

文章编号:1005-6947(2005)10-0763-03

· 临床研究 ·

腹腔镜胃基质瘤切除术:附32例报告

田文, 李荣, 陈凛, 杜晓辉, 刘洪一

(解放军总医院 普通外科, 北京 100853)

摘要: **目的** 探讨腹腔镜胃基质瘤切除术的临床应用价值。**方法** 回顾性总结32例采用腹腔镜方法治疗胃基质肿瘤患者的临床资料。肿瘤直径1.5~5.5(平均2.6)cm。手术方式主要为腹腔镜下胃肿瘤切除术、腹腔镜辅助和手助腹腔镜下胃肿瘤切除术。**结果** 32例均手术均顺利完成。平均手术时间75min,术中平均出血50mL。术后疼痛轻微,术后排便、排气时间平均为34h,术后平均住院天数为7.5d。术后病理证实25例为良性基质瘤,7例为低度恶性基质瘤。随访8~30个月未见复发。**结论** 腹腔镜下胃基质瘤切除术是一种安全、有效的微创手术方法,值得临床推广应用。

关键词: 胃肿瘤/外科学; 基质瘤/外科学; 腹腔镜术

中图分类号: R735.5; R730.261

文献标识码: A

Laparoscopic resection of gastric stromal tumors: a report of 32 cases

TIAN Wen, LI Rong, CHEN Lin, DU Xiao-hui, LIU Hong-yi

(Department of General Surgery, General Hospital of PLA, Beijing 100853, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical value of laparoscopic resection of gastric stromal tumors. **Methods** Thirty-two cases received this new type of operation. The tumors ranged in size from 1.5 to 5.5 cm with a mean diameter of 2.6 cm. The operative methods included the full laparoscopic resection of gastric tumor and the hand-assisted laparoscopic resection of gastric tumor. **Results** All cases were successfully resected and no complications were observed. The mean operative time was 75 min. The mean intraoperative blood loss was 50 ml. Postoperative pain was slight. Postoperative flatus and feces were passed at a mean of 34 hours, and average postoperational hospital stay was 7.5 days. Postoperative pathologic examination confirmed that 25 cases were benign GIST and 7 cases were of low-grade malignancy. No recurrences were observed at follow up of 8 to 30 months. **Conclusions** Laparoscopic resection of gastric stromal tumor is a technically simple, safe and effective procedure that could be widely used.

Key words: Stomach Neoplasms/surg; Stromal Tumor/surg; Laparoscopy

CLC number: R735.5; R730.261

Document code: A

1993年国外开展了腹腔镜胃肠肿瘤切除手术,随着腹腔镜设备和技术的发展,手术方法和治疗效果均有了很大进步^[1,2]。近年来国内也逐渐开展腹腔镜下胃肠肿瘤手术并取得了较满意结果^[3~5]。我院自2002年1月~2004年1月应用腹腔镜完成胃基质瘤切除术32例,现报道如下。

收稿日期:2005-01-18; 修订日期:2005-08-29。

作者简介:田文(1967-),男,浙江永康人,解放军总医院副主任医师,硕士,主要从事胃肠道恶性肿瘤的外科治疗和腹腔镜技术在普通外科的应用方面的研究。

通讯作者:田文 电话:010-66937195, 13321130316(手机); E-mail: tianwen301@sina.com。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男13例,女19例;年龄26~74(平均48)岁。临床症状主要包括上腹部不适、腹痛、消化道出血,一例无症状者为体检发现。所有患者通过上消化道钡餐透视、胃镜和超声胃镜检查,确定为胃黏膜下来源于肌层的肿瘤。超声胃镜均显示肿瘤有完整包膜。病灶位于胃体前壁13例,胃体后壁14例,胃底后壁5例。肿瘤直径1.5~5.5(平均2.6)cm。其中腔内型为26例,腔外型5例,混合型1例。

1.2 手术方法

按上腹部手术常规行4孔法腹腔镜操作。气腹压力设为12~14 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)。

手术步骤:(1)腹腔镜胃肿瘤切除术。探查全腹腔后寻找胃肿瘤位置。常规术前2h胃镜下沿肿瘤周围注射亚甲蓝,术中可见胃壁颜色发蓝处为肿瘤位置。对小于3cm的胃体前壁肿瘤及近大弯侧后壁肿瘤用内镜切割吻合器(Endo-GIA)沿距肿瘤2cm处直接环行切除并完成胃壁吻合,标本装入标本袋后由扩大到3cm右下腹主操作孔取出;对胃体前后壁肿瘤也可采用超声刀在距肿瘤边缘2cm处切开胃壁,绕肿瘤一圈完成环行切除,再装入标本袋中,然后从扩大到右下腹主操作孔取出。当然,后壁肿瘤须先切开胃结肠韧带后显露清楚。胃壁切口用3-0无损伤不吸收线缝合;对胃底肿瘤采用超声刀将病灶对应的胃前壁切开4cm,用无损伤抓钳将肿瘤自前壁切开口提出胃腔,在提出后肿瘤基底被牵拉,用内镜切割吻合器一期切除缝合。用3-0无损伤不可吸收线缝合胃前壁。(2)腹腔镜辅助和手助腹腔镜下胃肿瘤切除术:对进行上述步骤中出现缝合胃壁切口困难(4例)和肿瘤为5cm大小(5例)的患者则在腹壁合适位置开6~7cm口行手助(3例)和免气腹直视下(6例)完成手术。(3)术后标本送病理检查。一般无需放置腹腔引流。

