

文章编号:1005-6947(2005)12-0950-02

· 临床报道 ·

腹腔镜在胃十二指肠溃疡穿孔修补术中的应用

岳奇俊, 黄汉涛, 赵端仪, 王志刚, 罗先文, 任贵兵, 罗勋鹏

(武警湖北省总队医院 普通外科, 湖北 武汉 430061)

摘要:笔者对18例胃十二指肠溃疡穿孔患者行腹腔镜探查,其中15例在腹腔镜下行修补术,3例在手动腹腔镜下完成修补术。18例手术均获成功,并无并发症发生。平均手术时间(28.3±8.4)min;术后均于24h内下床活动,48h内拔除胃管;平均住院时间4~8d,预后良好。结果表明腹腔镜在胃十二指肠溃疡穿孔修补术中既可明确诊断,又能同时进行治疗,且具有视野开阔、创伤小、手术时间短、术后恢复快等优点。

关键词:腹腔镜检查;消化性溃疡

中图分类号:R656.6;R573.1

文献标识码:B

腹腔镜技术具有微创性、直观性等特点。随着操作技巧的不断提高,它已成为干预性诊疗结合技术,其适应证和手术范围不断扩大。2004年1~11月我科应用腹腔镜行胃十二指肠溃疡穿孔修补术18例,取得满意疗效,现报道

如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男12例,女6例;年龄14~68岁,平均(32.4±8.4)岁。其中十二指肠球部穿孔15例,胃窦部穿孔2例,胃角部穿孔1例。穿孔时间5~28h,平均(8.5±4.7)h。穿孔直径为0.2~1.8cm,平均(0.6±0.4)cm。溃疡直径为0.8~2.2cm,平均(1.1±0.4)cm。

收稿日期:2005-06-17; **修订日期:**2005-11-15。

作者简介:岳奇俊(1973-),男,湖北应城人,武警湖北省总队医院主治医师,主要从事普外临床方面的研究。

通讯作者:岳奇俊 电话:027-50723116; E-mail:yueqijun@yahoo.com.cn。

腹腔镜设备和技术的普及,很多基层医院也可开展此项术式。(3)腹腔镜手术比剖腹手术有更广阔的手术视野和操作空间。前者可探查整个腹腔,吸尽膈下、盆腔脓液,彻底冲洗,放置恰当的引流,很大程度上减少毒素的吸收。肠粘连、肠间脓肿等并发症发生的可能性比开腹手术明显减少^[3]。(4)而且腹腔镜手术对于临床症状不典型者,既能明确诊断,又能完成手术。如术前腹部平片膈下未见游离气体、无溃疡病史者,其他手术后早期发生的急性应激性溃疡穿孔或十二指肠穿孔漏出消化液积贮在胆囊和十二指肠附近,类似急性胆囊炎的胆囊穿孔等情况时诊断是很困难的^[2],而腹腔镜下,则可明确诊断,并完成相应的手术治疗。本组有1例术前腹部平片膈下未见游离气体,诊断为弥漫性腹膜炎、上消化道穿孔可能,腹腔镜下证实为十二指肠球部穿孔,行腹腔镜下十二指肠穿孔修补术治愈。(5)腹腔镜治疗十二指肠溃疡穿孔的手术方式日趋成熟与完善^[6~8];它有广阔的应用范围,如腹腔镜下高选择性迷走神经切断术、腹腔镜下胃大部切除术、腹腔镜下用肝圆韧带修补溃疡穿孔术等,都取得了良好的治疗效果。

[A]. 见:黄志强. 现代腹部外科学[M]. 湖南:湖南科学技术出版社,1995.78-81.

[2] 王吉甫. 胃肠外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000.249-250.

[3] 郑民华. 腹腔镜胃肠道手术的消化道修复与重建[J]. 中国实用外科杂志,2004,24(9):525-527.

[4] 李扬,王强. 腹腔镜技术在消化性溃疡治疗中的应用[A]. 见:王强. 胃肠外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2001.178-181.

[5] Bergamashi R, Marvik R, Johnsen G, et al. Open versus laparoscopic repair of perforated peptic ulcer [J]. Surg Endosc, 1999, 13(7):679-682.

[6] 蔡逊,卢绮萍,曹廷加,等. 腹腔镜下高选择性迷走神经切断术治疗穿孔性十二指肠溃疡[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(12):879-891.

[7] 沈炎明,仇明,郑成竹. 腹腔镜手术在胃十二指肠溃疡外科治疗中的应用[J]. 中国实用外科杂志,1998,18(1):17-18.

[8] 温义林,杨新光,陈红卫,等. 经腹腔镜用肝圆韧带修补胃十二指肠溃疡穿孔[J]. 中华胃肠外科杂志,2003,11(6):384.

