



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.12.029
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract4151.shtml

· 临床报道 ·

腹腔镜食管裂孔疝修补联合胃底折叠术治疗胃食管反流病合并食管裂孔疝

杨玉兵, 王耿泽, 张海洋

(河南省南阳市中心医院 普通外科, 河南 南阳 473000)

摘要

目的: 探讨腹腔镜下行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术治疗胃食管反流病合并食管裂孔疝的临床疗效和安全性。

方法: 回顾性分析 2012 年 1 月—2014 年 2 月在我院进行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术的 58 例胃食管反流病合并食管裂孔疝患者临床资料, 其中 36 例在腹腔镜下行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术(观察组), 22 例患者行开腹手术(对照组)。观察并比较两组患者手术时间、术中出血量、术后住院时间、术后胃肠道功能恢复时间及术后并发症发生情况, 手术前及手术后 4 个月进行反流性疾病问卷(RDQ)调查结果。

结果: 观察组手术时间、术后住院时间、术后胃肠道功能恢复时间均明显短于对照组(均 $P < 0.05$); 观察组术中出血量及术后并发症发生情况均明显优于对照组($P < 0.05$); 两组患者 RDQ 评分显示术后 4 个月症状均有不同程度的改善, 观察组患者症状改善程度优于对照组患者(均 $P < 0.05$)。

结论: 腹腔镜下行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术治疗胃食管反流病合并食管裂孔疝, 疗效显著, 安全性好, 可积极应用于临床上胃食管反流病合并食管裂孔疝的治疗。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(12):1730-1732]

关键词

食管裂孔疝 / 外科学; 胃底折叠术; 腹腔镜
中图分类号: R655.4

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃、十二指肠内容物反流入食管而导致机体不适或引发并发症的一种消化道常见疾病, 临床症状主要表现为烧心、反食、反酸胸骨后或心窝部疼痛等^[1]。食管裂孔疝是指胃或其他腹腔内脏器经食管裂孔及其旁突进入胸腔, 进而导致症状产生的疾病, 是临床诊治中常见疾病之一, 大多与 GERD 合并发生, 也可单独发生^[2]。临床上常采用食管裂孔疝修补术与胃底折叠术治疗 GERD 合并食管裂孔疝^[3]。本研究旨在探讨腹腔镜下行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术治疗胃食管反流病合并

食管裂孔疝的临床疗效和安全性。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2012 年 1 月—2014 年 2 月在我院进行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术的 58 例胃食管反流病合并食管裂孔疝患者临床资料, 根据患者采取的手术方式分为观察组和对照组。观察组患者 36 例, 男 22 例, 女 14 例; 年龄 32~71 岁, 平均年龄(44.86 ± 9.76)岁; 其中滑动型裂孔疝 21 例, 食管旁疝 8 例, 混合疝 6 例, 巨大型食管裂孔疝 1 例。对照组患者 22 例, 男 14 例, 女 8 例; 年龄 31~72 岁, 平均年龄(43.94 ± 10.04)岁; 其中滑动型裂孔疝 17 例, 食管旁疝 2 例, 混合疝 2 例, 巨大型食管裂孔疝 1 例。两组性别、年龄、食管裂孔疝分型、临床症状表现及病情等一般资料上比较, 差异均无

收稿日期: 2014-10-10; 修订日期: 2014-11-12。

作者简介: 杨玉兵, 河南省南阳市中心医院主治医师, 主要从事消化道肿瘤的外科治疗方面的研究。

通信作者: 杨玉兵, Email: yangyubing1001@163.com

统计学意义(均 $P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

术前2 d给予患者流质饮食, 术前进行鼻插粗胃管, 在气管内插管全麻下进行手术。对照组患者行开腹手术。观察组患者在腹腔镜下行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术。(1) 食管裂孔疝修补术: 采用自制专用纱条将食管贲门缠绕后牵拉, 托起食管贲门, 使食管裂孔充分暴露, 将疝内容物回纳腹腔后采用不可吸收线或专用补片进行缝合修补。(2) 胃底折叠术: Nissen胃底折叠术, 采用无损伤钳牵拉胃底, 使其从食管左侧经食管下端穿过, 牵拉至食管右侧, 采用不可吸收线将其与食管右侧胃底前臂缝合2~3针, 使食管周围360°全包裹, 形成人工瓣膜。Toupet胃底折叠术: 采用无损伤钳牵拉胃底, 使其从食管左侧经食管后方包绕食管, 牵拉至食管右侧, 采用不可吸收线将其与食管右侧胃底前臂缝合2~3针, 胃底左外缘与食管左侧胃底前壁缝合3~4针, 使食管侧后方270°胃底包绕, 左肝下置入腹腔引流管并经左肋缘下切口引出。

