



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.005
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3808.shtml

· 胰腺肿瘤专题研究 ·

肠系膜上动脉路径在胰十二指肠切除及合并血管切除术中的应用

龙光辉, 谢勇, 张光涛, 钟立明, 张风涛

(北京大学深圳医院 肝胆外科, 广东 深圳 518036)

摘要

目的: 探讨经肠系膜上动脉途径行胰头十二指肠切除及合并血管切除的可行性及优劣。

方法: 2012年9月—2014年2月采用肠系膜上动脉旁路径的方法实施胰头十二指肠切除术治疗胰头癌及壶腹周围癌16例, 其中实施门静脉、肠系膜上静脉切除重建手术5例。患者均首先显露、游离肠系膜上动、静脉并清除其周围的神经淋巴组织, 再打通胰后隧道并切断胰腺颈部, 最后切除胰腺钩突或被侵犯的门静脉、肠系膜上静脉。

结果: 15例术后顺利恢复后出院, 1例术后出现肾功能衰竭、肺部感染, 放弃治疗自动出院。术中平均出血量为470 mL, 平均手术时间4.5 h, 无手术中及术后死亡。5例术后出现胰瘘等并发症, 均经保守治疗后痊愈。切缘病理检查均阴性, 淋巴结及后腹膜神经、淋巴组织阳性检出率较高。

结论: 经肠系膜上动脉途径行胰头十二指肠切除术治疗胰头癌及壶腹周围癌安全可行, 并可增加R₀切除率。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(3):291-296]

关键词

胰十二指肠切除术; 肠系膜上动脉; 门脉系统
中图分类号: R657.5

Superior mesenteric artery approach for pancreaticoduodenectomy or its combination with vessel resection

LONG Guanghui, XIE Yong, ZHANG Guangtao, ZHONG Liming, ZHANG Fengtao

(Department of Hepatobiliary Surgery, Peiking University Shenzhen Hospital, Shenzhen, Guangdong 518036, China)

Corresponding author: LONG Guanghui, Email: collin_long@163.com

ABSTRACT

Objective: To investigate the feasibility and effectiveness of pancreaticoduodenectomy (PD) or PD with vessel resection via superior mesenteric artery (SMA) approach.

Methods: From September 2012 to February 2014, pancreaticoduodenectomy via SMA approach was performed in 16 cases for pancreatic head or periampullary carcinoma, and 5 of them underwent portal vein (PV)/superior mesenteric vein (SMV) resection and reconstruction. In all patients, the SMA and SMV were exposed and isolated, and neural and lymphatic tissues were resected, then, a retropancreatic tunnel was created and the neck of the pancreas was divided, and finally, the resection of uncinata process of pancreas or combined excision of the involved PV and SMV was performed.

Results: Fifteen patients recovered after surgery and were discharged from hospital, and one patient who

收稿日期: 2013-06-14; 修订日期: 2014-02-10。

作者简介: 龙光辉, 北京大学深圳医院主任医师, 主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通信作者: 龙光辉, Email: collin_long@163.com

developed renal failure and lung infection after surgery refused treatment and left the hospital against medical advice. The average intraoperative blood loss was 470 mL and operative time was 4.5 h, and no operative or postoperative death occurred. Five cases developed postoperative complications such as pancreatic fistula, which were all resolved by conservative treatment. The pathological sections of the excised specimen margins were all negative, and the positive detection rate in lymph nodes, and retroperitoneal neural and lymphatic tissues was high.

Conclusion: PD via superior mesenteric artery approach for pancreatic head or periampullary carcinoma is safe and feasible, and it can also improve the R₀ resection rate.

