

文章编号:1005-6947(2004)01-0044-03

· 临床研究 ·

全胃切除消化道重建方式的探讨

程应东¹, 单志堂¹, 周培建², 张永川²

(1. 第三军医大学附属新桥医院 普外科, 重庆 400037; 2. 四川省达州市中心医院 外科, 四川 达州 637000)

摘要:目的 探讨全胃切除后消化道重建方式的合理选择。方法 回顾性分析 86 例全胃切除患者的临床资料。结果 86 例患者中, 胃癌 76 例, 恶性淋巴瘤 8 例, 平滑肌肉瘤 2 例; II 期 17 例, III 期 48 例, IV 期 21 例。根治性全胃切除 48 例, 姑息性全胃切除 38 例, 其中联合脏器切除 28 例, 肝动脉置 MT 药泵 28 例。消化道重建方式: 食道十二指肠吻合术 12 例, 食道空肠袢式吻合术 15 例, 食道空肠 Roux-en-Y 吻合术 29 例, 间置空肠加袋术 30 例。术后并发症 18 例, 其中吻合口漏 3 例, 胰瘘 1 例。术后症状: 烧心 21 例, 倾倒综合征 18 例, 餐后上腹饱胀 15 例, 腹泻 12 例, 吞咽困难 9 例。结论 全胃切除后, 间置空肠加袋术在改善患者术后症状和生活质量等方面是比较理想的重建术式。

关键词: 胃切除术; 胃肿瘤/外科学; 消化道重建

中图分类号: R656.6; R735.2 **文献标识码:** A

Study of alimentary reconstruction after total gastrectomy

CHENG Ying-dong¹, SHAN Zhi-tang¹, ZHOU Pei-jian², ZHANG Yong-chuan²

(1. Department of General Surgery, Affiliated Xinqiao Hospital, The Third Military Medical University, Chongqing 400037, China; 2. Department of surgery, Central Hospital of Dazhou City, Dazhou, Shichuan 637000, China)

Abstract: Objective To investigate the ideal procedure of digestive tract reconstruction after total gastrectomy.

Methods The clinical data of 86 cases undergoing total gastrectomy were reviewed retrospectively. **Results** Total gastrectomy was performed in 86 cases, including 76 cases of gastric carcinoma, 8 cases of malignant lymphoma and 2 of leiomyosarcoma; and 17 cases in stage II, 48 cases in stage III, and 21 cases in stage IV. Radical total gastrectomy was performed in 48 cases and palliative total gastrectomy in 38 cases. Gastrectomy combining with resection of tail of pancreas, splenectomy, transverse colectomy or partial hepatectomy was performed in 28 cases; and with drug delivery system implanted into hepatic artery in 28 cases. The reconstruction of digestive tract included esophagoduodenostomy in 12 cases, Braun esophagojejunostomy in 15 cases, Roux-en-Y esophagojejunostomy in 29 cases, and jejunal pouch interposition in 30 cases. Postoperative complications occurred in 18 cases, including anastomosis leakage in 3 cases and pancreatic fistula in 1 case. Postoperative heartburn occurred in 21 cases, dumping syndrome in 18 cases, epigastric fullness in 15 cases, diarrhoea in 12 cases, and dysphagia in 9 cases.

Conclusions Jejunal pouch interposition is an ideal procedure for reducing the patients' postoperative symptoms and improving the quality of life after total gastrectomy.

Key words: GASTRECTOMY; STOMACH NEOPLASMS/surg; DIGESTIVE TRACT RECONSTRUCTION

CLC number: R656.6; R735.2 **Document code:** A

全胃切除术是治疗胃恶性肿瘤常用的手术方

式之一, 但全胃切除术后产生的诸如烧心、倾倒综合征及营养障碍等术后并发症严重影响了患者的生活质量^[1]。选择合理重建方式, 是我们探寻的目的。我们对近年来收治的 86 例全胃切除患者进行了临床分析, 报告如下。

