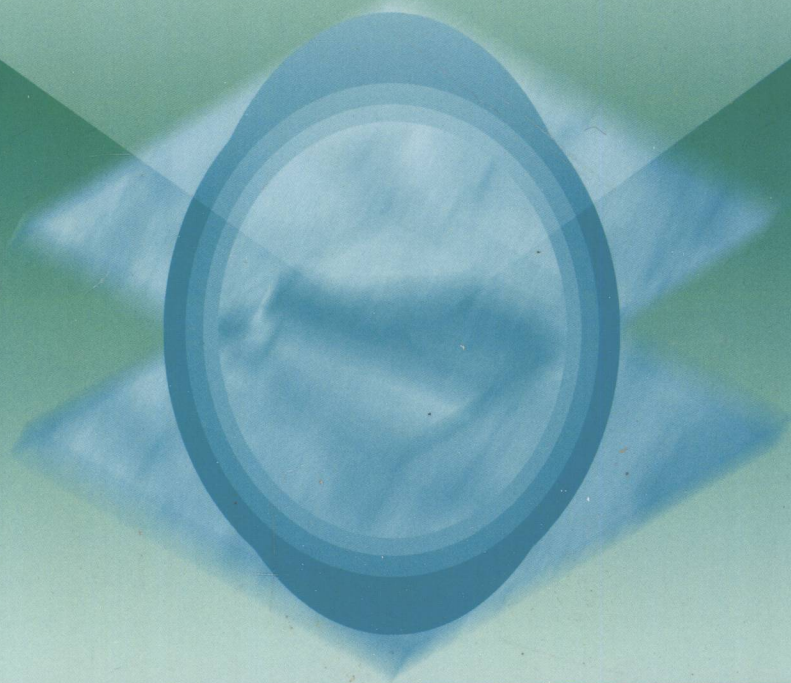


最新医院普通外科手术操作大典



中国卫生科技出版社

第一卷



南方医科大学图书馆



AA648019

中国卫生科技出版社

第十章 高位胃溃疡的手术

高位胃溃疡是指靠近贲门部的胃溃疡。其特殊性在于这个部位的溃疡行常规胃远端大部切除将会破坏贲门或食管下端的功能，吻合后易引起贲门部狭窄。高位胃溃疡虽可以行保留溃疡的胃远端大部切除，术后溃疡可以愈合，但在防止溃疡出血、穿孔或癌变等方面不如将溃疡切除可靠。根据接近贲门的程度，高位胃溃疡分为高位胃小弯溃疡及贲门前溃疡。

一、高位胃小弯溃疡切除术

高位胃小弯溃疡指胃小弯溃疡距贲门较近，但切除缝合后尚不致影响贲门的通畅及功能。可行包括溃疡病灶在内的胃小弯切除并保留较多的胃大弯。行 Billroth I 式或 II 式重建。

【手术步骤】

(1) 游离及切断十二指肠，沿胃大弯向左游离至胃网膜左右动脉交界处，胃小弯侧需向上游离至贲门部，切断结扎胃左动脉胃支，保留食管支。于胃大弯侧预定切断部位与大弯垂直上 1 把有齿血管钳，钳夹长度约 4cm，再于其远端胃壁上一把肠钳，暂时夹闭胃腔。沿有齿血管钳远侧切断大弯侧胃壁至钳尖端。再于胃小弯溃疡近端与有齿血管钳之间上 1 把长弯有齿血管钳（图 10-1）。