[Chinese Journal of General Surgery, 2014, 23(3):291-296]

KEYWORDS Pancreaticoduodenectomy; Mesenteric Artery, Superior; Portal System

CLC number: R657.5

胰腺癌因发病率高、治疗效果差而成为当今治疗的难题。至今为止，手术治疗仍然是胰腺癌可能获得根治的有效手段^[1-2]。但是，以胰头癌为代表的胰腺恶性肿瘤在发病时往往出现血管侵犯或远处转移，导致其获得根治的机会大为降低。迄今为止，只有 10%~20% 左右的胰头癌患者获得根治性切除^[3-4]，其中，因为局部血管侵犯而导致胰头癌未获根治性切除是其主要原因之一。

近年来，随着对胰腺癌发病机理及手术治疗效果的不断探索，学界认识到关于胰腺癌治疗获得长期生存的关键首先是要使其获得根治性的切除，即 R₀ 切除。单纯地扩大淋巴结清扫范围并不能达到根治性切除的目的，只有使胰腺肿瘤及包括其周围软组织的切缘都达到阴性，才能达到 R₀ 切除的目的^[5-6]。对于胰腺肿瘤，除了远处转移是影响其获得根治性切除的主要原因外，另一重要因素则是局部血管侵犯，尤其是门静脉、肠系膜上静脉、腹腔干侵犯^[7]。研究^[8-9]发现，胰腺癌侵犯肠系膜上动脉后，合并肠系膜上动脉切除的手术病死率太高。而实施肠系膜上静脉、门静脉切除的患者其手术病死率和并发症发生率与经典的胰头十二指肠切除术相比并无明显区别，并明显提高了手术切除率。因此，胰腺癌侵犯肠系膜上静脉、门静脉并非手术禁忌已经逐渐成为共识，而如何提高肠系膜上静脉、门静脉切除的安全性和切除率也就成为了该领域内关注的重点。

笔者于 2012 年 9 月—2014 年 2 月采用肠系膜上动脉旁路径的方法实施胰头十二指肠切除术 16 例，其中实施门静脉、肠系膜上静脉切除重建手术 5 例，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组男 10 例，女 6 例；年龄 42~74 岁，平均年龄 63.7 岁。其中胰头癌 11 例，胆管下端癌 5 例。按照 AJCC 癌症分期方案，11 例胰头癌，4 例为 II A 期，7 例为 II B 期，后者有 5 例行门静脉、肠系膜上静脉切除。5 例胆管下端癌，II 期 1 例，III 期 2 例，IVa 期 2 例。

1.2 手术方法

1.2.1 游离肠系膜上动脉 上腹正中绕脐切口至脐下 3 cm，切除剑突。探查肿瘤无肝脏及腹腔内转移后，上腹部使用双侧悬吊拉钩，下方则用直肠三叶拉钩将肠管挡至下腹以充分暴露术野。先沿 Kocher 氏切口打开十二指肠侧腹膜，充分游离十二指肠与胰头后方并显露下腔静脉前壁和腹主动脉前壁。此时，可见左肾静脉自腹主动脉前方跨过。清除左肾静脉下方、下腔静脉与腹主动脉间的淋巴结和淋巴组织。助手将胰头、十二指肠向左、向上牵引后，在左肾静脉上方沿腹主动脉前壁解剖出肠系膜上动脉根部并沿肠系膜上动脉右侧壁游离、清除其右侧的淋巴、神经组织，由其始发部位向下方清扫约 1~2 cm 的范围。再于横结肠系膜下方和胰腺下缘游离肠系膜上静脉约 2~3 cm 并悬吊（图 1）。此时，于肠系膜上静脉左侧可以扪及肠系膜上动脉搏动。于肠系膜上动、静脉间隙内游离肠系膜上动脉左侧缘，并于该动脉的尾侧游离切断胰十二指肠下动脉（图 2）。于该血管的稍下方可见空肠动脉分支，可视情况予以保留或切断。于肠系膜上动脉的前上方向胰腺下缘方向游离直至其起始部位。至此，肠系膜上动脉的游离已经完成。

