DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.03.024
第26卷第3期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 3
2004年2月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Feb. 2004

文章编号:1000-5404(2004)03-0249-02

论著

保留幽门间置空肠重建消化道在次全胃切除术中的应用

张朝军,罗云生,葛海燕,王立明 (第三军医大学新桥医院普通外科,重庆 400037)

提 要:目的 探讨次全胃切除术后消化道的重建方式。方法 总结我院1999年3月至2002年7月间采用经腹保留幽门次全胃切除、间置空肠重建消化道手术的17例胃底贲门癌患者的临床资料。结果 无1例手术死亡,无吻合口瘘及狭窄。全组患者均治愈出院。术后半年每顿进食200~300 g,每日进餐3~4次,餐后无胸骨后灼痛,无胆汁返流现象,无排空障碍及倾倒综合征。全组患者均无贫血,体质量恢复至术前正常水平。结论 严格掌握手术适应证,保留幽门次全胃切除、间置空肠重建消化道能起到较好的效果。

关键词:胃肿瘤/外科学;次全胃切除术;消化道重建
中图法分类号:R615;R656.61;R735.2 文献标识码:A

Application of the pylorus-preserving subtotal gastrectomy for reconstruction of digestive tract with interposition of jejunum

ZHANG Chao-jun, LUO Yun-sheng, GE Hai-yan, WANG Li-ming (Department of General Surgery, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400037, China)

Abstract: Objective To find out the methods for the reconstruction of digestive tract following subtotal gastrectomy. Methods The clinical data of 17 patients with carcinoma of gastric fundus and cardia carcinoma undergoing transabdominal pylorus-preserving subtotal gastrectomy for the reconstruction of digestive tract with interposition of jejunum from March 1999 to July 2002 were analyzed retrospectively. Results No death, no stoma fistula, nor constriction were found after operation. All patients were discharged after recovery. Half a year later, patients could eat food of about 200—300 g at each meal (3 or 4 times a day). No burning pain in the postbreast-bone, phenomenon of bile reflux, empty disorder, nor dumping syndrome were found after meal. No anemia was found in all patients, and their body weight restored to the preoperative normal level. Conclusion The pylorus-reserving transabdominal subtotal gastrectomy for the reconstruction digestive tract with interposition of jejunum can result in satisfactory surgical outcomes if the indications are strictly controlled.

Key words: gastric tumor; surgery; subtotal gastrectomy; reconstruction of digestive tract

对于胃底贲门癌,采用全胃切除还是近端胃大部切除,目前仍有不同意见,多数作者认为近端胃大部切除难以达到根治的目的,同时近端胃大部切除术后易发生返流性胃炎、残胃癌,因此主张行全胃切除术[1]。行全胃切除术后,消化道的重建方式较多,但均未能达到理想的效果,我科从1999年3月至2002年7月间对17例胃底贲门癌患者采用经腹行保留幽门次全胃切除、间置空肠重建消化道手术,术后随访时间6个月至3年,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

17例患者,男性11例,女性6例,年龄最大69岁,最小29岁,平均40岁。全部患者按照国际抗癌联盟(UICC)新TNM分期,其中Ⅰ期2例,Ⅱ期7例,ⅢA期8例。病理类型,高分化腺癌5例,中分化腺癌10例,低分化腺癌2例。

1.2 手术方式

气管插管全麻,仰卧位,上腹部正中切口,必要时切除剑突使术野显露更加满意。术中尽量游离食道下端确保足够的近端切除长度。远端于幽门环上方约2.5 cm处横断胃幽门管,在清除5、6组淋巴结时,注意保持胃幽门管的血运,在屈氏韧带下15~20 cm处切断空肠,游离长约20~25 cm一段带血管蒂的空肠,经结肠后将间置空肠近端与食道对端吻合,顺蠕动,间置空肠远端与幽门环上2.5 cm胃幽门管断端行对端吻合,最后将切断的空肠远、近端对端吻合,完成消化道的重建。所有吻合均采用一层缝合法。

2 结果

2.1 术后情况

全部患者术后3~5 d肠蠕动恢复后进流质饮食,8 d进半流质,2周后普食,无1例手术死亡,无吻合口瘘及狭窄。全部患者均治愈出院。

2.2 随访情况

所有患者全部获随访(随访时间1999年4月至2003年2

作者简介:张朝军(1968—),男,四川省宜宾市人,博士,主治医师,讲师,主要从事胃肠道肿瘤方面的研究。电话:(023)68774605

收稿日期:2003-03-16;修回日期:2003-06-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

月)，均无复发及转移，全组患者术后均无贫血，血色素 11～14 g，体重恢复至术前正常水平。所有患者都能参加轻体力劳动，部分患者能参加重体力劳动。术后半年每餐进食 200～300 g(碳水化合物，不包括蛋白质、脂肪、维生素及水)，每日进餐 3～4 次，患者餐后无胸骨后灼痛、返酸、烧心，无吞咽困难及上腹部饱胀不适，无排空障碍，所有患者术后半年作上消化道钡餐检查，见各吻合口无狭窄，间置的空肠代偿性扩张，最大直径约 5 cm，无钡剂潴留及返流现象。胃镜检查见幽门口开关正常，无胆汁返流性食道炎。

