维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 2

改良胃食管吻合在食管癌切除术中的应用

刘朝伦 （璧山县人民医院，重庆 璧山 402760）

［摘 要］ **目的** 探讨改良胃食管吻合术应用于食管癌切除术中预防吻合口狭窄的临床效果。**方法** 将接受食管癌切除术98例病人分为两组，实验组49例施行改良胃食管吻合，对照组采用传统的方法，胃食管单纯吻合法，比较两组病人术后吻合口狭窄发生率。**结果** 实验组49例病人术后随访3～30个月，通过食道吞钡或胃镜检查，提示无吻合口狭窄。对照组49例术后随访3～30个月，通过胃镜或食道吞钡摄片证实12例有不同程度的吻合口狭窄，其中吻合口宽度在0.5～0.7 cm之间8例，吻合口宽度在0.3～0.5 cm之间3例，吻合口宽度<0.3 cm有1例，吻合口狭窄发生率达24%。两组比较差异均有显著性（$P<0.05$），实验组发生吻合口狭窄明显低于对照组。**结论** 改良胃食管吻合术有降低食管癌切除术后吻合口狭窄发生率的优点，有效减轻病员术后的痛苦，提高生存质量，值得临床上推广应用。

［关键词］ 改良胃食管吻合术；食管癌；食管癌切除术
［中图分类号］ R735.1 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1672-5042(2007)02-0078-02

Application of modified gastroesophageal anastomosis in esophageal carcinectomy

LIU Zhao-lun (Department of Surgery, the People's Hospital of Bishan County, Bishan Chongqing 402760, China)

Abstract: Objective To study the clinical effects of modified gastroesophageal anastomosis in esophageal carcinectomy to prevent stoma stenosis. **Methods** Ninety eight cases of esophageal carcinectomy were divided into two groups. The research group with 49 cases, the modified gastroesophageal anastomosis was performed. The original method of gastroesophageal anastomosis was performed in the control group. The incidence of stoma stenosis was compared between the two groups. **Results** Forty nine cases in the research group developed no stoma stenosis in the 3～30 months follow up by gastroscope or barium meal; while 12 cases of the control group developed stoma stenosis with different degree, of which 8 cases were with stoma diameter between 0.5～0.7 cm, 3 cases between 0.3～0.5 cm, 1 case less than 0.3 cm. The incidence of stoma stenosis reached 24% in control group. The difference was significant between the two groups ($P<0.05$). The incidence of stoma stenosis was significantly lower than that of control group. **Conclusion** Modified gastroesophageal anastomosis in esophageal carcinectomy could prevent stoma stenosis, relieve the pain and elevate the living quality. So its clinical application would be valuable.

Keywords: modified; gastroesophageal anastomosis; esophageal carcinoma; esophageal carcinectomy

食管癌术后吻合口狭窄在临床中较常出现，病人会有不同程度的吞咽困难，从而影响正常生活，影响建康的恢复，我院从2003年3月至2006年11月，采用改良胃食管吻合术，用以防止食管癌术后吻合口狭窄，获得明显疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组食管癌切除术98例病人，男61例，女37例。年龄48～75岁，平均63.3岁。其中食管中段癌75例，下段癌占23例。食管胃颈部吻合96例，食管胃主动脉弓下吻合2例。随机将98例病人分为两组，其中实验组49例行改良胃食管吻合术，对照组49例行单纯胃食管吻合术，所有病例均以手工缝合完成吻合。

［作者简介］ 刘朝伦(1961－)，男，重庆市人，副主任医师，本科，主要从事普外及普胸外临床及研究工作。电话：(023)41411933

［收稿日期］ 2007－01－13 ［修回日期］ 2007－02－07

1.2 手术方法

改良胃食管吻合术，常规游离食管、胃，进行食管与胃吻合，在胃的“最高点”前壁与食管近侧断端进行端侧吻合，先用细丝线将距食管断端约1.0～1.5 cm的后壁肌层与胃底后壁浆肌层作一层褥式缝合，一般缝3针，将两侧的缝线留作牵引，距该缝线1.0～1.5 cm的胃壁作一长3.5～4.5 cm的切口或作直径约3～3.5 cm胃壁园形切口，胃壁粘膜下血管用细丝线缝合止血，“鱼嘴状”切断食管，将食管胃后壁全层吻合用细丝线作间断内翻缝合，线结扎在吻合口内。前壁缝合仍以丝线内翻缝合法完成，但进针方式应是：外→里→里→外，线结扎在管腔外。再用胃前壁的浆肌层和食管纤维肌层做前壁外层的间断缝合3～4针，以加固吻合口促进其尽快浆膜化。手术注意事项：切断食管时尽量作“鱼嘴状”切断食管，目的在于增加食管断端的口径；胃切口的大小一定要大于食管的管径；胃食管的缝合要点是：规范操作、缝合密度均匀、全部采用间断缝合；吻合完毕要保障吻合口无张力，首先应将胃充分游离。

2 结果

实验组49例病人仅一例术后进食有轻微的吞咽梗阻感，

维普资讯 http://www.cqvip.com

随访3~30个月,经食道吞钡或胃镜检查,提示无吻合口狭窄。对照组49例术后有14例早期不同程度的吞咽困难的症状,随访3~30个月,通过胃镜或食道吞钡摄片证实12例有吻合口狭窄,其中吻合口宽度在0.5~0.7 cm之间8例,吻合口宽度在0.3~0.5 cm之间3例,吻合口宽度在<0.3 cm有1例。吻合口狭窄发生率24%,两组比较有显著性差异($P<0.05$),实验组发生吻合口狭窄明显低于对照组。