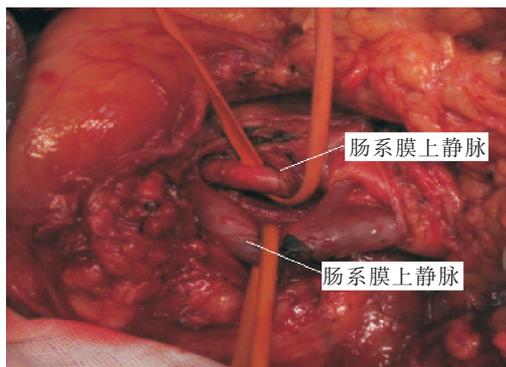


图1 显露肠系膜上动、静脉

Figure 1 Exposure of the superior mesenteric artery and vein



图2 切断胰头十二指肠下动脉

Figure 2 Division of the inferior pancreaticoduodenal artery supplying the head of the pancreas

1.2.2 清扫淋巴结、切除肿瘤 游离肝十二指肠韧带,常规切除胆囊并切断胆总管。游离肝固有动脉并切断胃十二指肠动脉后,切断远端胃。于胰腺上缘游离肝总动脉直至腹腔干,同时清除肝十二指肠韧带内与肝总动脉旁淋巴结。门静脉前壁及肠系膜上静脉前壁可以适当游离,但如有肿瘤侵犯则不必过多游离。此时在门静脉-肠系膜上静脉左侧、胰腺后方已经完全贯通。充分显露肠系膜上动脉、腹腔干起始部及门静脉-肠系膜上静脉后,可以安全地切断胰腺颈部。游离屈氏韧带并切断上端空肠后,将近端空肠与十二指肠远端自肠系膜上动脉后方拖向左侧。适度游离门静脉-肠系膜上静脉与胰颈后方和钩突部间的粘连,根据胰腺肿瘤侵犯门静脉-肠系膜上静脉的程度实施静脉壁局部切除或一段静脉切除,同时清除胰腺后方、肠系膜上动脉左侧的淋巴组织和神经丛。

1.2.3 血管重建 静脉切除后重建视静脉被侵犯范围而定。肿瘤局部侵犯静脉壁但不超过静脉直径1/4时,可以直接将肿瘤连同被侵犯的血管壁

切除后缝合血管壁,否则,则需行静脉端端吻合(图3-4)。切除静脉时,先于肠系膜上动脉起始部用动脉夹夹闭该动脉以减少肠管淤血。缝合静脉用5-0 Prolene血管缝线连续缝合。切除静脉长度<5 cm时,可以直接行静脉端端吻合,为防止吻合口张力太大,可游离肝脏镰状、冠状韧带及回盲部。如切除静脉长度>5 cm,则需用自体颈内静脉或人工血管替代(图5)。脾静脉可以直接结扎,如果结扎后有严重的脾淤血,为防止术后出现区域性门静脉高压,可以实施脾静脉-门静脉端侧吻合。

1.2.4 消化道重建 血管重建完成后,放开动脉夹并按照Child方法重建消化道。胰肠吻合采用胰管-空肠黏膜端侧吻合,胰管内置管胰液外引流。胃肠吻合用25 cm管状吻合器于结肠前行端侧吻合。

