保脾脾门淋巴清扫在进展期近端胃癌根治术中的应用

孙 轶,梁天伟,韦永成,李景华 (武鸣县人民医院外一科,广西 南宁 535010)

[摘 要] **目的** 探讨保留脾脏的脾门淋巴清扫在近端胃癌根治术中应用的可行性。**方法** 选取我院 2012 年 5 月至 2013 年 5 月收治的确诊为进展期近端胃癌的 6 例患者资料,采取保脾脾门淋巴清扫的 D2 淋巴结清扫术,记录手术时间、出血量、脾门淋巴结数目,观察术后并发症情况。**结果** 6 例手术均成功完成,术中出血量 50 ~ 250 mL,平均 120 mL;术后脾门淋巴结清扫数目 3 ~ 9 个,平均 5 个。术后有 1 例出现淋巴漏并发症,经治疗后均痊愈出院;随访 1 个月至 1 年,无局部复发及远处转移病例,无死亡病例。**结论** 在进展期近端胃癌 D2 淋巴结清扫术中保留脾脏同时可以安全彻底地清除脾门淋巴结。

[关键词] 胃癌;淋巴结清扫术;脾门淋巴结

[中图分类号] R656.61 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2014)01-0066-03

Application of spleen-preserving splenic hilar lymph nodes dissection in radical resection for advanced proximal gastric cancer

SUN Yi, LIANG Tian-wei, WEI Yong-cheng, LI Jing-hua (Department of General Surgery, People's Hospital of Wuming County, Nanning Guangxi, China)

Abstract: Objective To investigate the feasibility of spleen-preserving splenic hilar lymph nodes dissection on the radical resection for advanced proximal gastric cancer. **Methods** Six patients with advanced proximal gastric cancer were performed D2 lymphadenectomy from May 2012 to May 2013 in our hospital. The operation time, bleeding quantity, the number of lymph nodes, postoperative complications were recorded. **Results** The surgery was successful. The intraoperative blood loss was 50 ~ 250 mL, with the average of 120 mL. The number of lymph nodes was 3 ~ 9 after the operation with the average of 5. One patient supervened with lymphorrhagia and recovered after treatment. During the follow-up period from one month to one year, no local recurrence and distant metastasis occurred, nor the death. **Conclusion** Conducting theD2 lymphadenectomy for the patients with the advanced proximal gastric cancer can preserve the spleen while safely and throughly dissect the splenic hilar lymph nodes.

Keywords: gastric cancer; lymphadenectomy; splenic hilar lymph nodes

D2 淋巴结清扫范围进行手术为进展期胃癌的标准手术方式[1],脾门淋巴结属近端胃癌的第 2 站淋巴结,标准的近端胃癌 D2 根治术应该清扫该组淋巴结[2]。由于脾门处解剖复杂,血管变异多,彻底清扫此处的淋巴结存在技术上的困难,因此联合脾切除曾为近端胃癌 D2 根治的常规术式[3]。近年来随着外科手术技术的进步,脾功能的深入研究,对于为了脾门淋巴结清扫而进行的脾脏切除越来越受到质疑和否定[4],保留脾脏的脾门淋巴清扫也逐渐受到重视和应用[5]。我院 2012 年 5 月至 2013 年 5 月在 6 例进展期近端胃癌根治术中采用保脾方式进行脾门淋巴清扫,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

进展期近端胃癌患者 6 例,女 2 例,男 4 例 ,年龄 38 ~ 62 岁,平均 52 岁;术前均已行胃镜检查,肿瘤直径 3 ~ 5 cm,平均 4.6 cm,组织活检病理高分化腺癌 1 例,中分化腺癌 3 例,低分化腺癌 1 例,印戒细胞癌 1 例。所有病例术前均行 CT 检查确定肿瘤无局部邻近脏器侵犯及远处转移。