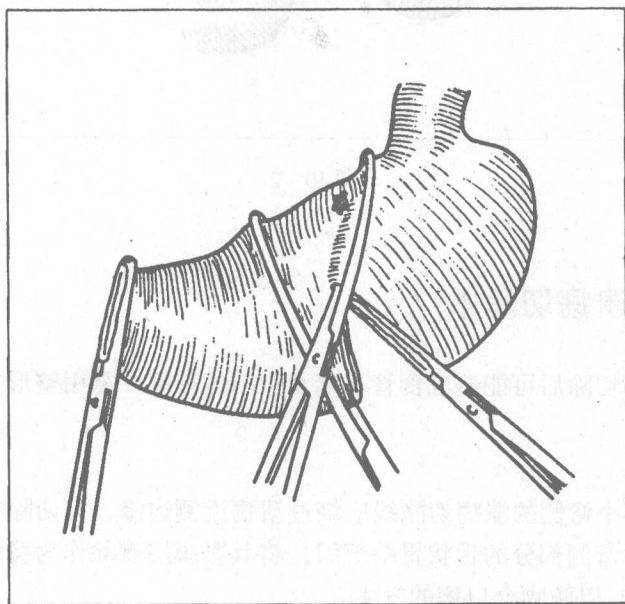


图 10-1

(2) 沿血管钳右侧将胃小弯溃疡及胃远端一并切除。胃小弯侧残端用不吸收线做两层缝合关闭。胃残端再与空肠吻合 (图 10-2)。

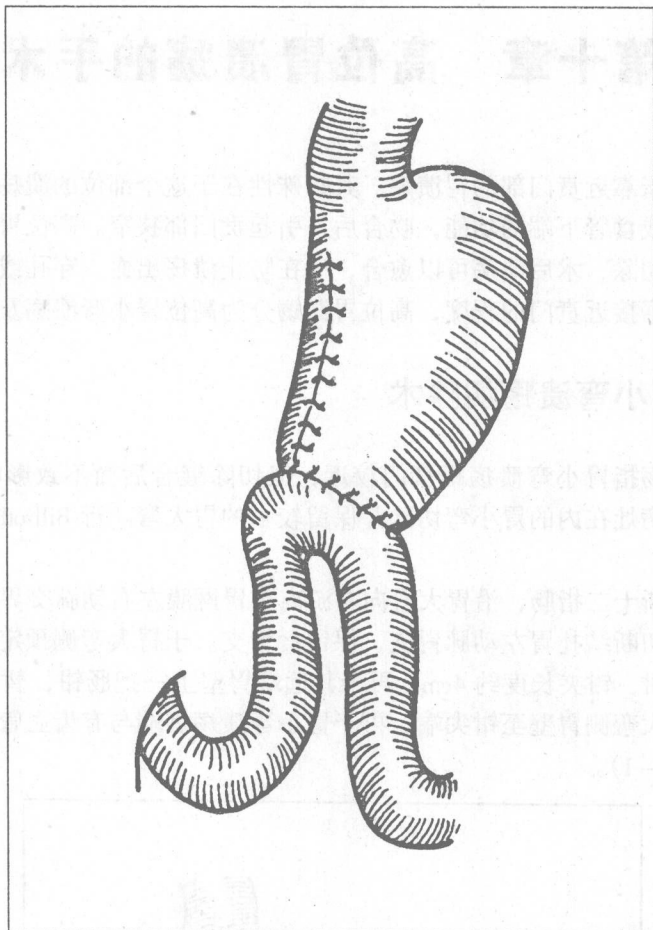


图 10-2

一、贲门前溃疡切除术

这一部位的溃疡切除后可能造成食管下端及贲门的狭窄,需用整形方法来修复以扩大食管下端的开口。

【手术步骤】

(1) 位于贲门部小弯侧的溃疡切除线应绕过溃疡近侧边缘,需切除部分贲门及食管的前壁并保留贲门下胃小弯侧部分的舌状胃壁组织,将其黏膜层剥除作为覆盖点 2 至点 5 缝合口的组织瓣 (图 10-3) 以防吻合口瘘的发生。

(2) 胃切除后,按图示将胃前后壁点 2 上提与点 1 缝合使食管下端的纵行切口缺损变成一横行的食管与胃的缝合线并修复了食管壁的缺损,然后再缝合胃小弯点 2 至点 5,并将点 3 点 4 的舌状组织瓣覆盖于其上。然后再根据情况将点 5 至点 6 与空肠吻合 (图 10-4)。

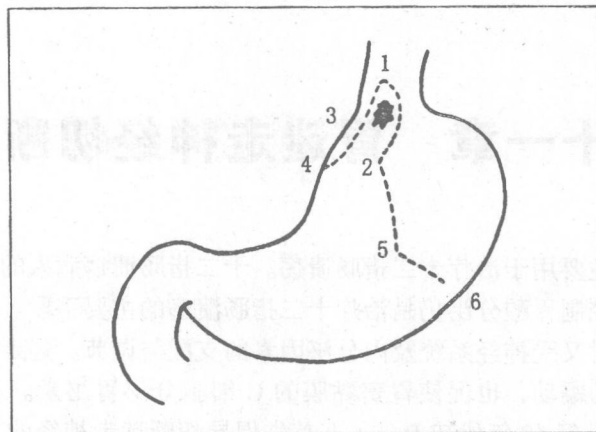


图 10-3

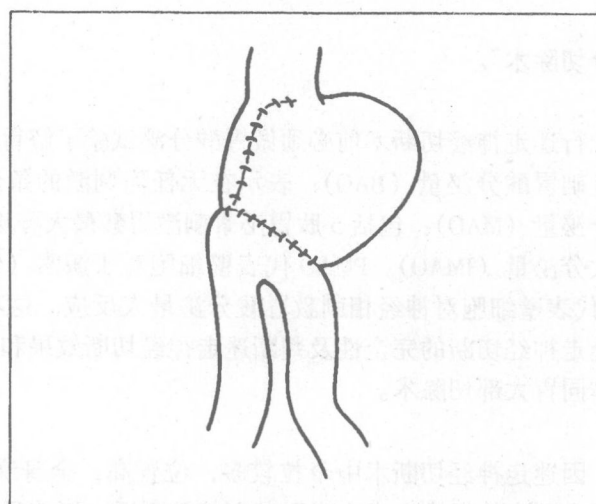


图 10-4

第十一章 胃迷走神经切断术

迷走神经切断术主要用于治疗十二指肠溃疡。十二指肠溃疡病人的胃酸都有不同程度的增高。到目前为止,控制胃酸分泌仍是治疗十二指肠溃疡的主要手段。胃酸分泌的多少与壁细胞的数量有关,同时又受神经系统及内分泌因素的支配与调节。迷走神经兴奋可促使壁细胞分泌盐酸并促使胃的蠕动,也促使胃窦黏膜的G细胞分泌胃泌素。后者又可刺激壁细胞增加胃酸的分泌。20世纪40年代初 Dragstedt 首先倡导切断迷走神经的方法来治疗十二指肠溃疡。其基本原理是切断支配胃的迷走神经,去除了神经对胃酸分泌刺激因素,使胃酸分泌减少,达到治愈溃疡的目的。但必须行附加手术解决迷走神经切断带来的胃潴留问题。

