文章编号: 1000-5404(1999)12-0937-02

CDH/SDH型消化道吻合器在食管手术中的应用

经验交流

Application of CDH/SDH intraluminal stapler in esophageal operation

王如文[1],蒋耀光[1],范士志[1],向 杰[1],吴 旭[1],赵云平[1],程 勤[2] (第三军医大学:[1]附属大坪医院野战外科研究所胸心外科,重庆 400042;[2]附属西南医院手术室,重庆 400038)

【提要】 目的: 总结 CDH/SDH型消化道吻合器食管吻合经验。方法: 85例食管癌及贲门癌切除后采用 CDH/SDH型消化道吻合器食管胃吻合 82例,胸内食管结肠吻合 2例、空肠 1例。结果: 术后发生胸胃底瘘 1例(1.17%),保守治疗 3月死亡;吻合口瘘 1例(1.17%),再手术治愈。其余病例恢复顺利,无吻合口狭窄病例。结论: CDH/SDH型消化道吻合器食管吻合,较方便、安全,正确使用可降低吻合口瘘及狭窄的发生。

食管及贲门癌手术切除后使用吻合器行消化道重建在国内外已较广泛应用[1-3],取得了较好的临床效果。1996年 6月至 1999年 2月,我科采用美国强生公司生产的 CDH/SDH型一次性消化道吻合器行食管胃或食管结肠吻合 85例,现将初步结果及体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

本组 85例中,男 73例,女 12例,年龄 38~82岁,平均 61.3岁,其中 70岁以上 25例。诊断食管癌 71例,贲门癌 13例及食管腐蚀伤后瘢痕狭窄 1例。71例食管癌,病变位于中段 51例,下段 20例;按 TNM分期为: Ⅱa 15例,Ⅱb 47例,Ⅲ 9例,且其中 3例分别于 30年、2年和 3年前因胃溃疡行胃大部切除,毕罗氏Ⅰ式 1例、Ⅱ式胃空肠吻合术 2例;贲门癌病例侵及胃底及胃小弯后壁,并已累及食管近 2 cm;食管腐蚀伤病例系强碱致伤,经胃造口饲食半年,食管吞钡见瘢痕狭窄位于主动脉弓下缘平面以下,稀钡通过呈线型改变。所有病例均按常规术前准备。

1.2 手术方式

全组病例均在气管内插管静脉复合麻醉下施行手术。食管癌病例中肿瘤部分位于主动脉弓后方行右前外侧开胸,贲门癌病例采用上腹正中切口加下端部分胸骨劈开或延为左侧胸腹联合切口,其余病例均行左胸后外侧切口。食管肿瘤或瘢痕食管切除后,行食管胃吻合 82例,胸腔顶部及主动脉弓上吻合 45例,弓下 24例;贲门癌 13例在食管裂孔部吻合或左胸内吻合。已行胃大部分切除 3例采用结肠代食管 2例、空肠 1例,分别于右胸顶部吻合 2例及左胸主动脉弓上吻合 1例。用 CDH 25型吻合 32例,SDH 25型吻合 53例,均 1次顺利完成吻合,无机械故障发生。吻合毕均检查吻合组织两端切割圈完好、整齐、无组织残缺,贲门癌中 1例发现左前上方钉腿外露,给予缝合数针加固,轻触吻合口柔软、光滑。将鼻胃管经吻合口置入胃内以备胃肠减压,关闭吻合器置入口。近期施行 62例吻合口前壁胃包套。