1.2 手术方法

采用上腹正中切口,自剑突绕脐至脐下 3 ~ 5 cm,行网膜囊外全胃切除同时清扫相应淋巴结(No. 1 ~ 7、8a、9、12a 及 14v);离断脾结肠韧带,进入 Toldt 间隙,在 Toldt 间隙游离脾肾韧带、脾膈韧带及胰体尾部,注意保持在正确的手术层面游离,手术层面过浅可能伤及胰尾及脾血管,过深则可能伤及肾上腺及其血管;然后以脾脏为依托,逐步游离连同胰体尾向右侧翻转直至将脾脏拖出至腹腔外,由助手双手托住脾脏,确认无胰腺、脾脏周围浸润。然后在腹腔外由脾门逐步向脾动脉干清扫血管周围的淋巴结及脂肪结缔组织直至血管根部,整块扫脾门及脾动脉淋巴结。术毕将脾脏放回脾窝,注意不能扭曲脾门血管,不固定脾脏,术后平卧 72 h,预防术后脾扭转致脾脏缺血坏死。

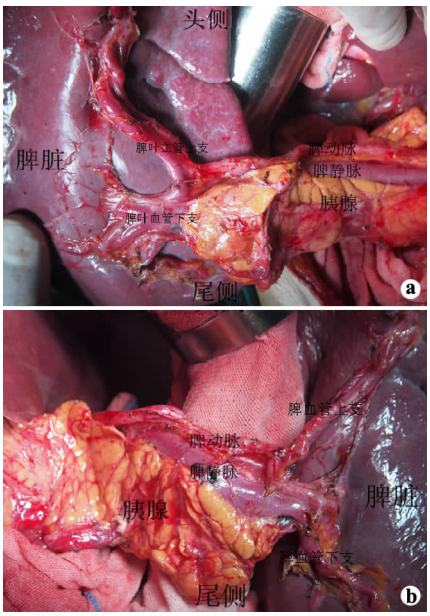
2 结果

本组 6 例患者均成功完成手术,手术时间 180 ~ 260 min,平均 212 min;术中出血量 50 ~ 250 mL,平均 120 mL,无术中输

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201401026

[收稿日期] 2013-06-29 [修回日期] 2013-07-18

血病例;术后脾门淋巴结清扫数目 3 ~ 9 枚,平均 5 枚,总共清扫淋巴结 30 枚,其中阳性淋巴结 7 枚,阳性率 23.3%。保脾脾门淋巴结清扫结束时脾门背侧及腹侧手术视野见图 1。术中无脾撕裂及大出血病例,术后无脾脏缺血坏死病例,无胰漏、腹腔出血、膈下脓肿等严重并发症病例。1 例患者术后出现淋巴漏并发症,经保守治疗后治愈出院。随访 1 个月至 1 年,无局部复发及远处转移病例,无死亡病例。



a:背侧;b:腹侧

图 1 保脾脾门淋巴结清扫结束时脾门背、腹侧手术视野

3 讨论

进展期近端胃癌根治术中行保脾脾门淋巴结清扫必须满足以下条件:①保脾后仍能保证彻底清扫脾门淋巴结;②保留脾脏不增加术后并发症发生率和死亡率,并且不降低术后长期生存率。目前已有研究证实进展期近端胃癌根治术中保留脾脏的脾门淋巴结清扫数目与切脾的脾门淋巴结清扫数目差异无统计学意义[6]。保脾手术并不影响脾门淋巴结的清扫导致癌残留,可以彻底地清扫脾门淋巴结,保证肿瘤的根治性。循证研究也已证实保脾术后并发症发生率及死亡率较切脾术后低,而 5 年生存率较切脾术后高[7]。由此可见,进展期近端胃癌根治手术保脾脾门淋巴结清扫不仅能够降低术后并发症及死亡率,并且提高长期生存率,具有可行性。

胃癌根治手术最重要的是让患者最大程度地获得远期生存,能否彻底清扫淋巴结是影响术后能否长期生存的一个非常重要的因素。虽然脾脏免疫功能对胃癌术后患者的健康有着重大价值,但它不像心肝肺等不能停止工作的器官,因此不能无选择、无条件地保脾[8]。保脾必须在能够彻底清扫脾门淋巴结的前提下进行,在进行进展近端胃癌保脾根治手术时,必须严格把握手术适应证,绝对不能为了保留脾脏而导致脾门淋巴结清扫不彻底,影响了患者的长期生存。对于肿瘤直接侵犯胃脾韧带且怀疑脾脏受侵、脾门淋巴结和(或)脾动脉旁淋巴结转移和以及肿瘤直接浸润脾脏或脾脏发生血行转移的进展期近端胃癌,由于保脾不能保证脾门淋巴结清扫彻底,我们不建议行保脾脾门淋巴结清扫。