收稿日期: 2003-03-21; 修订日期: 2003-04-22。

作者简介: 程应东 (1964-), 男, 湖北广水人, 第三军医大学附属新桥医院主治医师, 主要从事消化道肿瘤临床方面的研究。

1 资料和方法

1.1 一般资料

1990年6月~2001年6月笔者2所医院共收治胃恶性肿瘤765例,其中648例进行治疗,86例进行了全胃切除。86例中男52例,女34例;年龄34~74(平均49.6)岁。所有患者均经胃镜及上消化道钡餐诊断,经病理检查确诊。

病变部位:贲门部30例,胃底部20例,胃体部14例,底体交界部8例,皮革样胃6例,残胃癌8例。

1.2 肿瘤类型及临床分期

胃癌76例,胃恶性淋巴瘤8例,平滑肌肉瘤2例。临床分期II期17例,III期48例,IV期21例。

1.3 手术方式

86例全胃切除患者中,根治性全胃切除48例,姑息性全胃切除38例;经腹手术65例,胸腹联合切口21例。28例联合脏器切除,包括单纯脾切除12例,脾+胰尾切除8例,肝部分切除5例,横结肠部分切除1例,单纯胰尾切除2例。

全胃切除后消化道重建方式:食管十二指肠吻合术12例,食管空肠袢式吻合术15例,食管空肠Roux-en-Y吻合术29例,间置空肠加“P”型储袋吻合术30例。

关腹前均用温热蒸馏水(约45℃)冲洗腹腔,腹腔留置5-氟尿嘧啶0.5g。28例患者肝动脉安置MT药泵,术中灌注5-氟尿嘧啶0.5~0.75g。所有病人都放置潘式引流管或橡皮引流管,术后1周后拔除。

2 结果

2.1 术后病理检查结果

恶性淋巴瘤8例,中分化腺癌35例,低分化腺癌18例,未分化腺癌8例,印戒细胞癌11例,鳞癌和腺鳞癌各3例。残端无癌残留者81例。残端有癌残留者5例。

2.2 术后并发症

术后出现并发症18例,其中切口感染10例,吻合口漏3例,胰瘘1例,膈下脓肿1例,切口裂开1例,肺不张2例。死亡2例(吻合口漏和肺不张

各1例)。

2.3 随访

62例病人得到随访,随访率为72.1%;随访时间3~38个月,平均18个月。术后出现烧心38例,倾倒综合征29例,餐后上腹饱胀31例,腹泻16例,吞咽困难8例。

3 讨论

全胃切除术已成为治疗胃恶性肿瘤常用术式之一。为了更好地显露和根治胃底贲门部瘤体较大或食道下端、食道裂孔周围有浸润的肿瘤病灶,常需采用胸腹联合切口,但此切口创伤大,术后并发症多,恢复慢,有较多缺点。因此,我们绝大部分仍然采用经腹手术,在吻合器的帮助下,65例患者经腹进行了全胃切除,手术顺利。

有报道^[2]认为,联合脏器切除可提高生存率。是否行联合脏器切除目前尚有分歧。我们认为,若术中发现脾血管周围及脾门有明显肿大的淋巴结,或术中淋巴结冰冻活检为阳性,则同时行脾切除,否则保留脾脏为宜。肝脏转移灶如果为孤立转移灶,可进行肝叶切除或不规则段切除;多发散在转移灶,可在肝动脉安置MT药泵,术中术后进行灌注化疗。能够切除的胰尾转移灶可一并切除。因此,联合脏器切除应视具体情况分别对待,采取个体化原则。

全胃切除后消化道重建方式多种多样,本组病例主要采用下列4种重建方式。

(1)食道十二指肠吻合术 本组中有12例患者采用此术式。我们的体会是此方式操作简便,手术时间短,食物通过生理通道。但术后并发症多且严重。本组病人术后有6例存在吞咽困难,5例残端有癌残留,所有病人都存在不同程度的反流性食道炎症状,生活质量较差。2例吻合口漏是由于吻合口张力缝合而致,因严重感染死亡1例。

(2)食道空肠袢式吻合术 此术式简单,吻合口少,手术时间短。但它不通过生理通路,十二指肠旷置,影响营养的消化吸收,不能有效防止胆汁返流,且缺乏代胃功能,餐后倾倒综合征多见。只适用于全身情况差或病变较晚期而行姑息性切除者。本组有15例患者采用了此方法,术后症状多,

