

临床研究

DOI:10.3969/j.issn.0253-3626.2012.04.021

侧侧吻合在胸腹腔镜食管癌切除术中运用的临床分析

陈焕文, 杜 铭

(重庆医科大学附属第一医院心胸外科, 重庆 400016)

【摘要】目的:探讨食管胃颈部侧侧吻合在胸腹腔镜食管癌切除术中运用的安全性及可行性。方法:总结分析 2011 年 3 月至 2011 年 9 月 52 例食管癌患者在胸腹腔镜食管癌切除术中颈部采用食管胃侧侧吻合的临床资料。结果:患者吻合过程均顺利,全组手术时间 180~435 min,平均 264 min,其中吻合平均时间约 23 min。术中出血 50~450 ml,平均 120 ml。全组无死亡病例。术后吻合口瘘发生 4 例,术后短期随访无吻合口狭窄。结论:食管胃颈部侧侧吻合在胸腹腔镜食管癌切除术中运用安全、可行。

【关键词】胸腔镜;腹腔镜;侧侧吻合

【中国图书分类法分类号】R656

【文献标志码】A

【收稿日期】2011-09-14

Clinical analysis and application of side-to-side esophagogastric anastomosis in esophagectomy with thoracoscopy and laparoscopy for esophageal carcinoma

CHEN Huanwen, DU Ming

(Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To evaluate the safety and feasibility of applying side-to-side esophagogastric anastomosis in esophagectomy with thoracoscopy and laparoscopy for esophageal carcinoma. **Methods:** The clinical data of 52 patients underwent esophagectomy with thoracoscopy and laparoscopy for esophageal carcinoma and side-to-side esophagogastric anastomosis from March 2011 to September 2011 were analyzed retrospectively. **Results:** The side to side esophagogastric anastomosis was successfully performed in 52 patients. The operative time was 180 ~ 435 minutes with an average of 264 minutes and the average anastomosis time was 23 minutes. The intraoperative blood loss was 50 ~ 450 ml with an average of 120 ml. No case of postoperative death and short-term anastomotic stenosis was observed but four cases of anastomotic fistula were occurred postoperatively. **Conclusion:** The application of side-to-side esophagogastric anastomosis in esophagectomy with thoracoscopy and laparoscopy for esophageal carcinoma is a safe and feasible.

【Key words】thoracoscopy; laparoscopy; side-to-side esophagogastric anastomosis

我国是世界上食管癌发病率和死亡率最高的国家,手术切除是治疗食管癌的主要方法之一。目前胸腹腔镜食管癌切除术正在逐渐推广。与开放手术相似,胸腹腔镜食管癌切除术后颈部食管胃吻合方式是外科医生关注的热点之一。研究发现:传统的端端吻合患者术后吻合瘘、咽食管反流的发生率较高^[1,2]。2000 年, Orringer 等^[3]设计了一种新的食管胃吻合方式——侧侧吻合。我科从 2008 年开展胸腹腔镜食管癌切除术^[4,5],并在术中采用颈部食管胃的侧侧吻合。目前该模式已经成熟,通过总结分析 2011 年 3 月至 2011 年 9 月 52 例食管癌患者在胸腹腔镜食管癌切除

术中颈部采用食管胃侧侧吻合术的临床资料,探讨侧侧吻合在胸腹腔镜食管癌切除术中运用的安全性及可行性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

52 例患者男 44 例,女 8 例,年龄 39~78 岁。平均 60 岁。所有患者术前均行胃镜检查,并经病理证实为食管鳞癌,CT 提示均为可以施行食管癌切除并淋巴结清扫的食管癌患者。病变部位:食管上段癌 7 例、中段 40 例、下段癌 5 例。

1.2 手术方法

1.2.1 麻醉 双腔气管插管,静脉复合麻醉,健侧肺通气。术前尽量抽吸胃管将胃内容物排空。

1.2.2 胸腔镜手术 取 90°左侧卧位,患侧上肢前举,固定于托手架上,术者位于患者背侧,胸部置入胸腔 trocar,建立人工

作者介绍:陈焕文(1977-),男,副主任医师,博士,

研究方向:胸心外科微创。

通信作者:杜 铭,男,副教授,Email:LJdyt1103@sina.com。

气胸,胸腔镜下游离食管清扫胸腔淋巴结,彻底止血,冲洗胸腔,检查支气管膜部等处有无漏气,于观察孔放置胸腔引流管,关闭切口,恢复双肺通气。

1.2.3 腹腔镜手术 取平卧位,头高脚低,腹部置入腹腔 trocar,建立人工气腹,在腹腔镜下游离胃清扫腹部淋巴结。

1.2.4 颈部手术 侧胸颈锁乳突肌前缘做 4 cm 切口,沿颈血管鞘内侧游离颈段食管,触摸食管带,勾起食管,于颈部将食管离断。

1.2.5 重建消化道 置入腔镜于腹腔,将食管及牵引至腹腔,将剑突下的副操作孔延长至约 3 m,将食管、胃及连接的胃管牵出腹腔,用直线切割缝合器于贲门处离断食管,清扫胃左及贲门旁淋巴结,将胃还入腹腔,于胃的最高点缝置 3 针牵引线与用作牵引的胃管均匀分布连接,关闭此切口,置入腔镜于腹腔,在保证网膜未迁入膈肌裂孔的情况下,将胃从食管床牵至颈部。