3 讨论

胃癌目前的治疗方式仍以手术治疗为主，对于胃底贲门癌，过去多采用经胸切口行近端胃大部切除术，对胃周淋巴结清除范围欠规范，术后远期生存率偏低。胃底贲门癌患者由于病变部位隐蔽，往往就诊较晚；病理类型多属浸润生长型，恶性程度高，生物学行为差；近端胃大部切除的 D1 术式往往达不到根治的目的，常易导致术后复发并增加了肝脏和腹膜转移率。且胃底贲门癌发生第 5 组及第 6 组淋巴结转移率较高[2]，因此不作全胃切除，难以清除全部肿瘤组织及行彻底的淋巴结清扫。同时，近端胃大部切除术后有排空障碍，返流性食道炎及残胃癌等后期并发症会严重影响患者的生存质量。因此多数作者主张对进展期胃底贲门癌行全胃切除，D2 或 D2＋淋巴结清除术。全胃切除术后，消化道的重建方式较多，但不管采用何种方式重建，由于丧失了幽门括约肌的功能，部分患者由于食物排空过快，可发生倾倒综合征，同时由于胆汁返流易发生返流性食道炎，因此如何能在保证根治性切除的同时，最大限度地保存胃的功能，一直是临床医师关注的重点问题。胃癌的主要转移途径为淋巴结转移，除皮革状胃癌外，沿胃壁纵轴浸润速度较慢，即便是胃窦癌，也较少侵犯十二指肠，胃底贲门癌侵入粘膜下层后可直接蔓延至食道下端，但很少发现有十二指肠侵犯，所以对于胃底贲门癌，尽可能切除绝大部分的胃组织，同时保留幽门环上方 2.5 cm 的胃幽门管以保留幽门的功能并不会影响根治的彻底性。近年来，我们对全部胃底贲门癌患者术前常规行胃镜、上消化道钡餐及 CT 检查，术前尽量明确肿瘤部位及侵犯范围，以决定手术入路及手术方式，对于胃底贲门癌若未侵犯食道者，我们采用经上腹部正中切口入腹行保留幽门次全胃切除。本组资料显示经腹手术的食道切缘及胃远断端均未发现癌细胞残留，同样可保证治疗的彻底性，经腹手术创伤小，并发症少，手术简便，病人恢复快，优点多于经胸手术。

全胃切除术后，采用何种消化道重建方式以改善患者的营养状况及提高生活质量是近年来十分关注的问题，既往我们曾采用间置空肠重建消化道，间置空肠重建消化道具有以下优点：符合生理要求，食物与胆汁充分混合，仍通过十二指肠，有利于食物的消化和吸收，间置肠段的血供及神经支配完整性有保障，可储存物并具有正常的饮食习惯。间置的肠管长度不受限制，吻合无张力，术后并发症少[3]。但由于全胃切除术后无幽门括约肌功能，术后患者仍可出现胆汁返流性食道炎及由于进食后食物排空较快，造成食物摄入不足和消化吸收不良，术后体重及血浆蛋白水平偏低。我们对胃底贲门癌患者采用保留幽门次全胃切除，间置空肠重建消化道，术后无 1 例发生胆汁返流性食道炎及倾倒综合征。间置空肠代偿扩张具有一定的储存食物功能。取得了满意的疗效。

有作者认为保留幽门管的长度对幽门环功能的保持起着重要作用，以保留 2.5 cm 长为宜[4]。本组患者保留 2.5 cm 的幽门管，术后未发现明显的排空障碍及食物残留现象。保留幽门次全胃切除、间置空肠重建消化道术式在防止胆汁返流性食道炎及增加食量并延长食物进入肠道的时间方面有明显的效果，但它仅适用于近侧端胃癌，且病变范围较局限者，不适用于胃窦部癌、胃体癌及皮革状胃癌，同时在清除 5、6 组淋巴结时应注意保留幽门环处的血运，以防术后吻合口瘘。间置空肠重建消化道术式与食道空肠 Roux-en-Y 吻合相比较方法稍繁杂，手术费时，游离带血管蒂的空肠时，必须保证该段空肠的血运良好，不致造成间置空肠缺血坏死，同时增加了一个吻合口，术后发生吻合口瘘的机会相对较大，因此，我们认为对以下患者不宜采用保留幽门间置空肠重建消化道：①老年患者，特别是伴有动脉粥样硬化者以及术前严重贫血，低蛋白血症未能充分纠正者，②肿瘤不能根治，行姑息性次全胃切除，术后不能长期生存患者。③术中患者情况差，生命体征不稳定者。近年来我们改进了传统的两层胃肠吻合方法，对所有吻合均采用一层缝合法，术后无 1 例发生吻合口瘘及狭窄。确保了手术的安全性。它的优点是操作简单，缩短手术时间，局部血运丰富，组织愈合能力强，不易发生瘘。一层缝合包埋的组织少，不易发生吻合口狭窄。我们的体会是：只要适应症选择得当，保留幽门次全胃切除、间置空肠重建消化道治疗胃底贲门癌能起到较好的效果。

参考文献：

[1] 詹文华. 进展期胃癌手术生活质量的评价[J]. 中华胃肠外科杂志，2001，4(2)：74－75.

[2] 潘常青，薛延庆，彭志海. 进展期胃近侧癌的淋巴结转移和手术治疗[J]. 中国实用外科杂志，2000，20(10)：608－610.

[3] 罗云生，王立明. 全胃切除间置空肠重建消化道 28 例[J]. 中华普通外科杂志，2001，16(2)：122.

[4] Nakane Y，Michiura T，Inoue K，*et al*. Length of the antral segment in pylorus-preserving gastrectomy[J]. Br J Surg，2002，89(2)：220－224.

(编辑 陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net