维普资讯 http://www.cqvip.com

25-26 贲门肿瘤，外科手术，

658(11)

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 2 期总第 14 期

74 例贲门癌经腹手术治疗体会

江苏省常熟市中医院外科 陈耀荣

(江苏常熟，邮政编码 215500)

R735.205

我院外科自 1986 年 6 月至 1993 年 12 月对 74 例局限在贲门部的胃癌采用经腹手术切除，缩短了手术时间，也避免了开胸手术的并发症，获得了较满意的效果。现报告如下：

临床资料：本组 74 例，男 55 例，女 19 例。年龄最大 74 岁，最小 44 岁，平均年龄 59 岁。入院前病程 1～10 个月，平均为 4.5 个月。肿块体积：自 2×2×3cm³ 至 5×6×5cm³。病理类型：74 例均为腺癌。其中 34 例淋巴结有转移，仅 1 例上切缘食管残端有癌细胞残留。术后并发症：3 例残胃排空迟缓，4 例吻合口近期狭窄。上述 7 例症状均渐改善。术后住院时间：12～23 天，本组无手术死亡率。

手术方法：1. 经上腹取正中切口，切除剑突或取剑胸间左上腹直肌切口进腹。2. 游离胃大小弯侧至食道一段，下至近幽门处，注意保留胃网膜右及胃右血管。3. 切除食管下段和胃近段大部，缝闭胃远端后再于大弯侧另行切口约 3～3.5cm 与食管残端在膈下行吻合术。

讨　论：

1. 发生在胃贲门部或高位胃体部向贲门侵犯的癌瘤统称为贲门癌[1]。其手术范围包括原发肿瘤在内的近侧胃大部切除或全胃切除。并清除 1～4，5～11 各组淋巴结，然后行食道胃或食管空

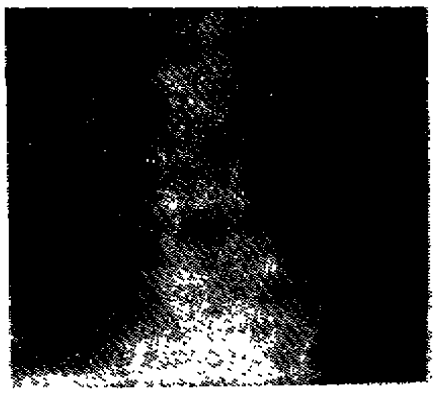


图 1. 右侧单独一支支气管动脉

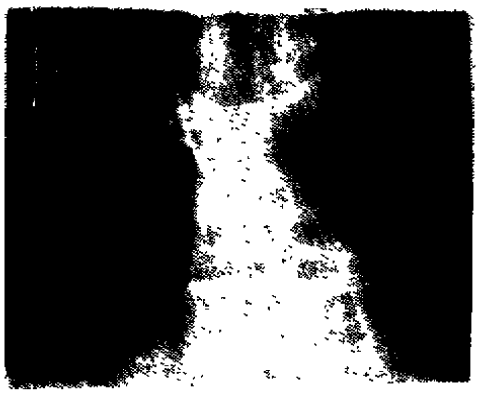


图 2. 右侧肋间—支气管动脉共干



图 3. 左侧上支气管动脉

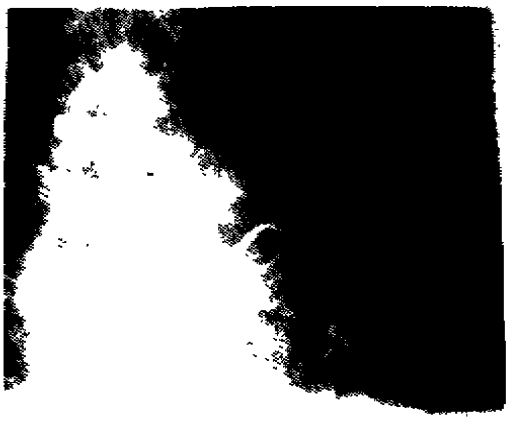


图 4. 左侧下支、支气管动脉

(收稿：1995—03—10)