参考文献:

[1] 祝学光. 特殊情况下胃、十二指肠溃疡的外科处理

1.2 治疗方法

术前留置胃管,行全麻,取头高足低位。气腹压力保持在10mmHg(1kPa=7.5mmHg)左右。脐上建立气腹并置A套管(10mm)行腹腔镜探查。镜下可见腹腔内消化液、胆汁及脓液、食物残渣等。穿孔部位明显充血、水肿,有脓苔,多有大网膜覆盖。明确诊断后于左右锁骨中线肋缘下5cm分别置B,C套管(10mm),剑突下置D套管(5mm)。明确无出血和梗阻后,胃穿孔者于穿孔部位取少许组织活检,排除恶性病变。15例患者腹腔镜下进行修补,用2-0 DEXON * II缝线(美国泰科公司)沿胃十二指肠长轴方向缝合2~3针,将大网膜覆盖于穿孔处并固定。3例患者因穿孔较大,局部水肿严重、张力高,选择穿孔体表投影部位作长约2~4cm切口,进腹保护切口,手助以传统手术方法缝合裂口。修补成功后,均在腹腔镜下彻底冲洗腹腔,吸净腹腔液,于穿孔修补下方置腹腔引流管,经右侧套管处引出体外。

术后常规禁饮食、胃肠减压,行抗炎、制酸、营养支持等治疗。待胃肠功能恢复后,拔除胃管,进流质食物。出院后继续口服三联抗溃疡药物(奥美拉唑20mg,1次/d,克拉霉素500mg,2次/d,替硝唑500mg,2次/d)治疗4周。

2 结果

18例均在腹腔镜下完成修补术在手助腹腔镜下完成,其中3例在手助腹腔镜下完成。全组手术时间25~40min,平均(28.3±8.4)min。患者均于术后24h内下床活动,48h内拔除胃管。术后48h测体温36.3~38.9℃,平均(36.8±1.2)℃。术后无切口感染、肠梗阻、消化道穿孔、出血及腹腔脓肿等并发症发生。住院时间4~8d,平均(5.2±2.1)d。术后3个月复查胃镜17例溃疡愈合,1例表现为无症状之浅表性溃疡,均未见线结。

3 讨论

自瑞典Jacobeus及美国Bernheim报告了腹腔镜检查在人体中应用以来,此技术已被越来越多的外科医师运用到急腹症和腹部外伤诊治中^[1]。近几年来,随着腹腔镜技术的发展,其适应证不断拓宽。腹腔镜在外科急腹症中的应用已取得良好的临床效果,它使许多临床诊断困难的外科急腹症获得准确的诊治^[2]。对于胃十二指肠溃疡穿孔诊断不明的患者,即使是经验丰富的外科医师有时也很难在不必要的剖腹探查与延误手术时机之间准确把握指征,而采用腹腔镜检查

可及时确定诊断,并能同时行相应的腹腔镜手术治疗^[3]。本组病例全部通过腹腔镜探查得以明确诊断并及时治疗。

腹腔镜手术能较好地完成组织的切除、修复、重建及活检。对于腹腔镜不能完成的手术,可以指导术者选择术式及切口,以便准确剖腹手术。微创空腔脏器修补术手术需时短且切口小,腹壁神经肌肉损伤小,胃肠道干扰小,术后离床活动早,胃肠道功能恢复快,肠粘连、肠梗阻发生率低,胃管留置时间短,患者痛苦少,不易发生切口感染及切口疝^[4]。腹腔镜技术治疗胃十二指肠溃疡穿孔有其优点:术中可充分冲洗、吸净腹腔脓液;术后粘连性肠梗阻及女性不孕发生率低,术后疼痛轻,恢复时间短,安全性高,切口感染率低^[5,6]。本组病例手术时间短,术后下床活动早,胃管留置时间短,无术后高热、切口感染、肠梗阻、消化道穿孔、出血及腹腔脓肿等并发症发生,平均住院时间短,患者乐于接受,可以在临床上大力推广。碱性药物、H₂(下标)受体阻断剂、质子泵抑制剂等治疗消化性溃疡的药物常能有效地降低胃酸浓度,使溃疡愈合。因此,在胃十二指肠溃疡穿孔修补后,应行正规三联治疗,一般能取得满意效果。本组病例术后恢复好,结合术后用药,17例溃疡愈合,仅1例因术后生活不规律而出现浅表性溃疡,但无穿孔、出血、梗阻等并发症发生。说明胃十二指肠溃疡穿孔修补术疗效可靠,且无明显远期并发症。

参考文献:

- [1] Himel HS. Minimally invasive (laparoscopic) surgery [J]. Surg Endosc, 2002, 16(12):1647-1652.
- [2] 程国何,李政,刘衍民. 外科急腹症时腹腔镜手术的应用[J]. 腹腔镜外科杂志, 2003, 8(2):94-95.
- [3] 王剑,徐大华. 腹腔镜在急腹症和腹部外伤诊治中的体会[J]. 外科理论与实践, 2004, 9(6):479-481.
- [4] Rivas H, Cacchione RN. Laparoscopic management of Meckel's diverticulum in adults [J]. Surg Endosc, 2003, 17(4):620-622.
- [5] Long KH, Bannon MP, Zietlow SP, et al. A prospective randomized comparison of laparoscopic appendectomy with open appendectomy: clinical and economic analysis [J]. Surgery, 2001, 129(4):390-400.
- [6] 李彦林,张海军,贾喜龙. 腹腔镜治疗胃十二指肠溃疡穿孔11例体会[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(12):937.