术后,除常规放置腹腔引流、预防感染外,如患者凝血功能正常,不常规使用抗凝剂。

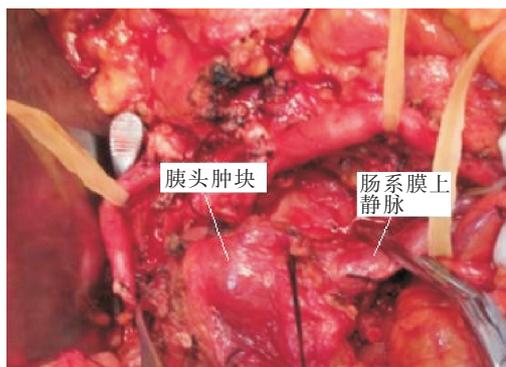


图3 切除钩突及受侵犯的门静脉

Figure 3 Resection of uncinate process of pancreas and involved portal vein



图4 吻合后的门静脉与肠系膜上静脉

Figure 4 The portal vein and superior mesenteric vein after anastomosis

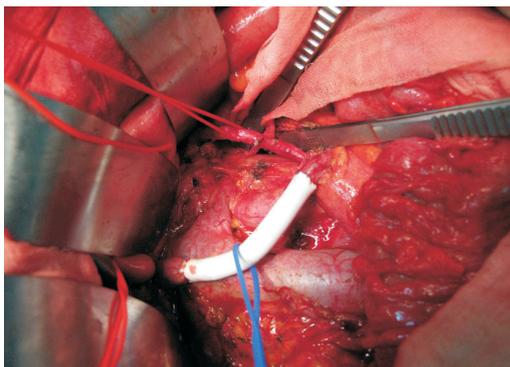


图 5 门静脉、肠系膜上静脉切除后人工血管吻合

Figure 5 Anastomosis by prosthetic graft after resection of the portal vein and superior mesenteric vein

2 结 果

2.1 术中及术后情况

15 例术后顺利恢复正常后出院, 1 例患者术后出现肾功能衰竭、肺部感染, 家属放弃抢救自动出院。16 例患者手术中出血 260~1 100 mL, 平均出血量为 470 mL。平均手术时间 4.5 h。无手术中及术后死亡患者出现。术后出现胰痿 3 例, 肺部感染 2 例, 胸腔积液 2 例, 均经保守治疗后痊愈。无术后腹腔内出血、腹腔内脓肿等严重并发症。

2.2 术后病理

16 例切除的胰腺、胆管及肠管断段均无癌残留; 切除标本的淋巴结最少 9 枚, 最多 16 枚, 平均 13.4 枚。根据病检结果, 常见淋巴结转移的部位为胰头后和胰头上, 16 例有 7 例该处淋巴结转移。其次是肝十二指肠韧带内淋巴结转移, 16 例中有 4 例该处淋巴结转移。此外, 在清除的后腹膜神经淋巴组织中, 7 例有神经组织侵犯或转移。5 例门静脉侵犯的患者, 其病理检查结果均见有肿瘤侵犯静脉壁外膜, 而血管内膜无侵犯。术后病理诊断胰腺中分化腺癌 5 例, 中、低分化腺癌 3 例、低分化腺癌 1 例。5 例胆管下端癌胆管中高分化腺癌 3 例, 中分化 2 例。

2.3 随访

全组患者均定期随访。随访时间 1~18 个月。15 例患者全部存活, 但有 1 例胰头癌合并门静脉侵犯的患者目前腹膜后肿瘤出现复发现象。另外有 2 例患者术后出现腹泻与营养不良现象。

3 讨 论

作为治疗胰腺及壶腹周围癌的主要手段, 胰头十二指肠切除仍然是迄今为止无可替代的最为有效的治疗方法。由于胰腺癌 70% 都发生在胰头, 因而胰头十二指肠切除就显得极其重要。虽然胰头十二指肠切除问世已经有 70 余年的历史, 其手术方法几经改进和不断完善, 但是其切除率和术后 5 年生存率仍然没有明显地提高。究其原因, 除了胰腺癌本身的生物学特征外, 血管侵犯和切除不彻底也是重要原因^[10]。研究^[11]发现, 术后复发的患者, 其复发病灶多位于腹膜后, 说明术中遗留微小病灶是术后复发的主要因素。进一步观察发现 R₀ 切除与 R₁ 切除的患者, 其 5 年生存率有显著性差异。因此, 提高切除率并尽量达到根治性的切除, 就成了提高胰腺癌患者生存率的关键。

单纯地扩大淋巴清扫范围或扩大切除范围并未能提高患者生存率。只有提高 R₀ 切除率才能减少复发、提高生存率。而切除胰腺后下方、肠系膜上动脉左侧至腔静脉前方的神经、淋巴组织是达到 R₀ 切除的关键, 切除被肿瘤浸润的门静脉-肠系膜上静脉也是 R₀ 切除的重要手段。研究^[12]发现, 实施门静脉-肠系膜上静脉局部切除并不增加术后并发症和病死率, 而且其 5 年生存率与未实施门静脉-肠系膜上静脉切除的患者无明显差异。