【适应证】

同“第六章胃部分切除术”。

【术前准备】

十二指肠溃疡病人行迷走神经切断术前必须做胃酸分泌试验了解胃酸分泌功能。其中主要包括下列试验:①基础胃酸分泌量(BAO):表示在无任何刺激条件下壁细胞分泌盐酸的功能;②胃酸最大分泌量(MAO):包括5肽胃泌素刺激胃酸最大分泌量(PMAO)及胰岛素低血糖刺激胃酸最大分泌量(IMAO)。PMAO代表壁细胞对于激素(体液)相刺激的胃酸最大分泌反应,IMAO代表壁细胞对神经相刺激胃酸分泌最大反应。这项检查对于选择迷走神经切断方式,估计迷走神经切断的完全性及判断迷走神经切断效果和预后有重要意义。

其他术前准备工作同胃大部切除术。

【麻醉与体位】

应采用全身麻醉。因迷走神经切断术中牵拉较多,位置高,全身麻醉才能满足手术要。硬脊膜外麻醉不能阻断内脏牵拉反应,术中常引起呕吐及不适,影响显露及操作。

取头高足低卧位,倾斜 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$,膈肌及内脏下移有利于显露。

第一节 胃迷走神经干切断术

1943年 Dragstedt 首先应用这种手术方式治疗溃疡病。将迷走神经的前干及后干于膈下部位切断。这种方式不仅切断了支配胃的迷走神经,也切断了支配整个腹腔脏器的迷走神经,故又称为全腹腔迷走神经切断术。迷走神经干切断后胃的蠕动功能降低,术后会发生胃潴留。因而必须附加胃引流手术,如幽门成形术、胃肠吻合术或加胃窦或半胃切除术。迷走神经干切断术由于去除了整个腹腔脏器的迷走神经支配,手术后并发症较多,如胃肠道功能紊乱、腹泻、肝胆系统疾病等。现在这种手术方式的应用较少(图11-1)。

【手术步骤】

(1) 显露出左膈下面。首先游离食管下端,提起食管前腹膜,横行切开并向两侧延长,

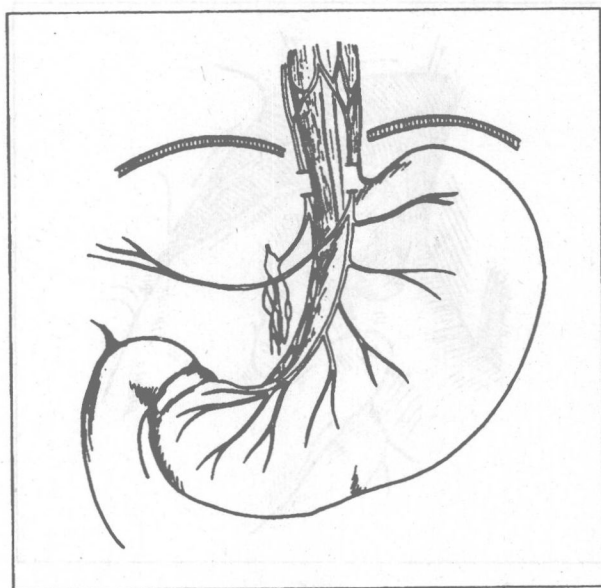


图 11-1

沿腹膜下疏松组织将腹膜与食管前壁进行分离 (图 11-2)

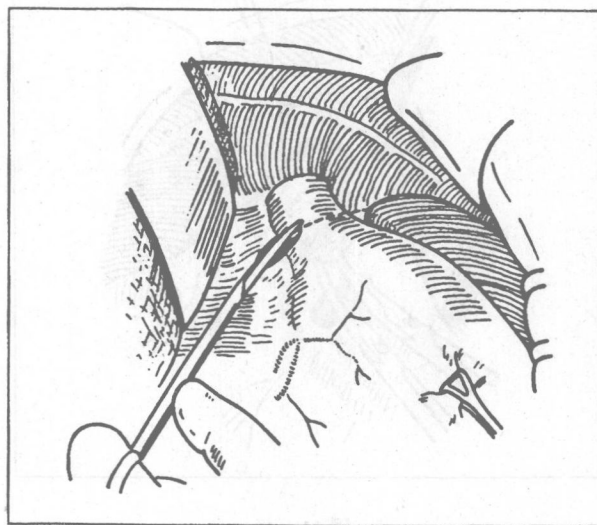


图 11-2

(2) 在腹膜上切缘用不吸收线缝一针做牵引, 充分显露并分离出食管前壁及其两侧。术者用右手示指沿食管左侧向后壁钝性分离。通常食管后面有疏松组织间隙, 手指容易通过, 注意用手指分离时必须沿食管后壁。迷走神经后干与食管之间尚有一间隙, 手指应通过此间隙将迷走神经后干向后面分开, 然后从食管右侧伸出 (图 11-3)。

(3) 手指进入食管右侧时可能遇到肝胃韧带的上缘而不易通过, 应将此韧带切开, 同时用一条带顺手指绕过食管后面将食管下端向前下方牵引以显露食管后面的结构 (图 11-4)。

