用外科杂志，1997，17(12)：755.

[9] 郝希山，李 强. 胃癌全胃切除术后新型消化道重建方式的临床研究[J]. 中国实用外科杂志，2001，21(7)：424 - 425.

[10] 郝希山，李 强. 尹 健. 全胃切除术后不同代胃术式的评价[J]. 外科理论与实践，2003，8(1)：34 - 36.

[11] 张 霖. 贲门癌切除空肠段间位移植术：附 30 例报告[J]. 中国肿瘤临床，1988，15(6)：363 - 364.

（编辑 郭建秀）