

食管胃前壁单层吻合预防吻合口狭窄 41 例临床分析

阴兵林 匡裕康 吴九发 林群 王兆阁 王东升 黄建

何枝生 朱剑峰 曾来铎

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

摘要:目的:探讨食管胃前壁单层吻合预防吻合口狭窄的价值。方法:常规经二切口或三切口行食管癌根治性切除,食管胃前壁单层吻合、后壁双层吻合。结果:本组共治疗食管癌 41 例,无手术死亡,无吻合口狭窄;吻合口瘘 1 例,经保守治疗愈;无吻合口出血,术后开始进食时间与传统吻合方式相比无差别。术后 3 个月 30 例复查食道吞钡检查,吻合口宽度均在 1.0~1.5cm 之间。术后 41 例随访均能进软食。结论:该方法能有效降低了吻合口狭窄发生率,而且简化了手术操作步骤,未增加其他并发症的发生率。

关键词:食管癌;单层吻合术;吻合口狭窄

中图分类号:R 735.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)06-0077-01

吻合口狭窄是食管癌术后常见并发症之一,我们于 2003 年 1 月~2005 年 1 月采用食管胃前壁单层吻合预防吻合口狭窄,共治疗 41 例。现将结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般情况 本组 41 例,男 29 例,女 12 例;最大年龄 76 岁,最小年龄 37 岁;平均年龄:55.6 岁;其中食管上段癌 6 例,食管中段癌 30 例,食管下段癌 5 例。经左颈左胸二切口行食管癌根治性切除、食管胃颈部吻合术 29 例,经左颈右胸腹三切口行食管癌根治性切除、食管胃颈部吻合术 12 例;术后病理检查:食管鳞癌:39 例,未分化癌:2 例。

1.2 手术方法 常规经二切口或三切口行食管癌根治性切除,区域淋巴结清扫后,将胃经食管床上提至颈部,于胃底作一长约 3~4cm 切口(略大于食管切缘),分别距食管断缘及胃底切口缘约 1cm 处行食管后壁肌层和胃后壁浆肌层固定 3 针,然后行食管后壁断缘和胃底切口后壁缘间断全层吻合,针距约 0.3~0.5cm,边距(针距切缘)约为 0.5cm。再用褥氏内翻吻合食管前壁断缘和胃底切口前壁缘。边距(针距切缘)约为 0.5cm,褥氏内针距为 0.5~1.0cm,褥氏外针距为 0.3~0.5cm。食管胃前壁不做包埋加固。为防吻合口掉入胸腔,可将胃前壁固定 2 针于颈前肌群上。最后常规放置引流管后,缝闭颈部切口及关胸,关腹。

1.3 结果 本组 41 例,无手术死亡,无吻合口狭窄;吻合口瘘 1 例(考虑食管胃切缘对合欠整齐及切口感染所致),经保守治疗愈;无吻合口出血;术后开始进食时间与传统吻合方式相比无差别。术后 3 个月 30 例复查食道吞钡检查,吻合口宽度均在 1.0~1.5cm 之间。术后 41 例随访均能进软食。

2 讨论

吻合口狭窄是食管癌术后常见并发症之一,其发生率为在 0.5%~5.9%^[1],严重影响患者的生活质量。吻合口狭窄的常见原因有吻合口过小、包埋过多或套入过深、缝针过密、吻合口血运欠佳、局部感染、黏膜对合不良、边距过大内翻过度或误缝后壁等^[2]。我们采用食管胃前壁单层吻合预防吻合口狭窄的方法原理在于:(1)避免了因吻合口过小及包埋过紧,直接导致于吻合口狭窄;(2)避免了因吻合口包埋过多致胃食管折叠,影响吻合口血供,有利于吻合口愈合,而且食管胃前壁褥氏内翻吻合有利于黏膜对合整齐,减少疤痕形成。(3)高尚志等的动物实验远期病理切片见,食管胃单层吻合术的吻合口纤维组织少肌纤维排列齐直,也证实了食管胃单层吻合术能降低吻合口狭窄的发生率^[3];王鲁峰等报道食管胃单层吻合术缺点是出现返流性食管炎,发生率约 1.8%^[4];而本组无返流性食管炎发生。与传统四层吻合法相比,具有以下优点:简化了手术操作步骤,降低了吻合口狭窄发生率,未增加其他并发症的发生率。因此,我们认为该方法简单,安全,有效,值得推广应用。

参考资料

- [1] 崔广晖.单层吻合术在食管贲门癌切除术中的应用[J].实用癌症杂志,2000,15(5):537
- [2] 连士勇,郝宏章,王明福.隧道式食管胃吻合术预防吻合口狭窄 100 例报告[J].中华肿瘤杂志,1987,9(6):39
- [3] 高尚志.食管一层吻合术的实验研究和临床应用[J].中华外科杂志,1988,26(11):665
- [4] 王鲁峰,王东文,韩玉龙,等.食管癌切除单层宽边吻合术的临床应用[J].中国胸心血管外科临床杂志,1999,6(3):184

(收稿日期:2005-03-05)

(上接第 38 页)愈合,另外还有明显的解痉作用,三药合用能明显提高溃疡的近期愈合率。洛赛克直接作用于酸泵,具有可靠的 24h 酸度控制,为溃疡愈合提供良好的环境(pH \geq 3),对胃酸分泌有效控制,在 1 周内缓解率较高。HP 对大黄高度敏感^[1],白及对幽门螺杆菌亦有杀灭作用,合用杀灭幽门螺杆菌作用较强。另外洛赛克抑制胃酸分泌,提高 pH 值,增强大黄、白及的杀灭 HP 的功能。洛赛克自身也可以直接抑制 HP,抑制 HP 的阈值为 pH5.2^[2],洛赛克能达此水平,HP 杀灭可显

著降低 HP 的复发率,雷尼替丁抑酸效果不及洛赛克且对 HP 无杀灭作用,故对十二指肠近期疗效远期疗效均优于对照组。

参考文献

- [1] 陈泽民,李道本,金敬善,等.全国中西医结合防治消化系统疾病对策研讨会论文述要[J].中国中西医结合杂志,1992,12(6):381
- [2] Brunner G.消化性溃疡的现代治疗[J].消化内镜杂志,1996,2(1):36

(收稿日期:2005-03-05)