2 结果

全组 85例中,发生胃底瘘 1例(1.17%)及吻合口瘘 1例(1.17%)。胃底瘘病例发生于术后第 13天进半流饮食后,第 21天行纤维食管镜检查见吻合口光滑,于胃底前侧壁距吻合口约 2.5 cm处有一约 1.5 cm的坏死破口,经胸腔闭式引流、营养支持等保守治疗,于术后 3月死亡。吻合口瘘 1例为贲门癌并糖尿病,术后第 3天发生瘘,再次手术见吻合口左侧壁有一约 1.3 cm瘘口,将坏死组织修剪后,缝合并加肋间肌瓣包埋修补,术后恢复顺利。其余病例恢复顺利。全组无吻合口狭窄。4例早期未行吻合口包埋病例,进食后平卧有返流症状,其中 1例半年后症状加重,服用抗酸药物缓解,余均无特殊不适感。术后食管吞钡检查见吻合口退畅、光滑,其中 2例平卧时有钡剂返流。10例术后 3周进行了食管动力学检测及 24 h pH测定。结果: 食管吻合口部压力为 1.24~1.85 kPa(9.3~13.9 mmHg),平均 1.52 kPa(11.4 mmHg),胸胃内压为 0.33~1.64 kPa(2.5~12.3 mmHg),平均 0.94 kPa(7.08 mmHg);24 h pH测定: 按 De Meester评分 8例正常(<14.72);2例超过正常值,分别为 19.2和 138.8

3 讨论

管状消化道吻合器在食管外科的应用在我国已有多年历史,由于其具有吻合可靠,吻合口瘘发生率低、手术时间短等优点而得到较广泛应用,也是食管外科发展的必然趋势。通过临床使用,我们有以下几点体会。

CDH/SDH型吻合器操作简单、方便,较易于掌握,吻合性能可靠、安全,其设有吻合安全开关及合拢指针及最佳合拢安全范围标志(蓝色线内),且安全开关只有当指针达吻合安全范围时才能被打开完成吻

作者简介: 王如文,男,1953.07.18生,重庆市涪陵区人,主任医师,主要从事食管疾病、重症肌无力外科治疗及肺外科方面的研究,发表论文 30篇。电话: (023)68757241

收稿日期: 1999-04-06;修回日期: 1999-10-25

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

合,因此,可以避免操作不当所造成的失误。但在具体应用中,以下几方面值得注意:① 正确选用吻合器型号,CDH/SDH分别为直、弯式 2种,每种又有不同大小(为 23、25、27、29、31 mm)规格供选用。我们体会弯式(CDH)吻合价格高于直式,但便于深部及显露较差的部位应用。而显露好、部位浅多选用直式(SDH)。本组中 32例胸腔顶部及食管裂孔部采用 CDH型,余均选用 SDH型吻合,获得了满意的吻合效果;② 食管端荷包缝合应全层,结扎牢靠,食管残端遗留组织不宜过多,以免影响吻合,最好使用专制荷包钳及线缝合;③ 食管残端游离长度较手工吻合稍短为宜,便于缝合包埋即可;④ 吻合毕置入胃管时应轻柔缓慢,避免损伤吻合口,关闭吻合器置入口时应减少及避免对吻合口部牵拉,防止造成吻合口撕裂。⑤ 吻合完毕及时检查切割组织是否完整、光滑,以推判吻合口情况。

吻合口瘘的发生在机械吻合中仍不容忽视,其发生率多在 1%~ 2%左右[4],本组 85例发生吻合口及胃底瘘各 1例。吻合口瘘的发生可能与下列因素有关:技术操作环节不够熟练,主要在食管残端游离时注意肌膜的保留;吻合合拢的松紧应适度,过紧会导致吻合部组织的挫伤,过松钉合后吻合口又难以紧密闭合及吻合器取出时避免回松太长,以免钉底座帽取出时损伤吻合口。对患有糖尿病的病人,由于组织松碎,对组织钉合及愈合可能有一定影响。本组中吻合口瘘病例合并糖尿病,术中见食管残端组织较碎,用大网膜包埋吻合口仍未能顺利愈合,吻合瘘的发生可能与糖尿病病人组织愈合力差及抗感染能力弱有一定关系,因此对这类病人,以不用机械吻合为宜或吻合口用周围组织包埋加固,可避免吻合口瘘的发生。