经典的胰十二指肠切除术将胰颈后方与门静脉-肠系膜上静脉前壁能否游离视为手术能否切除的关键。在此间隙内, 一旦出现肿瘤侵犯血管壁或与血管壁粘连, 手术则很难继续进行, 患者也因此失去根治性切除的机会。肠系膜上动脉路径由于避开了游离门静脉-肠系膜上静脉前壁, 它直接于该血管区域的左侧建立一个切断胰腺颈部的安全区域, 因而, 不仅可以避免根治手术就此中止的尴尬, 而且还能有效地切除切除血管, 达到根治的目的。

2003 年, Pessaux 等^[13]报导在首先解剖分离肠系膜上动脉后, 再实施其他切除步骤, 可以有效提高胰腺癌的根治性切除。随后, 德国学者 Weitz^[14]及印度学者^[15]也证实该方法较经典方法更能提高胰腺肿瘤患者的根治性切除率。笔者运用该方法实施胰头癌切除时, 除了首先显露、游离肠系膜上动脉根部外, 还于肠系膜上动脉左侧及上方

游离。不仅建立了一个离断胰腺的安全路径,还避免了直接游离肿瘤与血管间的粘连出现血管损伤或挤压肿瘤导致种植的危险。研究发现,胰头后方、肠系膜上动脉根部是胰腺癌转移的重要部位,清除该部位的淋巴结和神经组织显得十分重要,因此,在充分游离肠系膜上动脉后,清除肠系膜上动脉根部周围和胰头后淋巴与神经节组织不仅安全,而且还可以有效避免误伤该血管或害怕伤及该血管而切除不充分。

目前认为,胰腺癌侵犯门静脉-肠系膜上静脉并不是手术禁忌。有研究^[16-17]发现实施门静脉-肠系膜上静脉切除后并血管重建后的患者,其5年生存率与传统胰头癌切除并无明显差别。因此,切除受肿瘤侵犯的门静脉-肠系膜上静脉已被学界广泛接受。要切除受侵犯的静脉,最理想的方法是避开受侵犯的静脉,这样可以避免静脉受损后导致大出血或过多挤压肿瘤导致肿瘤种植、转移。经肠系膜上动脉径路已将肠系膜上动脉充分显露、游离,同时又将除被肿瘤侵犯的肠系膜上静脉和门静脉上下两端完全游离,因而可以安全地将肿瘤合并受侵犯的血管一并切除。它对于肿瘤侵犯血管前壁或包绕静脉时,其优势就显得尤为明显。

在切除受侵犯的门静脉-肠系膜上静脉时,可以视血管受侵犯的情况,既可以局部切除血管壁,也可以切除整段受侵犯的静脉。一般来说,当肿瘤局部侵犯血管不超过血管管径的1/4周径时,可以实行血管壁局部楔形切除后直接缝合,否则,则需行端端吻合。在整段血管切除实施重建时,笔者的经验是如切除的血管段不超过4 cm,可以直接端端吻合。吻合血管后,为防止血管吻合口张力过高,可以游离肝冠状韧带、镰状韧带和回盲部以减少血管的张力。曾有报道^[16],在切除门静脉-肠系膜上静脉长达8 cm后,直接行血管吻合。

研究^[18]表明,实施胰头十二指肠切除术的患者,影响其生存的主要因素是切缘无肿瘤转移即R₀切除和肿瘤的分化程度。切除受侵犯的血管后,患者的其远期生存率与未切除静脉患者的远期生存率没有明显地差别,而且并发症发生率和病死率也无显著性的差别。切除受侵犯的静脉不仅可以提高胰腺癌患者的肿瘤切除率,而且还提高了肿瘤的R₀切除率。肿瘤侵犯肠系膜上动脉动脉后,由于,实施动脉切除重建后的并发症和死亡率太高,

因而不被学者接受。但是,肿瘤侵犯肝动脉或肝总动脉时,可以实施肝动脉切除后重建^[19-20]。

经肠系膜上动脉路径行胰头十二指肠切除是一个新近出现的手术路径。笔者的初步经验表明,它较经典的胰十二指肠切除路径并没有增加手术难度,相反还增加了手术的安全性并增加了肿瘤的根治性切除率。因而有一定的临床应用价值。但是,由于本组的手术例数较小,且其远期疗效也难以得出肯定性的结论,其临床应用价值还不能完全得出结论。但是,初步的临床经验表明,其手术安全性和实用性是值得肯定的。其远期疗效和临床应用价值尚需大宗的临床病例研究来证实。