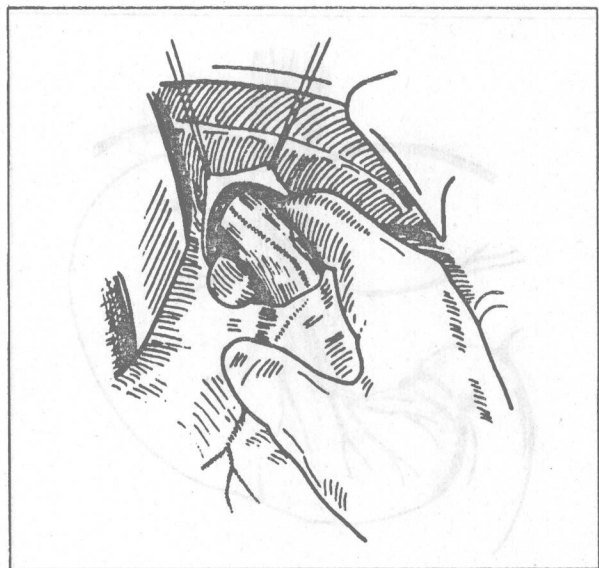


图 11-3

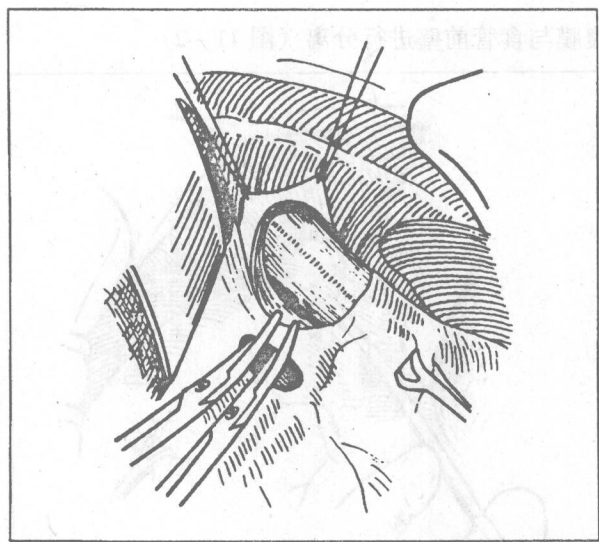


图 11-4

(4) 迷走神经前干紧贴食管前壁下行，常不易认清，但可能触及如一紧张的绳状条索。沿条索将迷走神经前干游离出 2~3cm 后将该段切除。上下端分别用不吸收线结扎（图 11-5~图 11-6）。