吻合口狭窄是吻合器吻合的主要缺点,国产吻合器吻合口狭窄发生率为 2%~ 4%[5],可能与吻合唇边长,钽钉数少且粗长,中心杆粗,切割下组织少,导致吻合口粘膜对合不好,肉芽过度生长有关,而 CDH/SDH型吻合器则唇边短,钛钉数多,中心杆细,切割下组织宽,粘膜对合良好,质地柔软,因此有理由推测术后吻合口狭窄的发生率可能降低。但我们体会食管端荷包缝合应全层,针距不宜太长,以免食管粘膜缩回而致钉合不全,使肉芽组织过度生长而发生吻合狭窄。本组术后食管吞钡检查见吻合口通畅,无狭窄发生,但病例数较少及观察时间短,尚需进一步观察。

食管癌术后有关食管动力学的观测结果不完全一致。王其彰[6]报告残余食管蠕动波基本消失,食管与胃呈一"共通腔"。Okada[7]观察吻合部位有 5.33 kPa(40 mmHg)左右的高压区。我们[8]曾对 41例套叠式食管吻合检测发现:食管胃吻合部有高压区存在,平均为(1.49± 0.60) kPa[(11.17± 4.47) mmHg],虽较正常人食管末端括约肌压力(LESP)低,但能保持残余食管腔与胸内胃腔的压力差具有一定的抗返流作用。存在以上 2种截然不同的观察结果,其主要与手术吻合方式有关。王其彰[6]均采用单层吻合,而 Okada[7]及我科均采用的套入式吻合法,胃上提包套吻合具有增加吻合口压力的作用。本组采用吻合器吻合后,胃体前壁包套食管,能增加吻合口部压力,起到一定抗返流作用。10例食管压力测定吻合区平均压为 1.53 kPa(11.46 mmHg),接近本科手工套叠吻合水平。但有 2例未行包套病人仍有轻度返流症状,食管压力低于正常;24 h pH测定 DeMeester评分亦较正常增高。因此,附加胃底包套食管,将起到一定的抗返流作用。

由于该吻合器为一次性使用,目前条件下价格偏贵。应掌握一定的适应症,才能充分发挥其优势。

关键词 食管癌;贲门癌;器械吻合

中图法分类号 R615; R735.1; R735.2 文献标识码 B

参考文献

[1] Collard JM, Romagnoli R, Goncetee L, *et al*. Terminalized semimechanical side-to-side suture technique for cervical esophagogastrostomy [J]. Ann Thorac Surg, 1998, 65(3): 814- 817.

[2] Misumi A, Misumi K, Harada K, *et al*. Transabdominal operation for carcinoma of the gastric cadia: Application of pulling-up retractor and EEA stapler [J]. Int Surg, 1989, 74(4): 223- 228.

[3] 孙玉鄂,于长海,戴为民.机械吻合在食管外科中的应用:1 605例经验总结 [J].中华胸心血管外科杂志, 1996, 12(1): 20- 21.

[4] Tuchmann A, Blauensteiner W, Hoffer F, *et al*. Circular staplers in esophagojejunal and esophagogastric anastomoses[J]. Wien Klin Wochenschr, 1989, 101(18): 626- 629.

[5] Petrin G, Ruol A, Santi S, *et al*. Anastomotic stenoses correlated with the use of mechanical staplers in the surgery of esophageal cancer[J]. Ann Ital Chir, 1998, 69(4): 519- 520.

[6] 王期彰.食管癌切除后胃重建食管的测压观察 [J].中华外科杂志, 1988, (5): 305- 307.

[7] Okada N, Nishimura O, Sakurai T, *et al*. Gastric functions in patients with the intrathoracic stomach after esophageal surgery [J]. Ann Surg, 1986, 204(2): 114- 121.

[8] 冯文会,蒋耀光,范士志,等.食管癌切除食管吻合术后食管动力学及胃排空的研究 [J].重庆医学, 1994, 23(3): 134- 136.

(编辑 张大春)

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