401-403

维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2000)04-0401-03

不规则形胃大部切除术在高位胃溃疡和胃癌中的应用

朱明才，张才全，罗崇德
（重庆医科大学临床学院普外科 重庆 400016）

R656.6205
R735.705

摘 要：目的 为了避免高位胃溃疡、胃癌行近侧胃大部切除或全胃切除术后，由于内因子缺乏引起的贫血和无胃综合征。**方法** 按个体病变部位和性质设计上切线，保留贲门侧健康胃组织，经整形缝合后重建上胃肠道。**结果** 经34例临床应用观察随访（随访率100%），其疗效满意。**结论** 采用不规则形胃大部切除术减少了近侧胃大部或全胃切除术后并发症。

关键词： 不规则形；胃大部切除术；溃疡；胃癌
中国图书分类法分类号： R656.6 **文献标识码：** A **收稿日期：** 1999-10-11

An irregular subtotal gastrectomy in highly situated gastric ulcer or gastric carcinoma

ZHU Ming-cai, et al
（Department of General Surgery, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University, 400016）

Abstract: Objective To avoid megaloblastic anemia due to a deficiency of the intrinsic factor and syndrome after proximal margin subtotal gastrectomy or total gastrectomy in highly situated gastric ulcer or gastric carcinoma. **Methods** The upper edge of the resected line is individually designed that it fits the location and character of the lesion. By this method some of the proximal gastric wall is preserved, and upper gastrointestinal wall reconstructed with plastic suture. **Results** We practiced this modified technic clinically in 34 patients with satisfactory results (following-up 100%). **Conclusion** The complications of proximal margin subtotal gastrectomy or total gastrectomy is reduced by irregular subtotal gastrectomy.

Key Words: Irregular; Subtotal gastrectomy; High gastric ulcer; Gastric carcinoma

1990年3月根据高位胃溃疡、胃癌的部位和病变性质设计出不规则形胃大部切除术，并于同年进行临床实践。现将临床应用效果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

1990年3月～1999年9月施行不规则形胃大部切除术34例，34例中男性7例，女性27例。年龄最大79岁，最小39岁，平均62岁。术后病人均得到随访，随访时间最长8年，最短1月。平均随访时间3年，随访率100%。高位胃溃疡已随访2～8年，全部健在。胃窦体癌及小弯癌根治术29例，其中存活8年者2例，7年者1例，6年者2例，5年者2例，4年者6例，3年以内者16例(其中14例已死于癌症广泛转移，但无吻合口复发的证据)。随访病人无吞咽“梗噎”感，每餐能容纳一定量食物(2两)，术后恢复接近患病前状况，能工作、学习，无明显贫血(Hb 110g/L以上，红细胞3500/L以上)，接近毕Ⅰ式和毕Ⅱ式胃大部切除术者为满意。有关巨核细胞性贫血和胃pH的检测有待进一步研究，详见表1。

1.2 手术方式

详见表1及图1。

1.3 手术方法

全身麻醉成功后置仰卧位。常规消毒铺巾，选上腹正中切口或上腹正中绕脐切口进入腹腔。按胃大部切除方法分离钳夹、剪断、结扎胃周围网膜及血管，将幽门侧胃完全游离。胃癌患者则按胃癌根治淋巴结清扫操作步骤进行。在十二指肠预切线处夹两把Kocher钳，在两钳间切断十二指肠。在胃大弯侧预切线处夹两把长直角钳。在两钳间切断胃大弯侧组织。然后根据病变性质，在两直角钳间沿小弯侧预切线夹两把Kocher钳或大弯钳，边钳夹边切断直至切除幽门侧胃大部。然后将胃小弯侧切端与部分食管下端(若食管下端部分已经切除)、贲门或胃组织整形缝合，再用4号中丝线间断关闭小弯侧残端。将胃大弯侧残端与十二指肠断端或空肠近端拉拢行端侧或侧侧吻合。胃管置入输出段肠管内。