(5) 提起条带将食管向左前方旋转牵开。以同样的方式找出迷走神经后干并游离出 2~3cm 后切除该段。上下端用不吸收线结扎（图 11-5，图 11-6）。

(6) 在分离及切断神经的过程中还可能看到一些沿食管肌层表面下行的纤维组织。其中可能有迷走神经的膈上胃支，均应切断结扎。出血点均应结扎或缝扎止血。最后将食管向左

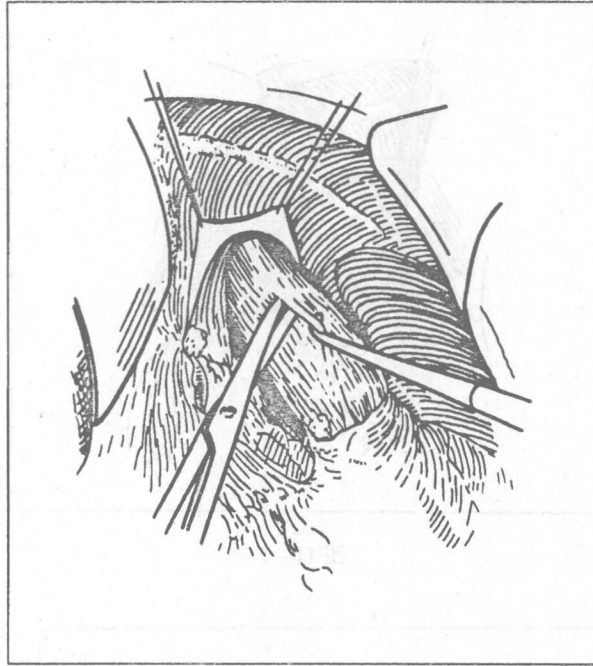


图 11-5

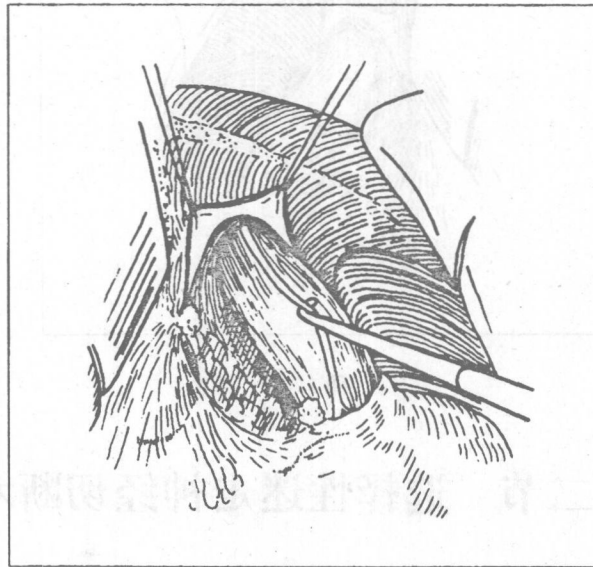


图 11-6

上方牵引，显露食管裂孔及膈肌脚。若食管裂孔过大，可用不吸收线缝合 2 或 3 针使其缩小至可进入一指的大小，以防止发生食管裂孔疝（图 11-10A、B）。

然后去除牵引条带，食管恢复原来位置，腹膜不需缝合。

迷走神经干切断后需附加胃引流手术、胃窦切除术或半胃切除术。

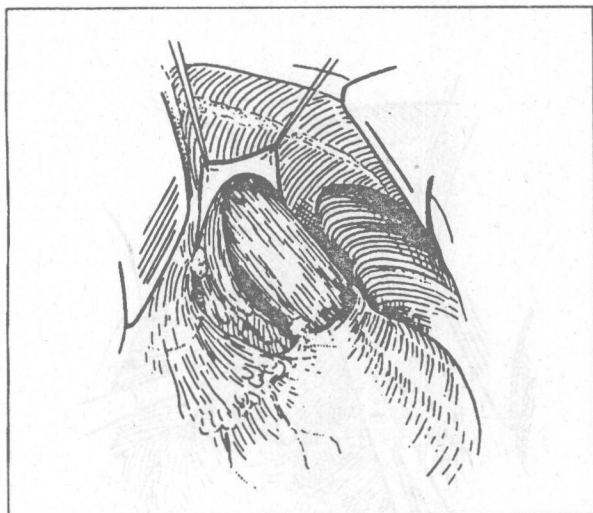


图 11-7

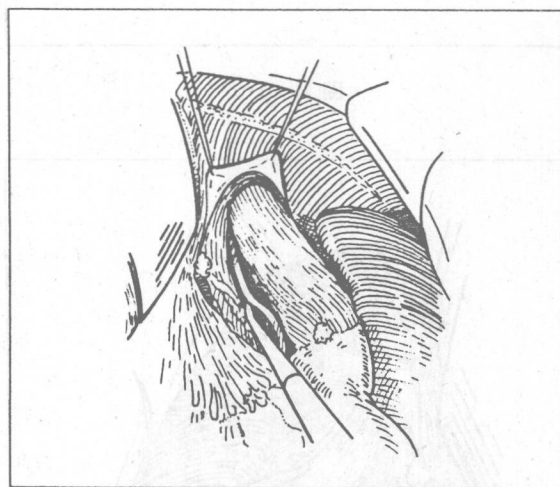


图 11-8

第二节 选择性迷走神经切断术

1948年由 Franksson 和 Jackson 把此方法用于临床。于迷走神经前干的肝支以下切断前主胃支（即前 Latarjet 神经）。于迷走神经后干的腹腔支以下切断后主胃支（后 Latarjet 神经），保留了肝支及腹腔支，只切断了支配整个胃的迷走神经，故又称为全胃迷走神经切断术。与迷走神经干切断术相比，这种手术缩小了迷走神经切除范围，保留了除胃以外的迷走神经支配，对腹腔其他脏器功能的影响较小。但由于支配胃，尤其是胃窦部的迷走神经亦被切断，

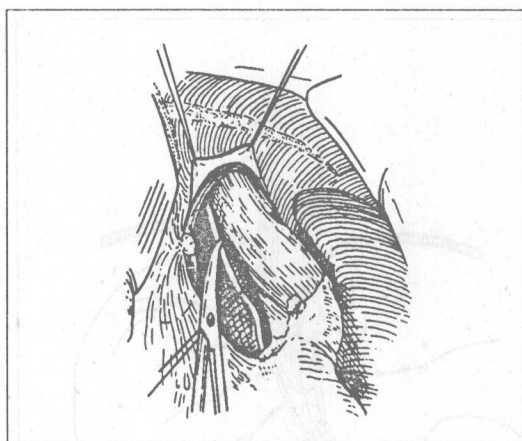


图 11-9

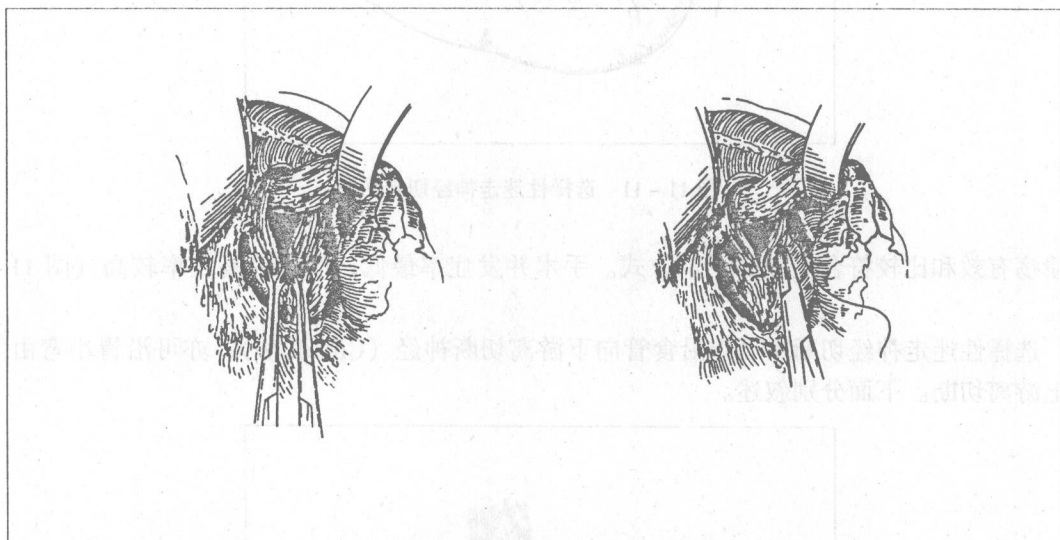


图 11-10

术后会发生胃的排空障碍。因而也必须行附加手术，如幽门成形术、胃窦切除或半胃切除术等（图 11-11）。

1967 年 Holle 及 Hart 提出了选择性近端胃迷走神经切断术（Selective Proximal Vagotomy）的设想。1970 年 Johnston 与 Willian 提出了高选择性迷走神经切断术这一名称并用于临床。同年 Amdrop 与 Jenson 命名为壁细胞迷走神经切断术（Parietal Cell Vagotomy）。此外，这一手术方式还被称为酸分泌迷走神经切断术（Acidosecretive Vagotomy）及超选择性迷走神经切断术（Ultraselective Vagotomy）。

