

手辅助腹腔镜胃癌根治性全胃切除术的价值评估

王东平,许淑华,潘志鹏,崔翔,丁军宁

东台市中医院外科,江苏 盐城 224200

[摘要] 目的:探讨手辅助腹腔镜胃癌根治性全胃切除术的临床应用价值。方法:采用回顾性研究方法。收集2016年5月—2017年5月12例患者的临床资料,分析手术时间、手术切口长度、术中出血量、淋巴结清扫数目、术后肠道恢复功能时间以及住院时间。结果:12例患者均成功完成手辅助腹腔镜胃癌根治性全胃切除术,无中转开腹,无围手术期死亡。手术时间(167 ± 18)min,手术切口长度(6.57 ± 1.1)cm,术中出血量(225.56 ± 31.5)mL,淋巴结清扫数目(16.5 ± 3.2)枚,术后肠道恢复功能时间(3.5 ± 1.5)d,住院时间(8.6 ± 1.2)d。均未出现吻合口漏、出血、切口感染等术后并发症,恢复良好。结论:手辅助腹腔镜胃癌根治性全胃切除术安全可行,预后较好,淋巴结清扫范围和数目均能够达到根治性胃癌手术的标准,值得推广使用。

[关键词] 手辅助腹腔镜;胃癌根治术;全胃切除术;价值评估

[中图分类号] R735.2

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2018)12-1760-02

doi:10.7655/NYDXBNS20181225

胃癌是常见的消化道恶性肿瘤,在我国,其发病率和病死率均位居第2位^[1]。外科手术是治疗胃癌的主要手段^[2]。日本Kitano等^[3]在1994年首次采用腹腔镜手术治疗早期胃癌。腹腔镜胃癌手术以创伤小、出血少、恢复快等优势在临床上得到较为广泛的应用,其适应证也不断扩大,已从早期胃癌扩展至进展期胃癌。然而,由于胃周血供丰富、解剖层次多、淋巴清扫复杂以及腹腔镜操作视野较窄和缺乏手感等特点,导致其技术难度高,学习曲线长。手辅助腹腔镜手术(hand-assisted laproscopics surgery, HALS)作为腹腔镜手术的一个重要类型,是指术者经特定的手辅助装置将一只手伸入腹腔,同时保持气腹,配合腹腔镜器械完成手术。HALS结合了开腹手术的传统优点,恢复了手的触觉功能,降低手术难度,减少中转开腹,兼有腹腔镜手术的微创优势。本文回顾性分析实施手辅助腹腔镜胃癌根治性全胃切除术的12例患者资料,现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

收集2016年5月—2017年5月本院成功完成的12例手辅助腹腔镜胃癌根治性全胃切除术患者的临床资料,其中,男8例、女4例。年龄33~70岁,平均年龄为52岁。肿瘤部位:胃体大弯侧3例、胃体小弯侧6例、贲门3例。组织学分型:低分化型7例、

中分化型4例、高分化型1例。根据2010年第7版美国癌症联合会(AJCC)胃癌TNM分期标准:ⅠA期4例、ⅢA期5例、ⅢB期3例。

1.2 方法

术前做好相关准备工作,手术分为3个部分,准备及探查、淋巴结清扫以及消化道重建,具体措施为:①准备及探查:患者取“大”字位,于剑突与脐部之间作一长6~8 cm纵向切口,并将蓝蝶手助器放置其中。脐孔下方置入10 mm Trocar(套管针)建立气腹并作为观察孔,气腹压力维持在12~15 mmHg,手术操作者于患者右侧,左手经手助器放入腹腔中,助手站于左侧,扶镜手站于两腿之间。检查并确定肿瘤位置、尺寸以及浸润程度,并对手术的可行性进行评估并确定手术方案。然后在右侧平脐锁骨中线处置入12 mm Trocar作为主操作孔,左侧对称于主操作孔及肋弓下缘与腋前线交点处分别置入5 mm Trocar作为辅助操作孔。②淋巴结清扫:沿横结肠上缘将大网膜和胃结肠韧带游离,并将结肠系膜前叶分离。使用超声刀沿横结肠将胃结肠韧带与脾侧大网膜分离,同时将胰腺尾部被膜和胃网膜左血管分离并切断。将胃短血管横断并清扫淋巴结。将胃以及网膜组织托起,并使用食指在胃裸区对后腹膜进行钝性分离,并于胰腺上缘以及脾动脉上方清扫淋巴结。将胃冠状静脉与胃左动脉分离,清扫淋巴结并切断血管。向上分离直至贲门右侧,