2 结果

本组32例中,中转手术1例,余31例手术均腹腔镜下完成胃基质肿瘤切除术。平均手术时间75min,术中平均出血50mL。术后疼痛轻微。术后排便、排气时间平均为34h;术后平均住院天数为7.5d。围手术期无并发症发生。术后病理证实25例为良性基质瘤,7例为低度恶性基质瘤。因考虑到胃基质瘤有恶性可能,故手术中均切除肿瘤边缘2cm以上的胃壁组织。术中不常规冷冻病理检查。所有患者随访8~30个月,均未见复发。

3 讨论

胃基质瘤多为良性肿瘤,但有潜在恶性可能。以往治疗上多采用开腹手术,创伤较大^[6]。腹腔镜下胃肿瘤切除手术,由于其具有创伤小、患者痛苦轻微、术后恢复快及住院天数短的优点,已越来越被临床医师所接受^[7]。

所有患者术前需通过上消化道钡餐透视、胃镜和超声胃镜检查,明确诊断肿瘤来源于胃壁肌层。

作者认为肿瘤的直径最大不要超过6cm,肿瘤位置以胃体近大弯侧是腹腔镜手术较为合适的选择对象。对处于胃底、胃窦部或胃小弯侧者因解剖位置偏小或深,手术难度增加,须选择肿瘤直径较小(小于2cm)者较为合适。当然这还因术者的水平、习惯会有所不同。为术中定位方便,常规术前2h于胃镜下肿瘤边缘注射亚甲蓝3~5mL。

常规建立气腹和观察全腹腔后,仔细观察胃壁。如果胃前壁无异常,则用超声刀切开胃结肠韧带显露胃后壁。此时可见胃表面发蓝的肿瘤所在位置,可帮助判断需切除的范围。本组有2例腹腔镜下胃壁颜色显露不佳而改用术中胃镜加以定位。腹腔镜下胃肿瘤切除术适用于较小的胃体前壁肿瘤或近大弯侧后壁肿瘤。这种手术具有简单易行的优点,其不足是所需内镜切割吻合器和较多的吻合器钉夹,费用较贵。而对肿瘤超过3cm或位于胃底的肿瘤则采取腹腔镜辅助下肿瘤切除术。对位于胃后壁的肿瘤,特别是位于胃底靠近贲门部的肿瘤,腹腔镜下行局部切除术较为困难,可将胃前壁切开,通过该切口暴露出后壁病灶并予以切除,再缝合前壁。此手术方式避免了胃体或胃底的游离,所有操作均在胃体前方进行,因而具有良好的术野暴露和操作空间,降低了技术难度。笔者主张手术方式个体化,不强调和追求行全腹腔镜下胃肿瘤切除术。理由如下:腹腔镜下胃肿瘤切除术后标本要通过扩大至几厘米切口取出(因肿瘤大小而定),而这一切口其实即可作为腹腔镜辅助胃手术切口,在该切口下完成胃肿瘤切除的部分工作。因此腹腔镜辅助性手术并不比全腹腔镜下手术造成过多损伤,两者能取得相同的效果和具有同样微创性,而且对免气腹直视下(不采用手助袖套装置)的患者可以减少使用内镜切割吻合器和钉夹来降低手术费用。在腹腔下完成胃肿瘤切除的部分工作后,考虑可在该切口完成余下工作时就充分利用该切口。

手术注意事项:(1)严格掌握适应证。对位于胃底邻近贲门部的肿瘤,必须注意防止切除后形成贲门狭窄,选择开腹手术较为合适。位于胃底的肿瘤如术中切除困难,也应及时中转开腹。(2)肿瘤定位准确。虽然部分肿瘤可结合术前影像学检查及术中通过器械挤按胃壁来判断,但当瘤体较小或术前检查可能有误时,此方法往往无效。笔者强调术前注射亚甲蓝帮助定位,必要时行术中胃镜检查,不可盲目打开胃壁寻找。(3)术中止血彻底。