高选择性迷走神经切断术只切断支配胃体部即支配壁细胞区域的迷走神经，保留了支配胃窦部的迷走神经，从而保留了胃窦部的蠕动功能，不需要附加胃引流手术。这种术式既减少了胃酸分泌，又保留了胃窦、幽门及十二指肠解剖及功能的完整性，被认为是治疗十二指

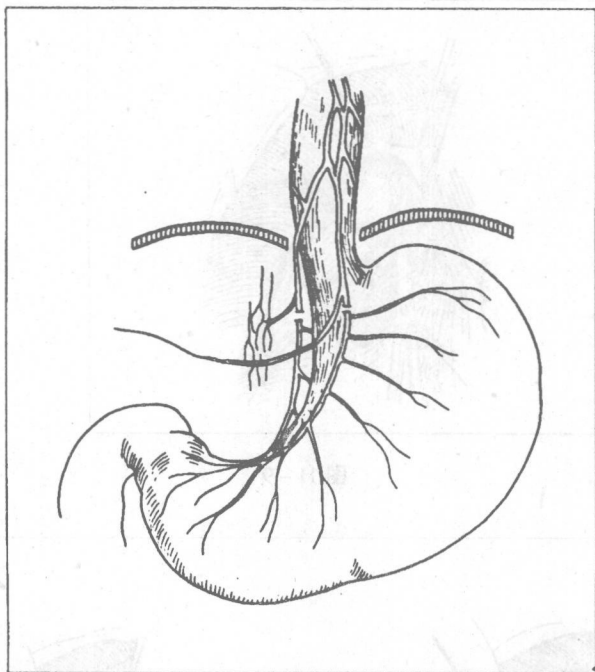


图 11-11 选择性迷走神经切断术

肠溃疡有效和比较符合生理的手术方式。手术并发症率最低，但溃疡复发率较高（图 11-12）。

选择性迷走神经切断术可以沿食管向下游离切断神经（Griffith 法），亦可沿胃小弯由下向上游离切断。下面分别叙述。

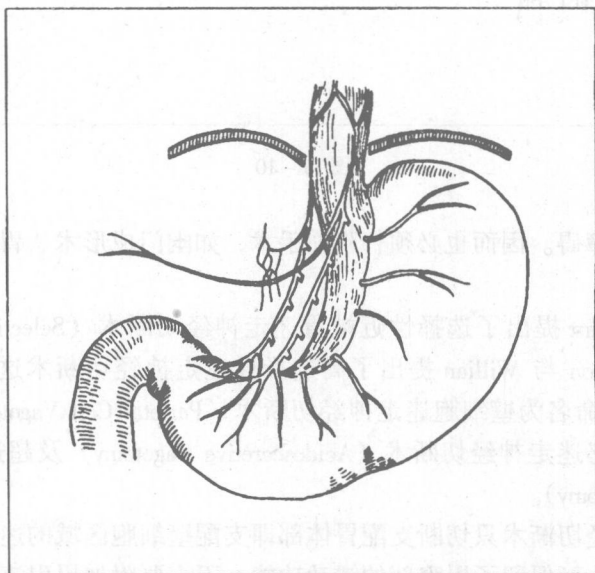


图 11-12 高度选择性迷走神经切断术

一、Griffith 法

【手术步骤】

(1) 进腹后显露出左膈下区。贲门部右侧无血管的小网膜上可见到由迷走神经前干分出的肝支向肝门方向行走，其后方为肝尾状叶。于贲门右侧及迷走神经肝支的下方切开小网膜，再将贲门左侧三角区的腹膜切开，迷走神经的前主胃支（前 ILA - trjet 神经）即位于这两个切口之间（图 11 - 13）。

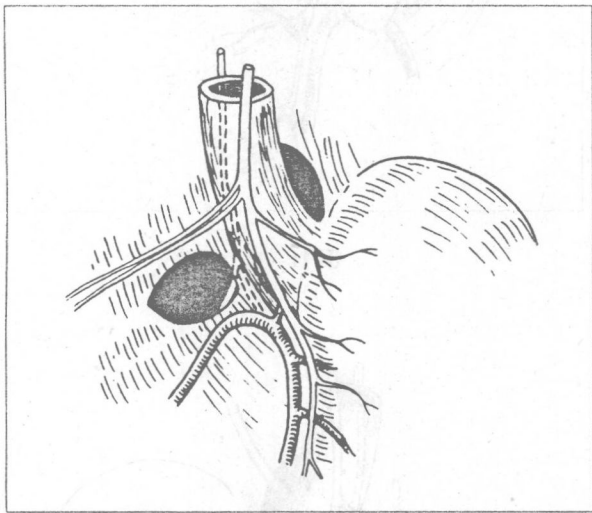


图 11 - 13

(2) 迷走神经的后主胃支（后 Latarjet 神经）的位置较深，一般不容易看见，可用手指分离来判定。术者用右手示指从 His 三角区的腹膜切口伸入，沿食管后壁向右侧分离至后面时可以触到迷走神经的后干，手指从迷走神经后干的后方疏松组织中通过，进到食管右侧由小网膜的切口伸出，然后以手指指引换上一根橡胶带通过食管后方，环绕食管下端，其中应包含迷走神经前、后干及腹腔支（图 11 - 14，图 11 - 15）。

游离食管前面的腹膜包括迷走神经前干及前主胃支（图 11 - 16），于肝支的下方切断前主胃支及食管前腹膜，分离及剥光食管前壁使显露出纵行肌层（图 11 - 17）。

(3) 将迷走神经后干从胃胰皱襞中游离出来，用另一根条带环绕向右侧牵开，再将原来从后面绕过食管及迷走神经后干的条带重新放置，沿食管后壁与迷走神经后干之间通过，将食管下端向左侧牵开（图 11 - 18）。