参考文献

- [1] Hartel M, Wente MN, Di Sebastiano P, et al. The role of extended resection in pancreatic adenocarcinoma: is there good evidence-based justification[J]. *Pancreatology*, 2004, 4(6):561-566.
- [2] Wagner M, Redaelli C, Lietz M, et al. Curative resection is the single most important factor determining outcome in patients with pancreatic adenocarcinoma[J]. *Br J Surg*, 2004, 91(5):586-594.
- [3] Varadhachary GR, Tamm EP, Abbruzzese JL, et al. Borderline resectable pancreatic cancer: definitions, management, and role of preoperative therapy[J]. *Ann Surg Oncol*, 2006, 13(8):1035-1046.
- [4] Hoem D, Viste A. Improving survival following surgery for pancreatic ductal adenocarcinoma--a ten-year experience[J]. *Eur J Surg Oncol*, 2012, 38(3):245-251.
- [5] Adham M, Singhirunnusorn J. Surgical technique and results of total mesopancreas excision (TMpE) in pancreatic tumors[J]. *Eur J Surg Oncol*, 2012, 38(4):340-345.
- [6] Gaedcke J, Gunawan B, Grade M, et al. The mesopancreas is the primary site for R1 resection in pancreatic head cancer: relevance for clinical trials[J]. *Langenbecks Arch Surg*, 2010, 395(4):451-458.
- [7] Martin RC 2nd, Scoggins CR, Egnatashvili V, et al. Arterial and venous resection for pancreatic adenocarcinoma: operative and long-term outcomes[J]. *Arch Surg*, 2009, 144(2):154-159.
- [8] Riediger H, Makowiec F, Fischer E, et al. Postoperative morbidity and long-term survival after pancreaticoduodenectomy with superior mesenterico-portal vein resection[J]. *J Gastrointest Surg*, 2006, 10(8):1106-1115.
- [9] Pavlidis TE, Pavlidis ET, Sakantamis AK. Current opinion on lymphadenectomy in pancreatic cancer surgery[J]. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2011, 10(1):21-25.
- [10] Hackert T, Werner J, Weitz J, et al. Uncinate process first--a novel approach for pancreatic head resection[J]. *Langenbecks Arch Surg*, 2010, 395(8):1161-1164.
- [11] Gockel I, Domeyer M, Wolloscheck T, et al. Resection of the

- mesopancreas (RMP): a new surgical classification of a known anatomical space[J]. *World J Surg Oncol*, 2007, 5:44.
- [12] Moldovan SC, Moldovan AM, Dumitrașcu T, et al. The advantages of retropancreatic vascular dissection for pancreatic head cancer with portal/superior mesenteric vein invasion: posterior approach pancreaticoduodenectomy technique and the mesopancreas theory[J]. *Chirurgia (Bucur)*, 2012, 107(5):571-578.
- [13] Pessaux P, Varma D, Arnaud JP. Pancreaticoduodenectomy: superior mesenteric artery first approach[J]. *J Gastrointest Surg*, 2006, 10(4):607-611.
- [14] Weitz J, Kienle P, Schmidt J, et al. Portal vein resection for advanced pancreatic head cancer[J]. *J Am Coll Surg*, 2007, 204(4):712-716.
- [15] Shrikhande SV, Barreto SG, Bodhankar YD, et al. Superior mesenteric artery first combined with uncinate process approach versus uncinate process first approach in pancreatoduodenectomy: a comparative study evaluating perioperative outcomes[J]. *Langenbecks Arch Surg*, 2011, 396(8):1205-1212.
- [16] Takahashi H, Ohigashi H, Ishikawa O. Pancreaticoduodenectomy for invasive pancreatic cancer (with video)[J]. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2012, 19(2):100-108.
- [17] Glanemann M, Shi B, Liang F, et al. Surgical strategies for treatment of malignant pancreatic tumors: extended, standard or local surgery?[J]. *World J Surg Oncol*, 2008, 6:123.
- [18] 彭承宏, 金佳斌, 邓侠兴. 联合血管切除的胰头肿瘤手术合理应用及评价 [J]. *中国实用科杂志*, 2009, 29(8): 646-648.
- [19] 蒋劲松, 邵钦树, 张成武, 等. 联合血管重建的胰十二指肠切除术治疗胰头癌的经验总结 [J]. *中华外科杂志*, 2010, 48(21):1670-1672.
- [20] 张怡杰, 胡先贵, 金钢, 等. 游离肠系膜上动脉在扩大胰十二指肠切除术治疗胰头钩突癌中的应用及其意义 [J]. *中华外科杂志*, 2009, 47(21):1627-1629.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 龙光辉, 谢勇, 张光涛, 等. 肠系膜上动脉路径在胰十二指肠切除及合并血管切除术中的应用 [J]. *中国普通外科杂志*, 2014, 23(3):291-296. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.005
Cite this article as: LONG GH, XIE Y, ZHANG GT, et al. Superior mesenteric artery approach for pancreaticoduodenectomy or its combination with vessel resection[J]. *Chin J Gen Surg*, 2014, 23(3):291-296. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.005