胃的血运极其丰富,用超声刀切开胃壁时要注意用慢档位慢切可达到止血目的。分离胃系膜时对较大血管应结合超声刀、钛夹等确保止血彻底。用无损抓钳夹胃壁时动作应轻柔,以免撕裂胃壁造成出血。(4)注重切除肿瘤彻底和手术安全。无论是常规开腹手术还是腹腔镜下手术都应高度强调切除肿瘤彻底和手术的安全性。如果腹腔镜下手术技巧不能达到安全行胃切除的水平,则手术要慎重;应强调有较高腹腔镜技术水平的医师主刀或指导,以减少和避免手术并发症。手术中注意无瘤原则,并及时将切除的肿瘤放入标本袋并取出体外;同时也应及时吸净胃内容物,避免腹腔污染。手术中如出现困难或出血不止等情况必须及时中转开腹。

总之,虽然腹腔镜下胃基质肿瘤手术长期效果还需进一步随诊和探讨,但从笔者目前的手术效果来看腹腔镜下胃基质肿瘤切除术对某些患者是一种安全、有效的微创手术方法,值得临床应用。

参考文献:

- [1] Choi YB, Oh ST. Laparoscopic in the management of gastric submucosal tumors [J]. Surg Endosc, 2000, 14(9): 741 - 745.
- [2] Otani Y, Ohgami M, Lgarashi N, et al. Laparoscopic wedge resection of gastric submucosal tumors [J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2000, 10(1): 19 - 23.
- [3] 田文,李荣,陈凛,等. 手助腹腔镜直结肠癌前切除术28例[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(12): 889 - 891.
- [4] 田文,李荣,陈凛,等. 腹腔镜下直肠癌全直肠系膜切除术[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(15): 911 - 913.
- [5] 刘国礼. 腹腔镜胃肠道手术的现状[J]. 现代实用医学, 2004, 16(7): 377 - 380.
- [6] 杨春康,许东坡,黄永健,等. 胃间质瘤临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(4): 218 - 219.
- [7] 印慨,郑成竹,柯重伟,等. 胃造口法腹腔镜胃后壁黏膜下肿瘤切除术的临床应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004, 7(2): 127 - 129.

文章编号:1005-6947(2004)10-0765-01

· 病例报告 ·

拔除盆腔引流管致膀胱破裂1例

吕忠船, 张翼飞, 胡金晨, 荆鹏程

(山东烟台毓璜顶医院 普通外科, 山东烟台 264000)

关键词:膀胱破裂; 引流; 病例报告

中图分类号:R694.6; R615

文献标识码:D

患者 男, 80岁。因直肠癌行 Dixon 手术, 术中见癌肿穿透直肠壁, 但与膀胱及周围组织无明显浸润。手术顺利, 常规置盆腔三腔引流管, 经切口引出体外。术后3d患者肛门排气, 第4天拔除胃肠减压管, 进流质饮食, 第6天进半流质饭。术后5d引流管引流量自150mL/d逐渐减少至5~10mL/d。

收稿日期:2005-07-13; **修订日期:**2005-08-15。

作者简介:吕忠船(1969-), 男, 山东蓬莱人, 山东烟台毓璜顶医院主治医师, 主要从事胃肠外科及微创外科方面的研究。

通讯作者:吕忠船 电话:13515350099 (手); E-mail:lvzhongchuan@sina.com。

术后第10天引流管无液体引出, 行盆腔B超检查示盆腔未见液性暗区, 予以拔除盆腔引流管。拔管后患者即感腹痛。开始时感下腹部疼痛, 继而扩散到全腹。体查:腹肌紧张, 全腹部压痛、反跳痛。观察2h腹痛仍不见缓解。从下腹部引流管口处流出淡黄色液体, 再次从该引流管口放置1根较细的引流管。引出淡黄色液体约160mL。怀疑为尿液, 再次导尿, 无尿液引出, 从拔尿管至再次导尿的间隔时间共计5h。拔管后7h腹部引流管共引出淡黄色液体约200mL。行B超检查腹腔未发现液性暗区及包裹性积液。此后2d引流管引流淡黄色液体

40mL/d。导尿管每天导出尿液约1000~1500mL。2d后夹闭导尿管3h, 盆腔引流管引出淡黄色液体约140ml。诊断为:膀胱破裂, 给予持续导尿。20d后开始夹闭导尿管训练膀胱的功能。无异常3d后拔除盆腔引流管及导尿管。患者顺利恢复出院。

讨论 拔除盆腔引流管致膀胱破裂文献未见报道。该病例考虑可能与引流管压迫膀胱壁, 致局部血液循环障碍, 引流管侧孔正好吸在膀胱壁上, 导致膀胱破裂。此破裂口较小, 故漏出尿液不多, 给予持续导尿后能够很快愈合。