维普资讯 http://www.cqvip.com

精索静脉曲张；外科手术；精索静脉；局部解剖

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 2 期总第 14 期

肠吻合术。过去通常经胸部或胸腹联合切口，也有人采用劈胸骨入路。这些手术方式固然操作方便，切除彻底等许多优点，但对一些年老体弱，特别是心肺功能不全的患者确有一定的危险性。所以经腹部切口入路则可避免手术损伤大，并发症多等不利因素，有利于病员的早日康复，操作又不十分困难。几年来我们对上述病例根据胃镜检查病变情况和 x 线钡餐摄片对照，选择性地采用了经腹手术经路，不同程度地缩短了手术时间，由 4～6 小时缩短到 3～4 小时。住院时间从术后住院 20～26 天缩短为 12～23 天，平均为 17 天，也没发生出血、感染和吻合口瘘等并发症，更无手术死亡率。

2. 从解剖上看，腹腔食管长约 2～3cm，该段食管前面为膈食管浆膜的返褶部[1]。在游离食管下段时，首先切开返褶部浆膜层，然后用手指沿食管肌层外结缔组织层向胸部方向作钝性游离，切断两侧迷走神经后，向腹腔内轻轻持续牵引食管下段可达 5～6cm[2]。所以在贲门以上 3.5～4cm 横断食管后还有 2～3cm 左右长度食道残段和胃远段管状口作吻合并无困难。

3. 在进行食管和远段胃作吻合时，由于部位较深，为了便于暴露术野我们采用“胸肋悬吊拉钩”，使胸廓拉高并使肋弓分开，显露非常满意，操作又十分方便。同时对吻合操作也进行改进：(1) 在贲门以上横断食管前先用直角钳紧贴膈面钳夹食管，将胃肠减压管退至钳夹以上，但不上齿，用备好的纱带或粗丝线扎住钳柄控制钳夹的适宜松紧度。食管横断后在钳夹部以下食管残段的长度大约缩至 1.5cm，然后与胃行吻合术。先与食管作后壁间断缝合，针距 0.3～0.4cm，边距 0.4～0.5cm，左右两侧拐角作内翻，在直视下将胃肠减压管通过吻合口插入胃内 10cm 左右，于是行前壁全层内翻或间断对边缝合，(2) 后壁加强缝合：将吻合部两侧组织稍向右翻转，用食管外结缔组织层和胃壁浆肌层间断缝合数针以加强后壁左侧，再用此法加强后壁右侧。这样后壁很快与后腹壁愈着，不易致漏。(3) 前壁加强缝合：将膈肌食管裂孔前缘留下之浆膜和胃浆肌层作间断缝合。我们认为用上述方法吻合有如下优点：①用直角钳控制食管端，吻合时不出血，手术野清楚，减少污染腹腔，操作方便。②吻合口前壁加强时用膈肌浆膜对胃浆肌层缝合能起到浆膜化作用，不易形成吻合口瘘。③前壁全层间断终究事内翻组织少，吻合口通畅性好，不易狭窄。

4. 本组所遇 1 例，食管残端有癌细胞残留，回忆本例手术时发现食管下段组织质地偏硬，缝合时有易脆感，未引起重视，如采用胸膜联合切口扩大切除范围或可避免，应引以为戒。所以贲门癌如已侵及食管 2cm 以上，从切除病变安全范围虑，应慎用本手术方式，切不可勉强[3]。

参考文献

1. 张文泽. 贲门癌手术切口进路问题，见徐光伟主编. 胃癌，第 1 版，人民卫生出版社 1987.
2. 曾照时，等. 贲门癌经腹根治 85 例体会，实用外科杂志 1990；10 (3)：147.
3. 郭幸达，等. 纤维内窥镜观察范围后经腹作贲门癌根治术 30 例介绍，上海医学 1981；4：13.

(收稿：1995—02—27)

26—27

精索静脉局部解剖在临床外科精索静脉曲张的应用

齐齐哈尔医学院局解手术学教研室 梁俊岩 李静平 王 岩

齐齐哈尔医学院第一附属医院泌尿外科 吴秀贤√潘 峰 顾长虹

齐齐哈尔北钢集团公司职工医院外科 刘建华

(黑龙江齐齐哈尔，邮政编码 161041)

R699.8; R602

一、精索静脉的局部解剖：精索静脉起自睾丸和附睾，全程流程较远，右侧注入左肾静脉，右侧注入下腔静脉。其主干内均有静脉瓣。

精索静脉全程分为三段，即阴囊段、腹股沟段