欢迎订阅 2014 年《中国普通外科杂志》

《中国普通外科杂志》是国内外公开发行的国家级期刊 (ISSN1005-6947/CN43-1213/R), 面向广大从事临床、教学、科研的普外及相关领域工作者, 以实用性为主, 及时报道普通外科领域的新进展、新观点、新技术、新成果、实用性临床研究及临床经验, 是国内普外学科的权威刊物之一。办刊宗旨是: 传递学术信息, 加强相互交流; 提高学术水平, 促进学科发展; 注重临床研究, 服务临床实践。

本刊由国家教育部主管, 中南大学主办, 中南大学湘雅医院承办。主编吕新生教授, 王志明教授, 顾问由中国科学院及工程院院士汤钊猷、吴孟超、吴咸中、汪忠镐、郑树森、黄洁夫、黄志强、黎介寿、赵玉沛、夏家辉、夏穗生等多位国内外著名普通外科专家担任, 编委会成员由国内外普通外科资深专家学者组成。开设栏目有述评、专题研究、基础研究、临床研究、简要论著、临床报道、文献综述、误诊误治与分析、手术经验与技巧、国内外学术动态, 病案报告。本刊已被多个国内外重要检索系统和大型数据库收录, 如: 美国化学文摘 (CA), 俄罗斯文摘 (AJ), 中国科学引文数据库 (CSCD), 中文核心期刊 (中文核心期刊要目总览 2008, 2011 年版), 中国科技论文与引文数据库 (中国科技论文统计源期刊), 中国核心学术期刊 (RCCSE), 中国学术期刊综合评价数据库, 中国期刊网全文数据库 (CNKI), 中文科技期刊数据库, 中文生物医学期刊文献数据库 (CMCC), 万方数据 - 数字化期刊群, 中国生物医学期刊光盘版等, 影响因子已居同类期刊前列, 并在科技期刊评优评奖活动中多次获奖。

本刊已全面采用远程投稿、审稿、采编系统, 出版周期短, 时效性强。欢迎订阅、赐稿。

《中国普通外科杂志》为月刊, 国际标准开本 (A4 幅面), 每期 120 页, 每月 15 日出版。内芯采用进口亚光铜版纸印刷, 图片彩色印刷, 封面美观大方。定价 25.0 元 / 册, 全年 300 元。国内邮发代号: 42-121; 国际代码: M-6436。编辑部可办理邮购。

本刊编辑部全体人员, 向长期以来关心、支持、订阅本刊的广大作者、读者致以诚挚的谢意!

编辑部地址: 湖南省长沙市湘雅路 87 号 (湘雅医院内) 邮政编码: 410008

电话 (传真): 0731-84327400 网址: <http://www.zpwz.net> Email: pw4327400@126.com

中国普通外科杂志编辑部