1.3 观察指标

治疗期间密切观察并详细记录两组患者手术时间、术中出血量、术后住院时间、术后胃肠道功能恢复时间及术后并发症发生情况。术前及术后4个月采用反流性疾病问卷(RDQ)调查评估患者症状改善情况: 所有患者在消化科医师的指导下

填写RDQ调查表^[4], 根据患者烧心感、胸痛、反酸、反食的发作频率及程度进行评分, 症状发作频率无、每周少于1 d、每周1 d、每周2~3 d、每周4~5 d及每周6~7 d分别评为0、1、2、3、4、5分。症状不明显, 医师提醒下发现、症状明显, 需偶尔服药、症状非常明显, 对日常生活产生较大影响、需长期服药, 分别评为1、3、5分, 介于两者之间分别评为2、4分。症状发作频率评分和症状发作程度评分之和评估患者症状的改善情况, 评分越低, 术后病情改善越好。

1.4 统计学处理

所有数据经核对证实后均经SPSS 17.0统计软件进行数据处理, 计量资料采用平均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)的形式表示, 两组间计量资料比较应用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术相关指标比较

观察组手术时间、术中出血量、术后住院时间、术后胃肠道功能恢复时间均明显短于对照组, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$) (表1)。两组患者术中及术后均无需输血。

表1 两组患者相关指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	术后住院时间 (d)	胃肠道功能恢复时间 (d)
观察组	36	78.12 \pm 10.37 ¹⁾	30.47 \pm 21.68 ¹⁾	6.28 \pm 1.42 ¹⁾	1.38 \pm 0.51 ¹⁾
对照组	22	96.38 \pm 12.52	81.73 \pm 22.51	12.79 \pm 2.20	3.68 \pm 1.06

注: 1) 与对照组比较, $P < 0.05$

2.2 两组患者术中出血量及术后并发症发生情况的观察

术后观察组2例患者发生并发症, 均表现为吞咽困难, 并发症发生率为5.56%; 对照组6例患者发生并发症, 表现为吞咽困难4例, 腹部胀气2例, 并发症发生率为27.27%, 两组间比较, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 两组患者术前及术后4个月RDQ调查结果的观察

两组患者术前烧心、胸痛、反酸、反流等症状评分无统计学差异(均 $P > 0.05$), 术后症状均明显减轻(均 $P < 0.05$), 观察组患者术后症状评分明显低于对照组患者($P < 0.05$) (表2)。

表2 两组患者术前及术后4个月RDQ各症状评分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	烧心	胸痛	反酸	反食
观察组				
术前	6.09 \pm 2.37	4.73 \pm 2.14	4.36 \pm 2.02	4.95 \pm 2.23
术后	1.38 \pm 0.56 ^{1),2)}	1.09 \pm 0.15 ^{1),2)}	1.27 \pm 0.64 ^{1),2)}	1.31 \pm 0.70 ^{1),2)}
对照组				
术前	5.96 \pm 1.81	4.85 \pm 2.32	4.57 \pm 2.11	5.03 \pm 1.87
术后	2.17 \pm 1.01 ¹⁾	1.96 \pm 0.98 ¹⁾	2.14 \pm 1.13 ¹⁾	2.21 \pm 0.76 ¹⁾

注: 1) 与术前比较, $P < 0.05$; 2) 与对照组比较, $P < 0.05$

3 讨论

我国GERD合并食管裂孔疝的发病率较高, 且呈逐渐上升趋势^[5], 据有效数据统计, 约20%

GERD 合并食管裂孔疝患者会发生胃溃疡、食管狭窄、Barrett 食管等严重并发症^[6]。有文献^[7]报道提出,约 70% 的食管狭窄是由于胃内容物反流入食管导致的,而流行病学及病理学研究^[8]认为,GERD 并发的 Barrett 食管是导致食管腺癌发生的最主要因素,且发生癌变的可能性随着 GERD 临床症状的进展而增加。因此,GERD 合并食管裂孔疝早期及时给予正确治疗是避免严重并发症发生及食管腺癌发生的关键措施。