在缝合食管、胃三角交界浆肌层，胃与十二指肠或空肠三角交界浆肌层时，应缝半荷包包埋。以防术后吻合口瘘。

2 讨 论

作者介绍：朱明才（1953- ），男，副教授

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1　不规则形胃大部切除临床应用效果

组名	例数	性别		麻醉	手术方式	术后处理	恢复情况	并发症	无胃综合征	贫血	效果
		男	女								
贲门小弯高位溃疡	3	3	0	全麻	切除溃疡及幽门侧胃大部，整形后关闭小弯侧残端，胃大弯侧残端与十二指肠吻合	静脉补充水、电解质、营养物质胃肠减压	肛门排气后进食，9天拆线，12天出院	无	无	无	满意
胃底前壁高位溃疡	1	1	0	全麻	同1组	同1组	同1组	无	无	无	满意
胃底后壁高位溃疡	1	1	0	全麻	同1组	同1组	同1组	无	无	无	满意
胃小弯癌	12	9	3	全麻	在根治基础上，切除小弯侧胃、少许食管及幽门侧胃大部，整形缝合后，关闭小弯侧残端，将大弯侧残端与空肠上端拉拢行侧侧吻合	同1组	同1组	无	无	无	满意
胃窦体癌	17	13	4	全麻	同4组	同1组	同1组	无	无	无	满意
总数	34	27	7								