并对紧邻肝左叶脏面部分与肝胃韧带进行分离,同时清扫淋巴结。将食管下端游离并清扫附近的淋巴结。分离胰腺头部以及体部被膜至胰腺上缘,并沿胰腺上缘进行淋巴结清扫。清扫十二指肠动脉和幽门处的淋巴结并离断胃网膜右血管。将幽门上和肝动脉分离,离断胃部右血管并且清扫淋巴结。③消化道重建:采用Roux-en-Y食管空肠吻合术(esophagogastrectomy with Roux-en-Y)。行全胃切除后,距屈氏韧带约20 cm处切断空肠,上提远端空肠与食管采用圆形吻合器行端侧吻合,近断端空肠与距食管空肠吻合口45~60 cm的远断端空肠行侧侧吻合,关闭系膜裂隙。

观察手术时间、手术切口长度、术中出血量、淋巴结清扫数目、术后肠道恢复功能时间、住院时间以及术后并发症发生率。

2 结果

12例患者均成功完成手辅助腹腔镜胃癌根治性全胃切除术,手术时间140~190 min,平均(167±18)min;手术切口长6~8 cm,平均(6.57±1.10)cm;术中出血量100~390 mL,平均(225.56±31.5)mL;手术清扫淋巴结12~34枚,平均(16.5±3.2)枚;术后肠道恢复功能时间3~7 d,平均(3.5±1.5)d;住院时间为7~11 d,平均(8.6±1.2)d。所有患者术后均未出现明显的不良反应,手术预后情况较为理想。

3 讨论

本组12例患者均顺利实施手辅助腹腔镜胃癌根治术,无中转开腹,术后病理未发现切缘肿瘤残留,并且未发生切口感染、出血、吻合口漏和吻合口狭窄等术后近期并发症。手术中清扫的淋巴结数目均值为(16.5±3.2)枚。由此可见,手辅助腹腔镜胃癌根治术安全性高,符合根治性手术操作规范,与已报道的研究结果相似^[4-5]。本研究的12例胃癌患者的手术切口长度均值为(6.57±1.1)cm,术后胃肠功能恢复平均时间为(3.5±1.5)d,术后住院平均时间为(8.6±1.2)d,显著优于传统开腹手术,具有微创优势。

Hu等^[6]研究结果提示腹腔镜胃癌D2根治术治疗进展期胃癌可由患者数目较多的大型医院的经验丰富的外科医师谨慎实施,但仍需关注临床研究进展,直到证实其长期疗效。可能的原因是腹腔镜

手术视野暴露困难、术中出血处理困难、手术时间长、学习曲线较长和淋巴结清扫复杂;以及腹腔粘连、肿瘤体积大侵犯临近器官和淋巴结肿大融合增加了操作难度^[7]。相比于腹腔镜胃癌根治术,HALS手术恢复了手的触觉,加强手眼协调性,便于了解肿瘤病灶的程度及转移状况,能够提高探查的效率。同时,辅助手的参与便于牵拉和暴露解剖部位,分解粘连,确定大血管位置及控制意外出血,减少术中出血量,降低中转开腹率。尤其对于腹腔干及其分支周围的淋巴结清扫,HALS胃癌根治术可借助手灵活性,利用手背撑起胃和网膜组织,手指进行钝性分离牵拉,再结合超声刀的使用,清扫胰腺上缘的No.7、8a、9和11p淋巴结,较腹腔镜手术更为简便、安全,也利于提高淋巴结检出数和缩短手术时间。此外,本研究中HALS胃癌根治术的手术程序为:首先做上腹部探查切口,与开腹手术一致,直视下分离大网膜和横结肠系膜前叶,然后进行腹腔镜手术,可简化手术过程,缩短手术时间。

[参考文献]

- [1] Chen W, Zheng R, Baade P D, et al. Cancer statistics in China, 2015 [J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132
- [2] Van Cutsem E, Sagaert X, Topal B, et al. Gastric cancer [J]. Lancet, 2016, 388(10060): 2654-2664
- [3] Chang KK, Park DJ, Yoon SS. Laparoscopic versus open surgery for gastric adenocarcinoma: Innovation continues to challenge tradition [J]. Ann Surg, 2016, 264(2): 223-225
- [4] Klop KW, Kok NF, Dols LF, et al. Cost-effectiveness of hand-assisted retroperitoneoscopic versus standard laparoscopic donor nephrectomy: a randomized study [J]. Transplantation, 2013, 96(2): 170-175
- [5] Zhang GT, Zhang XD. Hand-assisted laparoscopic spleen-preserving total gastrectomy for gastric cancer: technical feasibility and early results [J]. Am Surg, 2013, 79(4): 407-413
- [6] Hu Y, Huang C, Sun Y, et al. Morbidity and mortality of laparoscopic versus open D2 distal gastrectomy for advanced gastric cancer: A randomized controlled trial [J]. J Clin Oncol, 2016, 34(12): 1350-1367
- [7] 汪大田,张亚铭,马军,等.腹腔镜根治性全胃切除术的技术难点[J].中华胃肠外科杂志,2015,18(2):187-189

[收稿日期] 2018-05-03