目前,GERD 合并食管裂孔疝的主要治疗方案仍是药物治疗,通过应用药物以抑制胃酸的分泌,从而降低反流胃液的酸度,以达到反酸、反食等临床症状缓解的治疗目的^[9]。药物治疗大多需长期服用药物,停药后容易复发,因此大多患者选择外科手术治疗。外科手术治疗方案可分为开胸手术、开腹手术及腹腔镜下微创手术 3 种,随着腹腔镜技术的成熟和发展,腹腔镜以其创伤小、出血少、对机体产生的损伤小、术后恢复快等优点广泛应用于临床诊治^[10],是大多患者优先选择的手术治疗方案。因此,本研究采用腹腔镜下行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术治疗胃食管反流病合并食管裂孔疝,以探讨其临床疗效和安全性。

本研究 58 例 GERD 合并食管裂孔疝患者,行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术治疗后均成功治愈,术后 4 个月复查,均恢复良好,无患者出现疝囊复发。结果显示,观察组患者手术治疗时间、术中出血量、术后住院时间及术后胃肠道功能恢复时间均明显优于对照组,在对术后并发症发生情况的观察中,发现观察组患者并发症发生率明显低于对照组患者,与克力木等^[11]研究结果相一致,表明腹腔镜下行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术治疗胃食管反流病合并食管裂孔疝创伤小,出血少,对患者机体产生的损伤较小,可加快患者术后胃肠道功能恢复,有利于缩短治疗进程和住院时间、从而减少医疗费用的支出,可有效避免术后并发症的发生,安全性好。本研究还对患者术前及术后 4 个月进行 RDQ 调查,以评估患者烧心、胸痛。反酸、反食等症状的改善情况,调查结果发现,观察组患者术后症状改善程度明显优于对照组患者,表明腹腔镜下治疗疗效显著,术后患者临床症状明

显改善,对患者术后正常生活的恢复具有较大意义。

综上所述,腹腔镜下行食管裂孔疝修补联合胃底折叠术治疗胃食管反流病合并食管裂孔疝,疗效显著,安全性好,可有效改善患者临床症状,加快患者胃肠道功能恢复,可积极应用于临床上胃食管反流病合并食管裂孔疝的治疗。

参考文献

- [1] 史燕妹,赵公芳,黄华.胃食管反流病的发病机制及其诊治的进展[J].世界华人消化杂志,2012,20(36):3713-3718.
- [2] 吴凯镭,杨福全.食管裂孔疝诊治进展[J].中国实用外科杂志,2012,32(6):496-498.
- [3] 李超斌,谢佳平.食管裂孔疝、胃食管瓣膜与胃食管反流病[J].山东医药,2010,50(15):110-111.
- [4] 陈天红,朱建军.蒙特利尔定义与 RDQ 评分对胃食管反流病的诊断价值[J].实用医学杂志,2012,28(18):3069-3071.
- [5] 吴铁镛.食管裂孔疝与胃食管反流病[J].北京医学,2007,29(12):736-737.
- [6] 张耀朋,夏志伟.胃食管反流病并发食管裂孔疝的临床意义及影像学诊断[J].中国全科医学:医生读者版,2011,14(12):45-46.
- [7] 王瀛峰,张继全,吴飞,等.胃食管反流病的中西医发病机制及临床治疗的研究进展[J].世界华人消化杂志,2013,21(34):3821-3827.
- [8] 戴结,汪芳裕.炎症和食管腺癌发生的相关性[J].医学研究生学报,2014,27(3):307-312.
- [9] 汪晓奕,朱凌云.胃食管反流病中西医结合治疗的进展[J].世界华人消化杂志,2014,22(4):488-493.
- [10] 王维良.胃食管反流病的外科治疗[J].实用医学杂志,2007,23(12):1934-1936.
- [11] 克力木,阿力木江·麦斯依提,张成,等.腹腔镜手术治疗胃食管反流病合并食管裂孔疝 650 例临床分析[J].中国实用外科杂志,2014,34(5):416-418.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 杨玉兵,王耿泽,张海洋.腹腔镜食管裂孔疝修补联合胃底折叠术治疗胃食管反流病合并食管裂孔疝[J].中国普通外科杂志,2014,23(12):1730-1732. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.12.029

Cite this article as: YANG YB, WANG GZ, ZHANG HY. Clinical effect of gastroesophageal reflux disease complicated with esophageal hiatal hernia treated with laparoscopic esophageal hiatal hernia repair combined with fundoplication[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(12):1730-1732. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.12.029