营养差,体重恢复慢,生活质量不高。

(3)食管空肠 Roux-en-Y 吻合术 这是目前应用最广的术式。该术式简便,可靠,能有效防止胆汁返流,术后病人能很快适应“无胃”情况,有一定的储存功能,短期内体重得以恢复和增加。但也存在诸多不足如:食物不通过十二指肠,产生胰腺分泌-食物异步化,影响消化吸收;代胃功能差,部分病人易产生倾倒综合征。故有人主张将食管吻合的一段肠袢做成“P”型储存袋,以增加容量,延缓食物进入肠道的时间,减少倾倒综合征的发生^[3,4]。通过比较有无储袋术式发现,有储袋者,食物停留时间长,症状少,病人主观感觉好,食欲好、食量大,但两者体重与血浆蛋白之间无差异,且有储袋者有使细菌过度生长之虞^[5,6]。本组 29 例患者均采用简单 Roux-en-Y 吻合,术后生活质量较前两组好,但术后并发症仍较多。

(4)间置空肠加袋术 本组有 30 例实行此种重建术,临床效果满意。此术式具有:储袋起到了代胃作用,倾倒综合征少见;恢复了胃肠道的原始连续性,更近似于正常解剖生理状态。少数病人术后早期存在餐后上腹饱胀和恶心的症状,经 3~6 个月的适应后,上述症状逐渐消失,术后营养和体重恢复较快;间置空肠及储袋起到类似幽门的作用,反流性食道炎得到有效控制,生活质量较好,目前普遍认为该术式较为理想。只是该法较为繁杂,手术费时,吻合多,术后发生吻合口漏的机会增大。但只要方法恰当,术后并发症可得到有效控制。我们在手术中采取了如下措施:在肠段的选择上既保证有充足的血供,又容易游离。选择肠系膜上动脉起始分支处含有单一动脉和静脉供应的肠管约 30 cm,此处的血管主干相对较直,容易分离,血供充

分;侧侧吻合构成储袋的双腔肠管的长度约 10 cm,间置空肠的总有效长度约 20 cm 为宜;采用一层全层吻合技术,食管空肠的吻合位置操作相对困难,应特别仔细,尤其要防止后壁的吻合发生遗漏。本组中有 1 例由于操作上的原因术后 3 d 发生食道空肠吻合后壁漏,经及时处理,患者术后恢复顺利。术后随访病人复查钡餐显示,储袋均有不同程度的代偿性扩张,无明显排空延迟,在储袋与十二指肠之间的空肠肠管无折叠和扭曲现象。因此我们以为全胃切除消化道重建以间置空肠加袋术最佳。

参考文献:

- [1] Svedlund J, Sullivan M, Liedmen B, *et al.* Long term consequence of gastrectomy for patients' quality of life: the impact of reconstructive techniques [J]. *Am J Gastroenterol*, 1999, 94 (2): 438 - 445.
- [2] Ambiru S, Miyazaki M, Lto H, *et al.* Benefits and limits of hepatic resection for gastric metastases [J]. *Am J Surg*, 2001, 181 (3): 297 - 283.
- [3] Nozoe T, Anai H, Sugimachi K. Usefulness of reconstruction with jejunal pouch in total gastrectomy for gastric cancer in early improvement of nutritional condition [J]. *Am J Surg*, 2001, 181 (3): 274 - 278.
- [4] 梁刚,傅炯,朱枕太,等. 全胃切除在胃恶性肿瘤治疗中的应用[J]. *中国普通外科杂志*, 2001, 10 (3): 197 - 199.
- [5] Livonen MK, Koskinen MO, Ikonen TJ, *et al.* Emptying of the jejunal pouch and Roux-en-Y limb after total gastrectomy - a randomised, prospective study [J]. *Eur J Surg*, 1999, 165 (8): 742 - 747.
- [6] Nakne Y, Okumura S, Akehira K, *et al.* Jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy for cancer [J]. *Ann Surg*, 1995, 222 (1): 27 - 35.