维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第5期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 5

全胃切除治疗胃癌80例临床分析

Clinical analysis of gastric cancer treated by total gastrectomy in 80 cases

王 钢，孟 镔，蒋德华，何健鸿，李英杰，何 进 （安徽理工大学医学院临床外科应用解剖教研室外科手术组，安徽 淮南 232001）

［关键词］胃肿瘤；胃全切除术；消化道重建
［中图分类号］R735.2 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2007)05-0338-02

全胃切除术在胃癌外科治疗中占有重要地位，但对其适应证、是否合并脾和远侧胰切除以及消化道重建术式等问题的见解尚不尽一致[1-6]。本文对我院近16年来收治的80例实施全胃切除术的胃癌患者的病例进行回顾性分析，报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组80例，其中男55例，女25例。年龄30～72岁，平均51.3岁。全部病例均经组织活检确诊为胃癌。其中腺癌68例，腺鳞癌12例。

1.2 手术方法

癌灶位于胃底贲门部（C区）21例，胃体部（M区）38例，胃体贲门部和胃底底部（CM区）13例，胃体窦部（MA区）5例，全胃3例。行胃癌扩大根治性全胃切除术63例。其中合并脾切除22例，合并脾、胰体尾切除17例。胃癌扩大根治联合脏器切除术17例，其中并行肝左叶部分切除10例、并行部分横结肠切除7例。消化道重建方式包括食管空肠端侧吻合加空肠间Braun吻合51例、食管空肠Roux-en-Y吻合17例、空肠代胃术12例。

2 结果

术后出现并发症21例，其中肺部感染和胸腔积液12例，吻合口漏4例，膈下感染3例，粘连性肠梗阻2例。手术死亡3例，2例死于吻合口漏并重症腹腔感染，1例死于粘连性肠梗阻并重症腹腔感染。本组随访58例，术后1、3、5年生存率分别为75%，42.6%和21.2%。

3 讨论

由于外科技术进步和各种抗生素的发展，全胃切除术的手术死亡率和并发症发生率大为降低。全胃切除术的5年生存率(45%)明显高于近端胃切除术(33.9%)[4]。但全胃切除术毕竟对人体生理状态扰乱较大，有一定的手术危险性和并发症，故仍需合理掌握其适应证。主要包括以下情况：①受累范围广泛的多灶型和表浅扩散型早期胃癌；②进展期革袋状胃癌、浸润型胃体癌、侵犯高位胃体的胃窦癌、侵犯胃体的胃底贲门癌；③侵及到食管和十二指肠导致再次扩展切除的残胃癌。

采用上腹正中切口，上段绕过剑突，下段绕到脐下。尽量游离食管下段，清除腹段食管周围组织，在食管裂孔的平面，切断前后迷走神经干。如下段食管严重受侵者，可切断两侧膈脚确保食管下段暴露长度不少于7 cm。吻合口采用机械吻合可节约时间提高手术质量。吻合时为便于操作，我们在食管空肠吻合中放置吻合器中心杆时，将胃和食管游离后暂不切断食管，在肿瘤上方的食管前壁纵行切开，并经此放置吻合器中心杆，在预定的食管切断线的上方，环行缝合食管1周，再将缝合线固定在中心杆上，然后在结扎线的下方0.5 cm处切断食管，机身与中心杆靠拢吻合，使一次吻合成功满意率达到100%，且操作简便，吻合可靠，保证了吻合口质量。Ⅲ期、Ⅳ期胃癌能做根治性全胃切除者，其肿瘤的恶性程度较高，且术中很难判断淋巴结有无转移，因此全胃切除可以较彻底地清除区域淋巴结。

国内外一些专家认为联合脏器切除可显著提高生存率[6]。胃癌直接浸润至胰、脾、肝等脏器时，只要病人条件允许，技术条件具备，就可考虑行联合脏器切除。本组行癌灶直接浸润的毗邻器官联合切除56例，术后平均生存26个月。胃癌血行转移至肝，只要是单个孤立灶或局限于一叶的多发灶，也可以联合肝切除，常可收到有效延长病人生存期之效果。本组10例照此处理，术后平均生存17个月。对清除第10、11组淋巴而行脾和远侧胰切除，目前尚无一致看法。大量临床研究表明，胃癌的淋巴结转移沿脾动脉分布，并不在胰腺实质中，只切除脾动脉就可达到清除第10、11组淋巴结的目的。但是如病变已侵及到胰实质，则必须行胰切除，切除范围应根据浸润范围而定。对于横结肠、脾、食管、十二指肠等脏器行联合脏器切除也应考虑这点。

全胃切除术后胃的功能丧失，术后病人易出现上腹痛、恶心、呕吐、腹泻、倾倒综合征等症状。为此各种重建术式应运而生，以期消除上述症状，但哪一种术式最好，尚无定论。理想的重建方式应满足以下要求：①重建的消化道近似于正常解剖生理状态，保持食物从十二指肠通过，促使胆囊收缩使胆汁排入肠道；促进胰液分泌并使之与食糜充分混合而有利于消化及吸收。②具有一定的储存食物功能以避免倾倒综合征。③最大限度地减少反流性食管炎。④手术操作简便。虽然目前虽无公认的最佳术式，但合理选择及正确实施仍十分重要，主要包括以下几种。①食管空肠端侧吻合加空肠间Braun吻合，手术

