

- [2] Fleming ID, Cooper JS, Henson DE, et al. American Joint Committee on Cancer; Cancer Staging Manual. 5th ed. New York: Springer, 1997.
- [3] Greene FL, Page DL, Fleming ID, et al. American Joint Committee on Cancer; Cancer Staging Manual. 6th ed. New York: Springer, 2002.
- [4] 何敏, 王坚, 施毓谦, 等. 胆囊癌术式的选择与预后. 中华消化外科杂志, 2008, 7(4): 277-280.
- [5] You DD, Lee HG, Paik KY, et al. What is an adequate extent of resection for T1 gallbladder cancers? Ann Surg, 2008, 247(5): 835-838.
- [6] Sasaki R, Itabashi H, Fujita T. Significance of extensive surgery including resection of the pancreas head for the treatment of gallbladder cancer—from the perspective of mode of lymph node involvement and surgical outcome. World J Surg, 2006, 30(1): 36-42.
- [7] Sikora SS, Singh RK. Surgical strategies in patients with gallbladder cancer; nihilism to optimism. J Surg Oncol, 2006, 93(8): 670-681.

(收稿日期: 2009-10-07)

(本文编辑: 毛蜀)

## · 经验交流 ·

## 胸内食管胃吻合连续 367 例无吻合口瘘的经验

张廷平 梁天 管向臣

尽管食管癌手术技术及术后治疗有了较大进步,但食管癌术后并发的吻合口瘘仍困扰着胸外科医生。2000 年 2 月至 2009 年 4 月我科采用国产吻合器行胸内食管胃吻合 367 例,效果良好,现报道如下。

## 1 资料与方法

## 1.1 一般资料

本组食管癌患者 296 例,食管胃交界癌患者 71 例。其中男 321 例,女 46 例;年龄 42~78 岁,平均年龄 62 岁。中段食管癌 122 例,下段食管癌 174 例。合并慢性支气管炎 12 例,缺血性心脏病 26 例,糖尿病 8 例。

## 1.2 手术方法

根据肿瘤位置切除相应食管或近端胃,采用全胃代食管(未行管状胃成型),于胸内行食管胃端侧吻合,吻合口采用 WGW 型吻合器(重复用)进行吻合。具体方法:于近端食管行荷包缝合,将装好垫圈的抵钉座置入近端食管腔内,并收紧荷包。再将吻合器身插入胃腔内,于拟吻合部位将中心杆自胃壁穿出,并与抵钉座正确连接,然后调节吻合器尾部的螺母,使抵钉座与钉仓在恰当的位置,击发吻合器。再用 4 号线间断全层缝合吻合口,全周约 9~12 针,间距约 5~6 mm。于吻合口的左、右及前方分别进行 3 针减张缝合。

## 2 结果

右胸内及左胸弓上吻合选用 24 mm 吻合器 180 例,26 mm 吻合器 11 例;左胸内弓下吻合选用 26 mm 吻合器 171 例,29 mm 吻合器 5 例。术中发生吻合器机械故障 2 例。全组患者均治愈,无胸内吻合口瘘,无吻合口出血。术后胸腔内出血 1 例,乳糜胸 1 例,均给予二次剖胸治疗。术后并发吻合口狭窄 3 例(需进行扩张治疗),胃瘫 3 例。术后并发切口感染 2 例,肺部感染 3 例,并发心律失常及心功能不全 5 例。

## 3 讨论

胸内吻合口瘘是食管癌术后较严重的并发症,其发生率为 0.34%~2.30%<sup>[1]</sup>。应用机械吻合,熟练掌握手术技巧和加强围术期管理是预防瘘发生的有效方法<sup>[2]</sup>。注意事项:(1)对于梗阻严重的食管癌患者,术前给予 2~3 d 的禁食、静脉营养支持、食管内减压以及抗生素加盐水冲洗,以减少食管壁水肿,有利于术中吻合及术后愈合。(2)吻合区域保持良好血供。游离胃应操作轻柔,避免牵拉、捏挫对胃底产生机械损伤,导致胃底部缺血。在保证吻合无张力的前提下,尽量保留胃右动脉或其分支,增加胃底部的血供。食管残端的游离范围约在 2~3 cm,以保证食管残端有足够的血运<sup>[3]</sup>。(3)降低吻合口张力。吻合前应充分游离远端胃,降低吻合口张力。在机械吻合后,常规于吻合口周围加行 3~4 针的减张缝合。(4)吻合器的合理选择及正确操作。术后吻合口狭窄与吻合器的直径相关,但直径过大会导致食管壁肌层或黏膜撕裂,易产生吻合口瘘<sup>[3]</sup>。吻合器型号通常在弓上以 24 mm 为主,弓下以 26 mm 为主。吻合时,食管荷包缝合的平面应与食管纵轴垂直,确保术后吻合口受力均匀。荷包结扎后,远端残余食管的长度应适宜,避免过短或残留过长影响装订。吻合完毕,应检查切线组织环是否完整,必要时给予缝合加固等补救措施。(5)术后应仔细观察胸胃排空功能的恢复情况,及时发现和治疗胃排空障碍,避免胃膨胀导致吻合口破裂。

## 参考文献

- [1] 周乃康,梁朝阳,柳曦,等.食管癌和贲门癌手术中应用圆形吻合器的经验.中华胸心血管外科杂志,2007,23(4):269-270.
- [2] 熊刚,吴蔚,杨康,等.食管癌贲门癌术后吻合口及胸胃瘘的临床分析.消化外科,2004,3(6):399-401.
- [3] Raz DJ, Tedesco P, Herbella FA, et al. Side-to-side stapled intrathoracic esophago-gastric anastomosis reduces the incidence of leaks and stenosis. Dis Esophagus, 2008, 21(1): 69-72.

(收稿日期: 2009-07-13)

(本文编辑: 毛蜀)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2010.02.020

作者单位: 273300 山东省平邑县人民医院胸外科