脾门处有复杂的血管及毗邻关系,保脾脾门淋巴清扫是一项难度较高的手术,对术者的临床解剖有很高的要求[9]。脾动脉干淋巴结与脾门淋巴结以胰尾末端为界,脾动脉在脾门处发出终末支(即脾叶动脉),脾叶动脉多在脾外并且与其静脉伴行。脾门处除脾叶动脉外,还可能有不经过脾门直接进入脾上下极的脾极动脉。脾门处血管走形迂曲,管径细,变异多,在清扫脾门淋巴结时极易损伤血管造成难以控制的出血甚至造成脾脏缺血导致保脾失败,因此要求术者必须熟练掌握脾门部的相关解剖[10]。我们在行保脾脾门淋巴清扫术前已熟练掌握脾门区域解剖,进行脾门淋巴结清扫时将脾脏及胰体尾等充分游离至拖出腹腔外进行"立体"解剖,这样可以彻底清扫淋巴结并降低手术操作的难度与风险。本组 6 例均成功完成,术后未出现严重并发症。

保脾脾门淋巴结清扫术能够在保留脾脏的免疫作用基础上,彻底清扫脾门淋巴结,降低术后并发症发生率,提高 5 年生存率,是胃癌外科发展的一个趋势。随着外科手术技术的进步,手术的安全性也得到了提高,医务工作者应该勇于接受新理念的挑战,一切从患者的利益角度考虑,积极开展这种合理的手术方式。但是本组研究病例少,尚需要更多病例更长时间随访去证明结论的可靠性。

[参考文献]

[1] Sasako M, Sano T, Yamamoto S, et, al. D2 lymphadenectomy alone or with para-aortic nodal dissection for gastric cancer[J]. N Engl J Med, 2008, 359(5): 453 - 462.

[2] 陈 凛, 卢灿荣. 新版日本胃癌"处理规约"和"治疗指南"之解读[J]. 临床外科杂志, 2012, 20(1): 10 - 14.

[3] 邵永胜, 张应天. 进展期近端胃癌淋巴结转移特点与手术范围[J]. 国际外科学杂志, 2011, 38(7): 475 - 478.

[4] 盛红光, 梁 荔, 姜言明, 等. 脾切除对胃癌患者免疫功能和预后的影响[J]. 中国现代普通外科进展, 2011, 14(9): 712 - 714.

[5] 林碧娟, 黄昌明. 进展期近端胃癌联合脾切除的现状与进展[J]. 医学综述, 2008, 14(5): 680 - 682.

[6] 邓俊晖, 陈 超, 黄学军, 等. 全胃根治性切除术中保留脾脏的脾门淋巴结清扫的临床应用[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2011, 03(1): 15 - 18.

[7] 丁 杰,廖国庆,张忠民,等. 胃癌根治性手术联合脾切除必要性的 Meta 分析[J]. 中华胃肠外科杂志,2011,14(2):120 – 124..
[8] 季加孚,李子禹. 胃癌根治术中脾门淋巴结清扫的彻底性与脾脏损伤的风险[J]. 中国实用外科杂志,2008,28(6):508 – 509.
[9] 曾长青,刘进生,郑 羽,等. 远端胃癌淋巴结转移规律与淋巴结清扫方式的探讨[J]. 中华胃肠外科杂志,2012,15(2):141 – 144.
[10] 黄昌明. 腹腔镜胃癌根治术淋巴结清扫技巧[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:40 – 142.