［收稿日期］2007-05-10 ［修回日期］2007-08-25

维普资讯 http://www.cqvip.com

简单,把Braun吻合设在食管空肠吻合口下40 cm,且Braun吻合口不小于10 cm,可大大减少返流性食管炎发生。②食管空肠Roux-en-Y式吻合,只要空肠Y型吻合口距食管空肠吻合口40 cm以上,可基本上防止反流性食管炎,是较好的重建术式。③代胃术是理想的重要术式,即应用带血管蒂的单腔或双腔空肠,置于食管和十二指肠间吻合。其优点是增加了食物的储存功能,食糜可进入十二指肠与胆汁、胰液混合,有利于消化吸收,符合正常生理解剖。缺点是手术较复杂。我们认为如果病人小于65岁,根治术达标,病人术中生命体征平稳,技术条件具备,应积极实施代胃术,有利于病人康复。

[参考文献]

[1] White RR,Mackie JA,Fitts WT Jr. An analysis of twenty years' experience with operations for carcinoma of the stomach [J]. Ann Surg,1975,181(5):611-615.
[2] 王家仓,郭建生,王殿昌,等.全胃切除后消化道重建方式的分析(附220例报告)[J].中国肿瘤临床,1995,22(10):730-732.
[3] Bittner R,Schirrow H,Butters M,et al. Total gastrectomy. A 15-year experience with particular reference to the patient over 70 years of age [J]. Arch Surg,1985,120(9):1120-1125.
[4] 王舒宝.胃癌现代外科治疗中合理、规范治疗方案的研究[J].实用肿瘤学杂志,2001,15(3):161-162.
[5] 夏金生,封光华,张 啸,等.不同术式胃切除观察残胃运动功能45例[J].实用外科杂志,1987,3(7):135.
[6] 张振华,果永海,素华东,等.同步切除治疗胃癌肝转移8例报告[J].腹部外科,1992,5(1):19~201.

(编辑:兰阳军)

防止乳腺癌术后皮瓣坏死的体会

张凤云 (绵阳市肿瘤医院,四川 绵阳 621000)

[关键词]乳腺癌;根治术;皮瓣坏死
[中图分类号]R737.9 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2007)05-0339-01

乳腺癌根治术后皮瓣坏死是常见的并发症,怎样避免发生乳腺癌根治术后的皮瓣坏死,我院吸收优良的手术操作方式,摸索出较满意的乳癌根治术后皮瓣不坏死的经验和体会,报告如下。

1 临床资料

自1995年至2003年,本院行乳癌根治术320例,其中改良Ⅱ式根治术65例,根治术255例。浸润性导管癌318例,派杰氏癌1例,硬癌1例,以Ⅱ~Ⅲ期病变占大多数。

2 防止皮瓣坏死的方法与体会

2.1 切口设计原则

保证切除彻底性,原则上切口应距肿瘤至少3 cm,准确判断肿瘤的实际边缘,根据肿块所在的乳腺位置选用横梭形、纵梭形、横斜形切口等。灵活的手术切口设计,避免生搬硬套的手术切口而导致术后大面积的皮瓣坏死。同时切口设计也遵循上至锁骨中外1/3锁骨水平,下至锁骨中线与肋弓交界处,内自胸骨外侧缘,外至背阔肌前缘。

2.2 避免皮瓣损伤

在行乳癌根治术时其皮缘应防止电刀烧灼,同时皮瓣游离不要过薄,应遵循靠近肿瘤3 cm之内的皮瓣厚度可达1 cm以上。皮瓣游离前皮下注射肾上腺素盐水,一般用1/1 000肾上腺素盐水200~300 ml,或直接用电刀做皮瓣游离,应用电刀时使用电刀的功率适中,尽量一次切开,不可在同一部位反复切割,以免皮烫伤引起坏死。

2.3 严密止血

严密止血,防止术后皮下积血、积液、皮瓣飘浮和淋巴液渗出,逢合无张力。对于肿瘤大于3 cm的病员,根据其肿瘤的治疗原则,乳癌的术前分期病理类型,术前给以短程化疗,以缩小肿瘤达到减瘤。本组采用术前化疗和合理的手术切口设计以及手术操作,术后切口皮瓣无坏死,病理证实切缘也无癌细胞浸润。通过术前化疗使乳腺癌原发肿瘤缩小,减少切缘皮肤的过多丢失,达到无张力缝合的目的。鉴于乳腺肿瘤直径大于5 cm,切除皮肤过多,缝合皮瓣感到张力时,应采用梭形游离皮片植皮。

2.4 充分引流

乳腺癌术后首先行同侧腋下血浆管引流负压吸引,缝合皮肤完毕。利用负压吸引将皮瓣均匀的完全贴合在胸壁上,尔后适当加压包扎。对于根治术应用棉垫铺平压迫锁骨下创面,可不做皮瓣外固定"棉枕",最后利用腹带代替胸带适当加压固定,保证负压引流管是否通畅,同侧上肢屈肘垫枕15°,严密观察负压引流管是否通畅和引出的液体量。术后第二日松解创面敷料观察皮瓣情况,若皮下仍有积血、积液、飘浮可做穿刺抽液,尽早将皮瓣贴合在胸壁上,并再次加压包扎穿刺部位。负压引流管术后4至5天拔出。若引流量仍较多,可延长负压引流管的拔管时间。

(编辑:蒋登金)

[收稿日期]2007-05-15 [修回日期]2007-07-02