(4) 此时可见到胃左动脉及其向上分出的食管支以及向下分出的胃支。为了能完全切断与血管伴行进入胃小弯的迷走神经支将胃左动脉及迷走神经的后主胃支一起切断，使迷走神经后干、腹腔支与贲门及食管下端完全分开。后 Latarjet 神经已完全切断（图 11 - 19）。

手术中有时可以看到沿食管肌层表面下行的神经纤维，均应分离并切断。将食管整圈剥光露出纵行肌层。

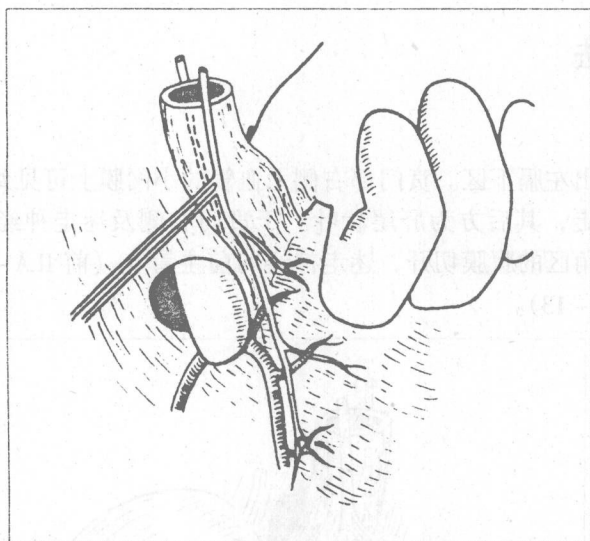


图 11-14

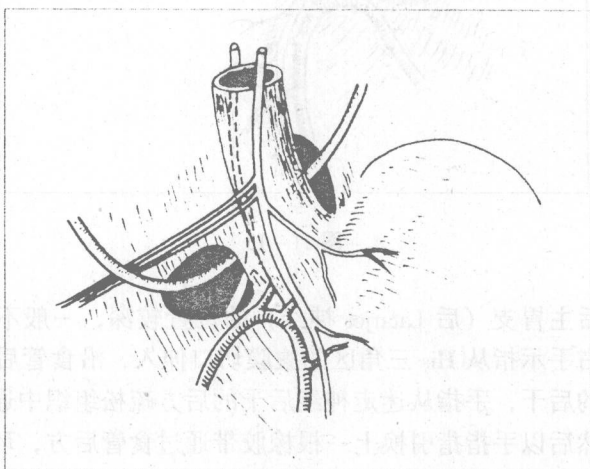


图 11-15

二、选择性迷走神经切断术沿胃小弯切断法

【手术步骤】

(1) 沿胃小弯的切断法不需直接分离显露迷走神经干。进腹后显露左膈下区手术野，将胃体部向左下方牵引，显露食管下端、贲门部及胃小弯并使肝胃韧带展平，同时可看到迷走神经前干分出的肝支由贲门部向肝门部行走的纤维和前 Latarjet 神经沿胃小弯下行。手术于贲门下胃小弯侧开始，于胃左动脉第 1 胃支处沿胃小弯切开小网膜前叶，分离切断及结扎该血管及其伴行的神经支（图 11-20，图 11-21）。

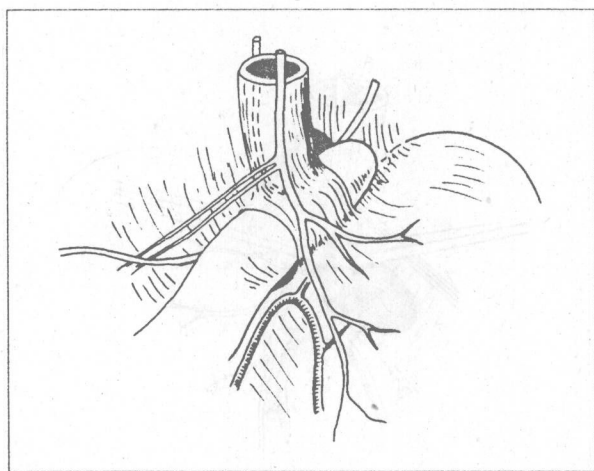


图 11-16

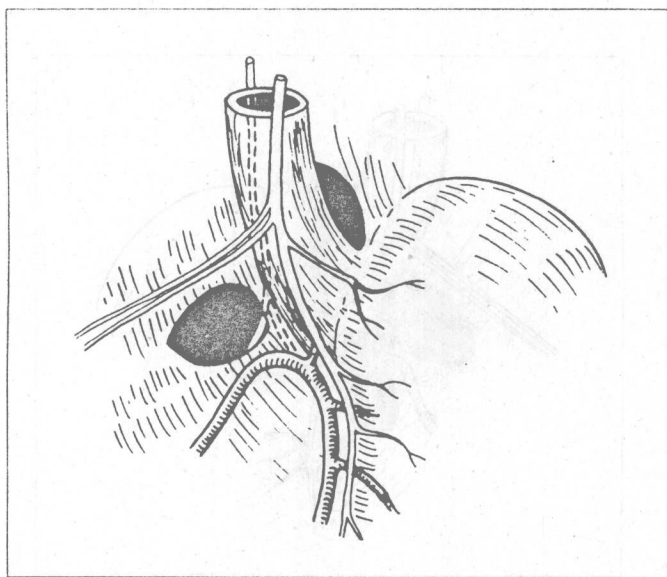


图 11-17

(2) 沿胃小弯分离并切开小网膜前叶向上至贲门食管区，切开食管前面的腹膜向左侧至 His 三角区。从腹膜下游离食管前壁 2~3cm，将迷走神经前干及前 Latarjet 神经推向右侧，于肝支下方将前 Latarjet 神经切断结扎（图 11-22，图 11-23）。