(编辑:杨 颖)

·个案与短篇·

腹腔镜联合后路切除骶骨巨大脊索瘤 1 例

周 励[1],魏 敏[1],徐双双[1],刘 杰[2] (1. 第三军医大学新桥医院手术麻醉科,重庆 400037;2. 沈阳军区空军沈翔 705 医院急诊科,辽宁 沈阳 110015)

[**关键词**] 脊索瘤;腹腔镜;骶骨
[**中图分类号**] R667.2 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2014)01-0068-01

脊索瘤是脊柱骶尾段最常见原发性恶性骨肿瘤,我院 2012 年 2 月收治 1 例罕见骶骨巨大脊索瘤,瘤体占据整个骨盆,采用腹腔镜下前路分离结扎肿瘤血管、游离肿瘤,后路分离取出瘤体、腰骶髂重建,获得满意效果,现将病例报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,56 岁,以"腹部膨隆伴骶尾部疼痛不适 1 月余,加重伴大小便功能障碍"来我院急诊科就诊。行骶尾部放射线检查提示骶尾骨明显骨质破坏,经骨科会诊后收入我院。入院查体时见患者侧卧位,因腰骶部疼痛不能平卧,下腹部膨隆明显,轻度压痛,无肌紧张及反跳痛,腰骶部皮肤皮温稍高,无明显红肿,压痛及叩击痛明显,会阴部及肛周皮肤感觉减退,肛门括约肌松弛,肛周反射消失,双下肢皮肤感觉及运动无明显异常,病理征未引出。行骨盆 CT 三维重建,显示患者骨盆内占位性病变,体积巨大,第 1 骶椎以下椎体基本破坏消失(图 1a),肿瘤血管造影提示:骶尾骨骨质破坏明显,肿瘤血供主要由双侧髂内动脉及其分支供应(图 1b)。根据患者年龄、临床表现及影像学资料诊断为骶尾骨脊索瘤,建议手术切除瘤体并送病理检查明确诊断。因患者瘤体巨大,手术方式复杂,手术风险较高,经普通外科及麻醉科会诊后决定采用腹腔镜下前路瘤体分离及血管结扎,后路分离后取出肿瘤并行腰骶髂重建。

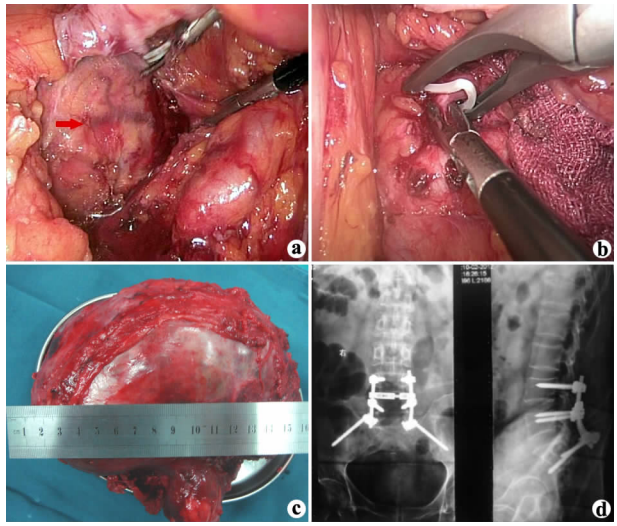
1.2 手术方式

术前 3 d 对患者清洁灌肠、口服甲硝唑,减少肠道细菌数量,防止术后菌群移位导致感染。术前准备完毕后,全麻下患者先仰卧位,在腹腔镜辅助下对肿瘤进行分离,暴露瘤体前后上表面(图 2a),向瘤体背侧分离暴露双侧髂内动脉,钛夹结扎血管(图 2b)。操作完毕后患者转为俯卧位,后路正中腰骶部"工"字型切口,逐层分离至瘤体表面,分离瘤体及骶尾神经根后将瘤体完整切除取出,瘤体包膜完整,体积巨大,约 16 cm × 11 cm × 10 cm(图 2c),仔细冲洗止血后行腰骶髂重建(图 2d)。



a:CT 矢状位显示肿瘤瘤体巨大,骶尾骨基本破坏消失;b:CT 血管成像显示肿瘤血供

图 1 骶尾骨脊索瘤 CT 影像



a:腹腔镜下分离肿瘤周围粘连组织显示瘤体(红色箭头所示);b:游离出髂内动脉后血管夹结扎;c:后路完整取出的肿瘤,包膜完整;d:腰骶髂重建术后 X 线片,脊柱骨盆稳定性恢复

图 2 骶尾骨脊索瘤术中图像及术后 X 线片

(下转第 71 页)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201401027
[**收稿日期**] 2013-08-10 [**修回日期**] 2013-09-25