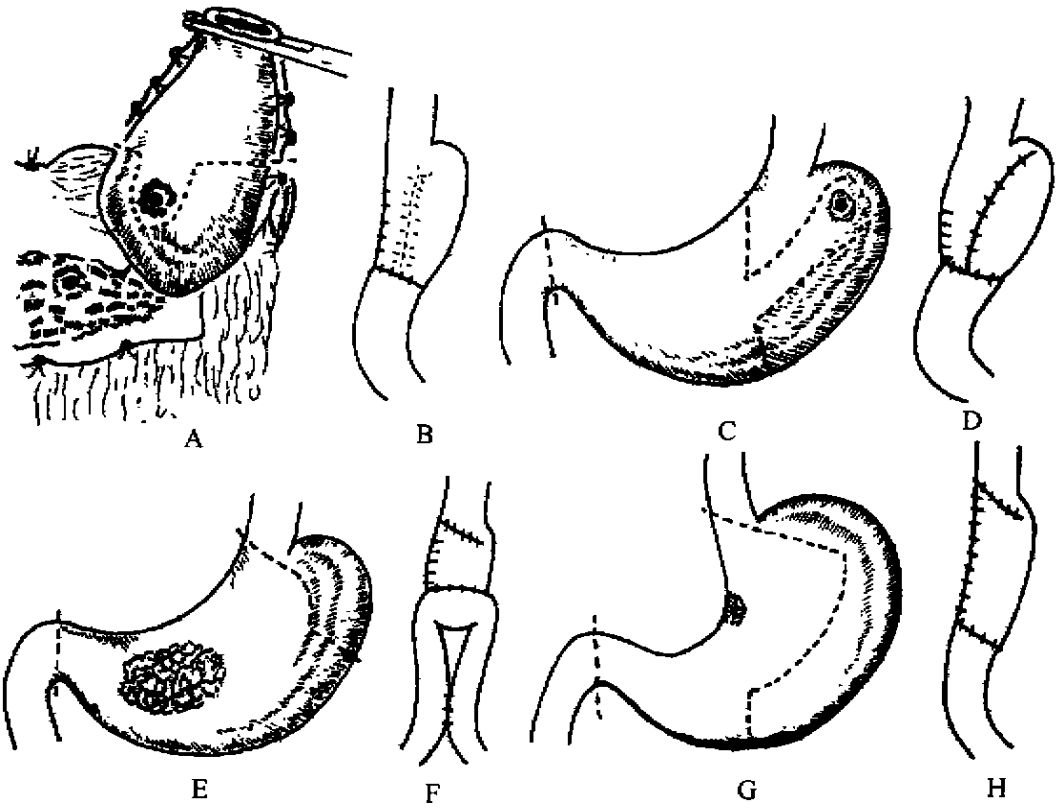


图1　不规则形胃大部切除术

a.胃底后壁溃疡不规则形大部切除；

b.消化道重建示意图；

c.胃底前壁溃疡不规则切除；

d.消化道重建示意图；

e.f.g.h.胃癌不规则形胃大部切除及消化道重建示意图

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.1 概念

不规则形胃大部切除术是指高位胃溃疡、胃癌采用传统胃大部切除（如毕Ⅰ式、毕Ⅱ式）困难，为了保留贲门侧健康胃组织，减少全胃切除术后由于内因子缺乏引起的贫血和无胃综合征，采用不规则形切除少许食管下端、贲门侧胃组织，将病变连同幽门侧胃大部一起切除，经整形缝合后，关闭胃小弯侧残端，再将胃大弯侧残端与十二指肠或空肠吻合的一种胃大部切除术式。它包括Panchet手术。它与毕Ⅰ式、毕Ⅱ式或其他胃大部切除术不同之处，在于贲门侧胃没有标准切除线，而是根据病变部位、性质确定预切线，预切线呈不规则形。

2.2 手术原则

不规则形胃大部切除术的手术原则是在彻底根治病变的基础上，尽量保留贲门侧和大弯侧胃组织，采用不规则形切除胃大部，贲门侧胃整形缝合后，关闭小弯侧残端，大弯侧残端与十二指肠或空肠近端行端侧或侧侧吻合。

2.3 优点

不规则形胃大部切除术的最大优点是贲门侧胃没有标准的切除线，而是根据病变部位、性质确定预切线，切线不规则，保留了贲门侧和大弯侧少部分健康胃组织，避免了全胃切除术致内因子缺乏引起的贫血和无胃综合征，既达到根治病变的目的，又减少了并发症。

2.4 贲门侧胃保留多少

贲门侧胃究竟保留多少，应按胃溃疡和胃癌根治手术原则拟定。胃溃疡应切除幽门侧胃组织70~75%[1]，胃癌应距癌肿边缘6cm～8cm[1~5]。如病变涉及食管下端全切除者，则不应保留大弯侧健康胃组织。因保留大弯侧胃组织片，没有神经支配，易引起胃组织痉挛致手术失败。

值得注意的是，应在彻底根治病变的基础上保留贲门侧健康胃组织，尚若无法保留者，则仍应行全胃切除术。不能为了保留贲门侧胃而无原则地作不规则形胃大部切除术。

2.5 残胃血供

贲门侧残胃组织血供可来自食管下端入胃的血管和保留的胃短血管。高位胃溃疡一般不存在贲门侧残胃血供问题。如果胃癌根治淋巴结清扫(D2、D3、D4)术，应注意残胃组织血管。至少要保留1～2支胃短动脉。胃残端有血液喷出，说明血供良好。如果残留胃组织缺血，则应将缺血残胃全切除。作者曾有一例女性患者，只保留1支胃短动脉，小弯侧食管下端已切除一半，结果残留组织缺血，无血从切端喷出，乃行全胃切除。是值得借鉴的教训。

2.6 临床疗效

本组34例不规则形胃大部切除术后近期随访结果（随访率100%）表明，不规则形胃大部切除术后，没有全胃切除术致内因子缺乏引起的贫血和无胃综合征等缺点。作者认为，本术式术后恢复接近或与毕Ⅰ式和毕Ⅱ式胃大部切除术后恢复相同者，无全胃切除术后并发症者为满意。有关巨核细胞性贫血和胃pH的检测有待进一步研究。

2.7 缝合技术

不规则形胃大部切除后，残留胃经整形缝合后方能重建上消化道的连续性。在缝合小弯侧食管、贲门或胃断端与胃小弯侧断端三角交界浆肌层时，或缝胃小弯侧与十二指肠或空肠三角交界处浆肌层时，应缝半荷包包埋，以防止吻合口瘘发生。

参 考 文 献

[1] 裘法祖. 外科学[M]. 第四版，北京：人民卫生出版社，1995;428-455.

[2] 日本胃癌研究会. 胃癌取极い规约[M]. 第12版. 东京：金原出版株式会社出版，1993;34-51.

[3] 朱寿柱，林言箴. 根治性全胃切除术适应证的选择[J]. 实用肿瘤杂志，1990;4(2):5-7.

[4] 姚育修，胡元龙，薛建元. 原发性胃癌的切除范围与残留癌的关系[J]. 中华实验外科杂志，1991;8(3):99-100.

[5] 日本胃癌学会. 胃癌取极い规约[M]. 第十三版. 东京：金原出版株式会社出版，1999;4-28.