(3) 术者用右手示指从食管左侧的 His 三角区沿食管后壁向右侧分离。手指通过食管后壁与迷走神经后干之间的疏松组织间隙从食管的右侧伸出，再换上一根橡皮条带绕过食管将食管下端向左上方牵引，显露食管后面的结构（图 11-24）。

(4) 此时可以看到迷走神经后干，或用手指可触到呈线状的迷走神经后干。将后干向右侧牵开，在后干与贲门部之间进行分离切断与胃小弯的一切连系。腹腔支一般不容易看到。

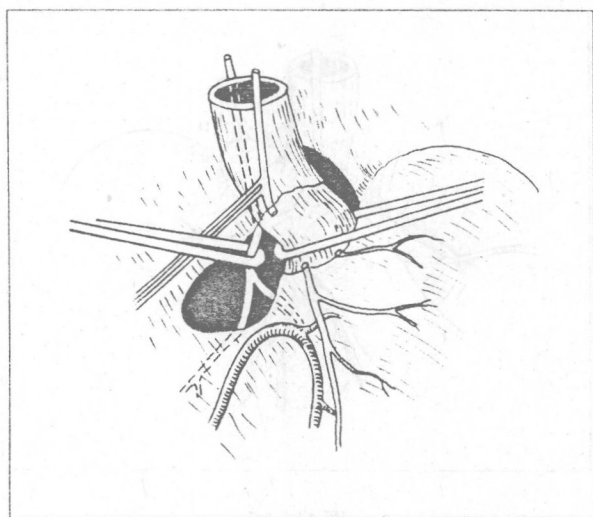


图 11-18

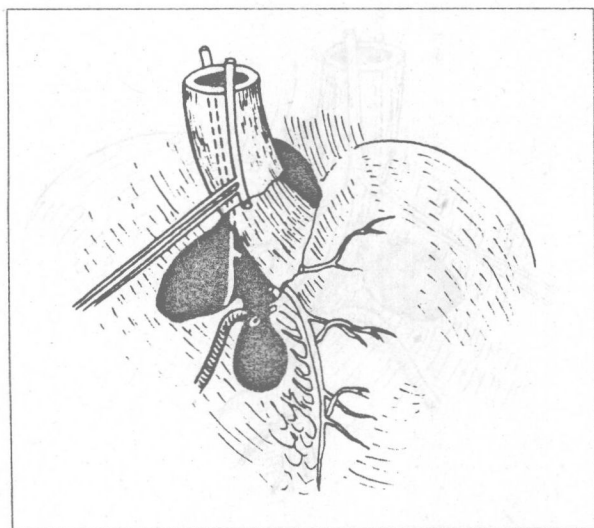


图 11-19

再于贲门右后方分离出胃左动脉及其食管支和胃支，后 Latarjet 神经一般都与动脉伴行。将胃左动脉及伴行的神经一并切断结扎。再将食管下端游离剥光 2~3cm、切断沿食管肌层表面下行的神经纤维（图 11-25，图 11-26）。

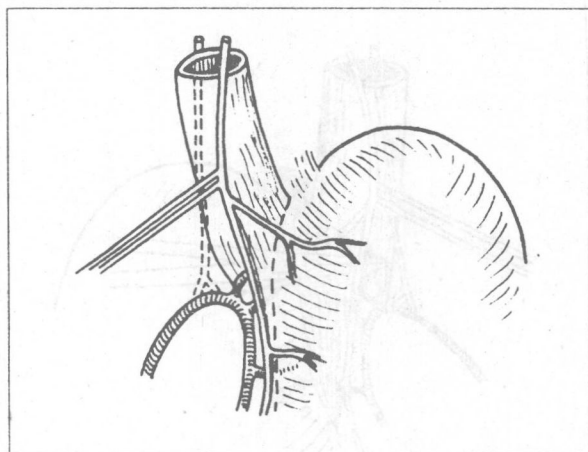


图 11-20

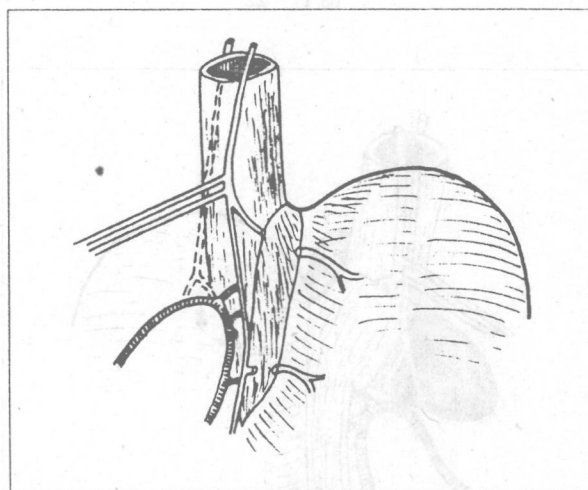


图 11-21

第三节 迷走神经切断术的附加手术

迷走神经干切断术及选择性迷走神经切断术都必须行附加手术以解决胃的排空及引流问题。这些附加手术的种类有：①幽门成形术；②胃空肠吻合术；③胃窦切除术；④半胃切除术。

以上几种手术的步骤详见有关各章节。