DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.02.019

一种改良胃-食管吻合方法的初步报道（附9例报告）

路作新（第二附属医院 胸外科）

蒋耀光（第三附属医院 胸外科）

胃-食管吻合目前多采用两层缝合法，用胃将吻合口包埋缝合来加固吻合口。本文作者对9例食管及贲门部肿瘤切除后行胃-食管两层包埋缝合有困难的病员，采用吻合口前壁一层缝合法吻合，术后恢复顺利，未见发生吻合口瘘，现报告如下：

临床资料

全组9例中男7例，女2例，年龄37～69岁，病史除一例因呕血在他院开腹探查发现贲门部包块外，其余8例均以进食梗阻为主，病史短为一月，长达两年，9例中有一例是胃贲门平滑肌瘤，上端达食管下段4 cm，下端到幽门管，余8例均为癌肿，5例胃底贲门癌，两例上段食管癌，一例中段食管癌。5例胃底贲门癌均侵及胃小弯达1/2以上，有4例侵及食管下段，一例侵及胃左血管。5例中腺癌3例，粘液癌一例，鳞腺癌一例；两例上段食管癌中，一例平胸锁关节长2.5cm，另一例在食管开口2.5cm下长10cm；一例中段食管癌平第五胸椎以下长6cm。此3例为鳞癌。全组病员术前均有不同程度贫血，最低血色素为6g/100ml，术前给矫正至9g/100ml以上，全组手术后均给胃肠减压，禁食时间和包埋套叠吻合法相等，术后恢复顺利，无吻合口瘘及其它并发症发生，术后住院12～41天，平均为25天。

手术方法

对胃底贲门部肿瘤先开腹探查，确定能切除再延长成左胸腹联合切口，对中段食管癌先行右侧开胸，分离肿瘤后再开腹，如肿瘤上端位置较高，需行颈部吻合时，再取右颈部切口。对上段食管癌先行左颈部探查，分离后再开腹行食管拔脱，将胃拉入颈部与颈部食管端一侧吻合。切除范围分别距肿瘤上下缘各4～5cm。胃底贲门部肿瘤的下端切缘从幽门管小弯侧向上斜向大弯，余胃断端行全层缝合及浆肌层间断缝合加固，与食管端一侧吻合。因胃切除较多余胃呈管状，难以包埋吻合口，仅行前壁一层缝合。在残胃前壁横行切开浆肌层（有利于小弯侧的血液供应），长度与食管口径相适应，1号丝线缝扎粘膜下血管并稍带些浆肌层以免浆肌层或粘膜回缩，每根血管分开缝扎，避免切口皱缩，切开粘膜，吻合使用1～4号丝线，先在吻合口后壁距切缘2～3cm的胃浆肌层和食管壁肌层缝合固定三针，勿穿透食管粘膜，两边各一针可连同附近胸膜一起缝合，主要为减少吻合口张力，避免撕裂食管肌层。然后行后壁全层间断缝合，后壁吻合完成后将胃肠减压管从食管拉入胃内，再行前壁全层间断缝合，打结在腔外，如残余胃大弯侧有可利用的网膜，可将吻合口附近的网膜敷盖在前壁吻合口上。本文6例胸腔内吻合，有4例敷盖网膜，3例颈部吻合口一例敷盖网膜。

讨论

胃-食管吻合较常采用的方法有套叠式、围领式、隧道式，这些方法均使用胃壁包埋两层缝合加固吻合口，由于惧怕发生吻合口瘘，较少作者采用一层缝合。

食管壁缺乏浆膜层，较胃肠壁脆弱，容易撕裂或缝线割裂，给食管吻合带来困难，因此食管吻合口瘘的发生率远较胃肠道为高，为防止发生吻合口瘘，一般都倾向于用胃壁多层包埋吻合口，较少采用一层缝合。在胃肠道吻合术中一层缝合早有使用[1-7]，据临床和实验研究，一层缝合较两层缝合优越：1、一层缝合吻合口组织损伤较小，局部血运较好。2、淋巴回流通畅，组织水肿及炎性反应较轻。3、两层包埋缝合中间易

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

形成局限性小脓肿，吻合口愈合修复较差等。我们认为这些情况也符合胃-食管吻合，特别是残胃较小，勉强紧张地包埋更易影响吻合口的血运。对胃底贲门部较大的肿瘤，将保留的小部分残胃作成管状与食管吻合，避免了全胃切除带来的不良影响，有利于病员术后恢复。对颈部吻合也可避免两层包埋缝合的紧张，减少撕裂食管肌层。本组应用9例未发生吻合口瘘，其结果较为满意。我们认为，只要操作仔细，缝合完善，对胃-食管行包埋式两层缝合有困难之病例，采用此种吻合方式可不失为有效的方法。

参考文献

1. Buchin R, et al. Valeur comparee des sutures intestinales en un plan et en deux plans. Acta Chir Belg 1960; 59:461
2. Orr NW. A single-layer intestinal anastomois. Br J Surg 1969; 56:771
3. Hamilton JE. Reappraisal of open intestinal anastomoses. Ann Surg 1967; 165:917
4. Bronwell AW, et al. Single-layer open gastrointestinal anastomosis. Ann Surg 1967; 165:925
5. Heifetz CJ. Techique of single-layer end-to-end intestinal anastomosis by triangulation. Surg Clins N Am 1966; 46:223
6. 蒋宗本。胃肠道一层吻合法131例报告。浙江医学1982；(5):17
7. 湖南省岳阳县人民医院外科。408例胃部分切除术一层吻合法的报告。中华医学杂志1975；55:418

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