

贲门在哪个位置图片（贲门的具体位置图片） - 网创妙策

金华的陈某，今年72岁，前段时间因为进食梗噎感到金华市人民医院消化内科就诊，医生收住入院后予以胃镜，发现为贲门部占位性病变，胃镜报告：食管下段距门齿38厘米处贲门右侧后壁可见3.0厘米粘膜隆起，表面高低不平，溃疡形成，覆盖白苔，质脆，活检易出血。诊断贲门MT。予以活检后病理证实为贲门癌，是低分化腺癌伴部分神经内分泌癌。

接下来该如何治疗？是不是能手术？手术该怎么做？

医生予以进一步检查CT增强发现肿瘤倒是没有明显侵犯周围脏器或结构，请我去会诊后，仔细阅片，发现从影像上看还是能够根治性切除的。所以转来胸外科拟进一步手术治疗。下面是其CT增强的图像：

以上图片红色箭头所指处为贲门部肿瘤

对于手术方式如何选择？应该有以下可能的选项：

1. 经上腹正中切口行全胃切除，空肠与食管下段行消化道重建：优势是只需腹部切口，术后切口疼痛相对较轻，根据以往经验，全胃切除后反流性食管炎症状不明显，也不需要术后服用制酸剂；缺点是术后短时间内因为没有胃的潴留食物功能，不大会有饥饿感，初期进食较少，需要少量多餐，每次吃不了多少东西。

2. 胸腹联合切口贲门癌切除，残胃与食管胸内吻合：这也是以前教科书上的经典术式。优点是术中显露非常好，肿瘤就在视野正下方，切除可靠，吻合满意；缺点是需切断肋弓并切开膈肌，同时进腹与进左胸，对呼吸影响较大，术后切口疼痛较非进胸的更明显。而且肋弓处愈合能力差，以前曾碰到过肋软骨愈合不良的，感染并形成窦道，经久不愈。再者术后反流性食管炎症状经常非常厉害，需要长期服用强有力的制酸剂，而且效果仍有限。

3. 上腹正中与右胸二切口，贲门癌切除，胃食管右胸吻合术：这样的术式与胸腹联合切口切除范围类似，甚或更能往胸段食管切一些，手术方式就如食管下段癌的手术方案。优点是不切断肋弓，也不需要切开膈肌；其他方面的缺点与胸腹联合切口类似。

4. 经左胸切口近半胃切除，食管残胃胸内吻合：此术式与第2种比少了腹部切口，但仍要切开膈肌，而且显露远不如胸腹联合切口，远端胃的淋巴结清扫也很难做，不是优选方案。

具体以哪种方式为好，按我们医疗组的经验，考虑第1种更不错，拟选择此方案：1. 从CT与胃镜上看，经腹手术基本上是能做到上切缘阴性的，假如术中发现切缘阳性而经腹无法完成根治性切除，随时可以转为第2种或第3种术式；2. 以前我们全胃切除也都置胃管，但后来发现全胃切除术的病人，术后胃管基本就没什么东西引流出来，后来的病例多数术后即时就拔除胃管，免除胃管留置的不适；3. 术后不需要制酸治疗、切口疼痛轻如前述；4. 没有进胸，更方便术后呼吸道的管理，不容易出现呼吸道并发症，利于术后快速康复；5. 小肠血管也比较好，愈合能力不错，术后相对可以更早时间进食。

手术安排在3.19进行，由叶建明主任医师、谭海栋副主任医师及郑盛弘医师共同合作进行，从约上午9点半开始皮肤消毒后切皮开始，在11点钟左右已经完成所有腹内操作，包括切除全胃、空肠与食管下段R-Y吻合、空肠造瘘及腹腔引流等，仅约1个半小时。以致隔壁手术间的同事过来看时，还以为我们是打开腹腔探查了下，肿瘤切不掉在关腹呢！想不到我们已经手术做好了。

之所以能如此顺畅的完成高难度的全胃切除（4类手术），有几点经验值得与大家分享：1.固定搭档，熟练配合非常重要：我与谭海栋主任毕业进到医院相差一年，除了外出进修，基本上一直是固定搭配，配合非常默契，而且年资相近，各自都比较有经验，手术时不大需要反复提醒讨论；2.为了更好暴露术野，我们采用两幅悬吊拉钩，将两侧肋弓部位都拉起来，比人工拉钩稳定性好，而且持久不会费力；3.器械的进步也是手术做的越来越顺利、时间越来越短的重要因素：目前我们全胃切除或食管癌游离胃都是用能量平台完成解剖游离；4.特别提醒同道的还有一点：行空肠食管R-Y吻合时，切断空肠后，远侧端空肠上提与食管下段行吻合时，用吻合器（钉座置入食管下段，操作杆从空肠断端置入肠腔后从侧壁穿出，激发完成吻合后，空肠断端切割缝合器关闭）完成，盲端(下图中绿色箭头所指的这部分)不能留太长！如果留的比较长，虽然吻合操作时比较方便，但术后进食后食管进入盲端，会造成腹部胀痛不适，严重影响生活质量。以下时贲门癌所在位置示意图和全胃切除后空肠食管R-Y吻合后的示意图：

图示贲门癌的位置

图示全胃切除，消化道重建后的样子。其中绿色箭头所指范围建议不能过长

做为医生，自己专业内的手术大家都在做，到一定的年资都能做的下来，但怎样能做的更快更好，怎样做术后恢复更顺利，生活质量更好，就是体现在细节上！也体现在个体化制定治疗方案，用心用情对待病人上！我们抱怨医院平台不好，不如经过自己的努力将医院平台提升到更高水平！