3 讨论

食管癌在许多地区发病率都较高,食管癌术后吻合口狭窄是较常见且较严重的并发症,国内各家报道不一,有报道吻合口狭窄发生率为0.5%~5.9%,也有报道发生率为0.3%~9.5%,机械吻合口狭窄率也达0.9%~22%[1-3]。本文对照组发生率高达24%,虽然目前对吻合口狭窄有了许多解决方法,但是效果并不十分满意,而且对于并发症而言不发生远比发生后再解决更有利。发生吻合口狭窄常见的原因有:①吻合方式的局限性,常用的包埋式食管胃吻合术使组织内翻过多、过密;传统吻合要求胃切口口径与食管一致,而消化道吻合后,一般吻合口径要缩窄约25%~30%[4]。②吻合技术缺陷,包括食管胃吻合时粘膜对拢不全或进针过深组织翻入过多、吻合口缝合时进针拨针过重以及结扎过紧造成组织的损伤、缝合食管及胃时缝针间距不当等。③组织愈合力差,不良缝线过多过密、食管游离过长、吻合口张力过大、局部感染等。④缝合方式应用不当,常见是将褥式缝合应用于此,增加了对吻合口的收缩作用。⑤吻合部位的限制,食管癌发生在食管中1/3居多占50%,上段占20%,下段占30%,食管癌在发病特点上有多原癌的特点,所以多主张食管癌手术切除食管的范围应距肿瘤10 cm以上,也就是大多数的食管癌需行颈部吻合术,本组颈部食管胃吻合占96例,颈部吻合只能以手工吻合,如采用传统包埋式食管胃吻合,由于受颈部位置窄小、暴露受限、及胃的大小等因素的影响,往往不能如愿,从而增加了吻合口狭窄发生率。

改良胃食管吻合法在食管癌切除术中预防吻合口狭窄,主要从下列几方面得到体现:①有扩张食管的作用,食管口径小于胃侧的口径时,食管口径必须向外扩张,才能适应胃侧的大口径,迫使吻合处食管口呈"喇叭状",在触扪检查吻合口时能感觉到,同时在后壁缝合完成后也可见这种现象,继续完成吻合至3/4左右时可见这种现象将更明显。②食管"鱼嘴状"的处理,在相同条件下,吻合前口径的大小,将决定吻合后口径的大小。③缝合方式的改进,包括进针方式的改变和间断缝合方法的应用,吻合口前壁,采用外→里→里→外进针的缝合方式,避免了内翻缝合时对吻合口的收缩作用,为吻合口的扩大起到了非常好的作用,同时间断缝合各层,避免了连续缝合所引起的收紧和缩小吻合口的作用。④中点对分法缝合技巧的应用。此技巧应用于后壁吻合口的缝合,避免了内翻缝合不当所致吻合口被内收的作用。⑤一层缝合法的合理应用,优点在于不需太长游离食管有利于更好的保护食管的血供,促进吻合口的愈合,同时一层吻合时内翻组织减少,使得吻合口更宽敞,特别适用于颈部胃食管吻合[5-6]。对照组中吻合口狭窄的发生与没有合理应用一层缝合法密切相关。

对比改良胃食管吻合法与传统吻合法,实验组49例术中检查吻合口呈"喇叭状",吻合口径清晰可辨,基本可容一拇指头,其中47例内径>2.0 cm,另有两例内径约1.5 cm。对照组49例术中检查吻合口口径大于2.0 cm仅2例,吻合口径在1.0~0.5 cm之间的22例,吻合口径在0.5~1.0 cm之间的19例,吻合口径不足0.5 cm占6例。实验组术后仅1例有轻微吞咽梗阻感,而对照组术后14例有吞咽梗阻感,术后最初只能进流质饮食。术后3~30月实验组经食道吞钡检查吻合口直径>1.5 cm的占25例,吻合口直径在1.0~1.4 cm之间的占21例,有3例吻合口直径为0.8 cm。而对照组吻合口直径>0.8 cm占37例,吻合口在0.5~0.7 cm之间占8例,吻合口直径<0.5 cm占4例。通过对本组49例改良食管胃吻合术的临床观察,并与传统吻合法进行对比发现,对提高病人的生存质量及生活质量有益,而且手术操作简便,只要能够掌握要领,便可获得良好的疗效,值得推广并应用于临床。

[参考文献]

[1] 王厚峋. 纤维内镜扩张治疗食管胃吻合口狭窄66例经验[J]. 中华胸心外科志,1997,13(2):101.
[2] 袁 华,刘龙碧,谭红莉,等. 恶性食管癌合并气管瘘成功置入食道近端覆膜支架一例报告[J]. 局解手术学杂志,2003,12(2):117.
[3] 潘铁成,邱雪峰,李 军,等. 食管多原癌的诊断及外科治疗[J]. 中国胸心血管外科杂志,2005,12(2):82-83.
[4] 阴兵林,匡裕康,吴九发,等. 食管胃前壁单层吻合预防吻合口狭窄41例临床分析[J]. 实用中西医结合临床,2005,5(6):77.
[5] 袁卫东. 经食管床颈部食管胃一层吻合术治疗食管癌265例[J]. 实用临床医药杂志,2006,10(5):65.
[6] 李凤勤. 胃食管单层吻合术在食管贲门癌术中的应用[J]. 肿瘤防治杂志,2003,10(4):419-420.

(编辑:郭光金)