维普资讯 http://www.cqvip.com

胃肠道重建方式，是以毕罗Ⅰ式或Ⅱ式为基础。胃部分切除术后毕罗Ⅰ式或Ⅱ式吻合，在我国也有几十年历史。该术式一方面经大量临床病例证实它确是一种治疗胃溃疡、胃癌的有效方法，另一方面由于各种近期和远期并发症的发生，表明它仍不是一种最理想的手术，尚有许多问题是需要进一步研究，其中的一个并发症——胆汁返流性胃炎，已逐渐被近代所重视。

Van Heerden 在 1969 年首次提出碱性返流性胃炎[1]，以后 Sucdamore 将其称之为胆汁返流性胃炎[2]。一般认为其发病机制是由于胃大部切除术后，失去幽门功能，十二指肠液返流入残胃，其中以胆酸盐为主要成份破坏了胃粘膜屏障，使胃酸、胃蛋白酶与胃粘膜直接接触，促使胃粘膜上皮细胞自身消化。胆汁使氢离子逆扩散及胆酸盐弥散入粘膜、刺激肥大细胞释出组织胺。此外，胃大部切除后因胃泌素显著下降，削弱了对胃粘膜的营养作用，致使胃粘膜炎症的发生。Roux 在 1893 年采用 Y 型吻合，以期转流胆汁，也因发生吻合口溃疡而主张加做双侧迷走神经切断，使手术更趋复杂而未获推广。我院曾在 1989 年对 4 例患者采用了 Roux－Y 式吻合，其中有 1 例于术后发生上消化道大出血，第二次手术时发现其吻合口及输出袢近段有溃疡达 7 处之多。故近几年来笔者多采用毕罗Ⅰ式胃次全切除，横结肠前顺蠕动胃空肠吻合术加作 Braun 吻合 166 例，Braun 吻合口直径 4.5～5cm，其中 66 例经胃镜检查：残胃粘膜及吻合口正常。Braun 吻合后，使胆液、胰液自输入袢直接流入输出袢，避免了输入袢梗阻，同时亦减轻了十二指肠盲端的压力，有利于残端的愈合。本组 66 例均一期愈合，无近期并发症。毕罗Ⅱ式胃切除术后胆汁返流性胃炎的发生，与十二指肠及空肠输入袢内碱性胆汁、胰液及肠液潴留的时间长短及返流入胃内的量有关。Braun 吻合相应地缩短了输入袢，使十二指肠液在输入袢内停留时间缩短，使一次性排入量减少。另一方面，十二指肠液经 Braun 吻合口直接进入输出袢，使得排入残胃内的碱性液体减少，能有效地降低胆汁返流性胃炎的发生率。文献报道[3]有人做双 Braun 吻合口防止胆汁返流，效果亦十分明显。通过本组资料复习，笔者认为只要 Braun 吻合口径达 4.5～5cm，就可有效地引流十二指肠液。我们胃镜检查结果显示：毕罗Ⅰ式术后残胃有重度、中度胆汁返流占 64%，毕罗Ⅰ式占 55%，而毕罗Ⅱ式＋Braun 吻合仅占 6%。预防胆汁返流效果后者明显优于前两者。

综上述，我们采用了 Braun 吻合在预防胃大部切除后近、远期并发症方面收到良好效果，其操作方法方便简单，具有一定的临床实用价值。

参考文献

1. Van Heerden J A, et al. Postoperative alkling reflux gastritis: Surgical implications, Am J surg 1969;118:426.
2. Swdamore HH, et al. Bile reflux gastritis: Diagnosis, medical and surgical therapy. Am J Gastroenterology 1973;60:9.
3. 王得厚. 毕罗Ⅰ式加做双 Braun 吻合术预防返流性胃炎. 实用外科杂志 1982;2(5):235.

（收稿：1994—01—27）

10 例低位结扎胸导管治疗及预防食管癌切除术后乳糜胸的研讨

邯郸钢铁总厂职工医院外科 张玉荣

（河北邯郸，邮政编码 056001）

食管癌切除术后乳糜胸是一种少见而严重的并发症。其发生率为 0.6～0.8%，死亡率为 22～25%[5]。多发生于中上段食管癌与周围组织粘连较重，经切除行弓上或颈部吻合术后。作者自 1987 年 6 月至 1988 年 12 月，共行胸导管结扎 10 例。起到了治疗及预防食管癌切除后乳糜胸的作用，现报告如下。

临床资料

本组共 10 例，男性 5 例，女性 5 例。年龄最小 35 岁，最大 63 岁，平均年龄 45.9 岁。病变位于食管中段者 7 例，位于中上段者 3 例。切除食管后均以胃代替。吻合口位于胸内主动脉弓上者 7 例，位于颈部者 3 例。除 1 例于术后第 16 天再次开胸（经右侧进胸）结扎胸导管外，其余 9 例均在术中

维普资讯 http://www.cqvip.com

11276(8)