在颈部切口,将胃顶端缝于距背侧食管切缘 2 cm 处,于胃前壁造口,确保黏膜完整,置入直线切割缝合器(切割约 3 cm)完成食管与胃侧侧吻合的后壁,将食管内的胃管放入近膈肌处,用 prolene 线吻合前壁。封闭胸顶。置入皮下引流管。关闭颈部切口。

2 结果

患者吻合过程均顺利,全组手术时间 180 ~ 435 min,平均 264 min,其中吻合平均时间约 23 min。术中出血 50 ~ 450 ml,平均 120 ml。全组无死亡病例。术后吻合口瘘发生 4 例,术后短期随访无吻合口狭窄。

3 讨论

食管癌切除术后食管胃的吻合方式与并发症发生率密切相关,且影响患者术后生活质量。颈部端端吻合食管胃在传统食管癌切除术中广泛运用。其方式通常有 2 种:一种是手工吻合,一种采用圆形吻合器进行吻合。端端吻合虽被广泛运用,但是仍然存在一些弊端。颈部手工吻合增加患者术后发生吻合口瘘及狭窄发生率^[6~8]。而且圆形吻合器进行吻合与手工吻合风险相似,甚至更高^[9,10]。

2000 年,Orringer 等^[3]设计了一种新的食管胃吻合方式——侧侧吻合。食管胃侧侧吻合解决了吻合口狭窄问题。本研究也得到类似的结果。其原因在于食管与胃壁应用切割缝合器侧侧吻合,在一定范围内可使吻合口径扩大,能充分保证吻合口通畅。

吻合口瘘的发生率与吻合口血运、张力相关。为

了减少其影响,做了以下 2 个改进:①在吻合口的后壁,直线切割缝合器的放置深度由 3 ~ 4 cm 改变为 2 ~ 3 cm。②起初在胃的顶端进行食管胃的侧侧吻合,后将位置改为胃前壁,吻合口后壁切割缘有胃组织覆盖,减少后壁切割缘的张力,减少吻合口瘘的发生。

总之,侧侧吻合在胸腹腔镜食管癌切除术中安全可行,也解决了患者术后吻合口狭窄问题。但是仍然还有一些问题尚待进一步研究及改进。

参 考 文 献

- [1] Rizk N P, Bach P B, Schrag D, et al. The impact of complications on outcomes after resection for esophageal and gastroesophageal junction carcinoma[J]. J Am Coll Surg, 2004, 198(2): 42-50.
- [2] Urschel J D, Selke F W. Complications of salvage esophagectomy[J]. Med Sci Monit, 2003, 9(7): 173-180.
- [3] Orringer M B, Marshall B, Iannettoni M D. Eliminating the cervical esophagogastric anastomotic leak with a side-to-side stapled anastomosis[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2000, 119(2): 277-288.
- [4] 杜 铭, 陈焕文, 吴庆琛, 等. 胸腔镜联合腹腔镜食管癌切除 40 例报告[J]. 第三军医大学学报, 2010, 32(10): 1068-1070. Du M, Chen H W, Wu Q C, et al. Thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy for esophageal carcinoma; report of 40 cases[J]. Journal of Third Military Medical University, 2010, 32(10): 1068-1070.
- [5] 陈焕文, 杜 铭, 吴庆琛, 等. 胸腹腔镜食管癌切除术中胸胃采用不同上提路径的对比研究[J]. 重庆医科大学学报, 2010, 35(5): 788-790. Chen H W, Du M, Wu Q C, et al. Evaluation in patients with different gastric tube reconstruction after esophagectomy with thoracoscopy and laparoscopy for esophageal carcinoma[J]. Journal of Chongqing Medical University, 2010, 35(5): 788-790.
- [6] Blackmon S H, Correa A M, Wynn B, et al. Propensitymatched analysis of three techniques for intrathoracic esophagogastric anastomosis[J]. Ann Thorac Surg, 2007, 83(5): 1805-1813.
- [7] Ercan S, Rice T W, Murthy S C, et al. Does esophagogastric anastomotic technique influence the outcome of patients with esophageal cancer[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2005, 129(4): 623-631.
- [8] Law S, Suen D T, Wong K H, et al. A single-layer, continuous, hand-sewn method for esophageal anastomosis: prospective evaluation in 218 patients[J]. Arch Surg, 2005, 140(6): 33-39.
- [9] Honkoop P, Siersema P D, Tilanus H W, et al. Benign anastomotic strictures after transhiatal esophagectomy and cervical esophagogastric anastomosis: risk factors and management[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1996, 111(3): 1141-1148.
- [10] Law S, Fok M, Chu K M, et al. Comparison of hand-sewn and stapled esophagogastric anastomosis after esophageal resection for cancer: a prospective randomized controlled trial[J]. Ann Surg, 1997, 226(4): 169-173.

(责任编辑:冉明会)