结扎。这 9 例中，有 1 例是在术中发现食管床多处有乳糜液外溢，行多处结扎。（即在膈肌上及胸导管破口处均双重结扎）8 例预防性结扎是以 7 号丝线在膈肌上约 5cm 处双重结扎。经用上述方法处理后，术后均未发生乳糜胸。

讨 论

1. **有关胸导管的解剖**：胸导管起于腹腔内的乳糜池，相当于第 1～2 腰椎水平、于第 12 胸椎平面，穿过膈肌的主动脉裂孔，位于主动脉后方，在胸下部行于脊椎前偏右侧，位于主动脉与奇静脉之间、食管之后，至第 4 或第 5 胸椎平面，它自椎体的右前方，从主动脉弓的后方绕过至食管的左缘，然后进入食管后三角，由此向上向前斜行进入颈部，继续向上行于锁骨下动脉后方，向前向下进入颈内静脉与锁骨下静脉交界部。78%的人具有单 1 的胸导管，17%在下部为 2 支，上行后汇成 1 条主干，5%的人一直保留 2 条导管[1]。一般地说：在第 8～12 胸椎之间它总是单枝[2]。胸导管与淋巴系统之间有很多交通支，它除了终于静脉外，与奇静脉、肋间静脉及腰静脉之间也有许多小的淋巴静脉吻合支；从第 6 胸椎以上，每隔几厘米就出现瓣膜，在它进入静脉角处尚有成对的瓣膜，它可使淋巴液在胸导管循一定的方向流动，并防止静脉血反流入胸导管。

2. **关于手术时间**：早年，对于食管癌切除术后乳糜胸多采用保守治疗，但死亡率高[3]。近年，多数学者对早期手术持积极态度。但对于病情发展较缓慢，乳糜量少，病人一般情况逐渐好转者，亦可采用非手术疗法。

3. **关于手术的入路问题**：原则上是在发生乳糜胸的那一侧作切口。也有人主张：发生在术后 7 天以内者，从原切口为好，发生在术后 10 天以上者，以右侧切口为宜，这样可防止因剥离操作而损伤吻合口，造成吻合口瘘。如果发生在双侧，则以右侧切口为妥。我们认为，由于胸导管的解剖关系，在行低位胸导管结扎时，为了在膈上便于寻找胸导管，以右侧切口较方便。近几年来，有人采用右侧腋窝"S"形切口，优点是损伤小，疼痛轻，对呼吸功能影响小，值得提倡。

4. **关于结扎胸导管的部位**：根据胸导管的解剖：在 8～12 胸椎之间单枝者多[2]，如为预防性结扎，应尽量靠近膈肌结扎为好。如术中发现有乳糜液外漏，除行低位结扎外，还要在破口远、近端均以粗丝线双重结扎。我们遇到 1 例，经用上述方法处理后，患者术后恢复顺利。

5. **关于结扎胸导管的术前准备问题**：以往术前准备，除给予支持疗法及尽量抽净胸腔内积液外，还在术前 2～3 小时，给病人口服或从鼻胃管注入 50～100ml 牛奶或混有亲脂性染料的牛奶[4]，促进乳糜液的分泌，便于在术中寻找胸导管的破口部位。从我们在术中发现的 1 例观察，病人在禁食 8～12 小时的情况下，乳白色的液体在手术台上仍能清楚地显示。作者认为此方法并不十分必要。

参考文献

1. 蔡振杰，等. 结扎胸导管治疗食管癌切除术后乳糜胸. 中华外科杂志 1988；5：293.
2. 国外医学外科分册. 乳糜胸 1984；4：219.
3. 黄国俊，等. 食管癌术后乳糜胸的诊断和处理 中华外科杂志 1965；12：130.
4. 王其彰，等. 食管癌术后乳糜胸，中华肿瘤杂志 1982；3：194.
5. 黄国俊，等. 乳糜胸的诊断和治疗，陕西新医药 1985；6：3.

15-16

喉癌部分切除披裂声带重建术

广东深圳市红十字会医院耳鼻喉科 黄志忠 王先金 卢 亮

（广东深圳，邮政编码 518031）

R739.650.5

1973 年 3 月至 1992 年 6 月为 13 例声门型喉癌，下咽癌行垂直半喉、梨状窝部分切除，用附近甲状软骨板外膜、颈前肌群肌膜修复喉腔侧壁，用带蒂的舌骨肌瓣重建披裂声带，共作 13 例。男性 11 例，女性 2 例，男：女为 6.5：1，年龄最大 70 岁，最小 31 岁，平均 53.9 岁，声门型喉癌 11 例，下咽癌 2 例。按 UICC 分类，$T_3N_1M_0$1 例，$T_2N_1M_0$2 例，$T_2N_0M_0$5 例，$T_1N_0M_0$5 例。左侧成型 8 例，右侧成型 5 例。行颈廓清术 3 例。1 例重建声带缝线

喉肿瘤，切除术，声带重建