

文章编号:1005-6947(2007)12-1200-02

· 临床报道 ·

# 腹腔镜与开腹手术应用于胃十二指肠溃疡穿孔修补的疗效比较

郑军, 韩朝阳, 赵智利, 付艳忠

(河南省焦作市第二人民医院 普通外科, 河南 焦作 454001)

**摘要:**为对比腹腔镜下与开腹修补消化性溃疡急性穿孔的手术疗效, 笔者将50例胃十二指肠溃疡穿孔患者随机分为腹腔镜组和开腹组各25例, 对比其手术时间、术中出血量、术后排气时间、术后使用镇痛剂例次、切口感染和住院时间。结果显示, 腹腔镜组手术时间、术中出血量、术后排气时间、术后镇痛剂用次、切口感染、住院时间明显低于开腹组( $P < 0.01$ )。提示: 溃疡病穿孔的修补采用腹腔镜修补术较开腹术具有创伤小、痛苦轻、恢复快、腹壁瘢痕少、并发症少和住院时间短等优点, 是治疗消化性溃疡急性穿孔较理想的手术方式。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(12): 1200-1201]

**关键词:** 消化性溃疡穿孔/外科学; 修补术; 腹腔镜; 对比研究

**中图分类号:** R 656.62

**文献标识码:** B

腹腔镜手术正在改变着某些传统外科的手术模式, 其具有创伤小、术后恢复快及疼痛轻等优点。笔者对2000年3月—2006年3月收治的胃十二指肠溃疡穿孔患者, 随机分为腹腔镜下修补术及传统开腹手术两组进行并将其结果比较, 现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 分组及一般资料

将50例随机分为腹腔镜组和开腹组各25例。(1)腹腔镜组: 男21例, 女4例; 年龄18~79(平均37.5)岁。穿孔时间3~23(平均8.5)h, 穿孔直径 $< 5 \sim 10$  mm; 腹腔积液170~1300(平均460) mL; 术后病理学诊断为胃溃疡穿孔8例, 十二指肠溃疡穿孔17例。(2)开腹组: 男20例, 女5例; 年龄21~75(平均39.6)岁。穿孔时间3.5~25(平均9.3)h, 穿孔直径 $< 5 \sim 10$  mm; 腹腔积液210~1200(平均440) mL。术后病理学诊断7例为胃溃疡穿孔, 18例为十二指肠溃疡穿孔。两组患者术前均无休克等严重合并症。两组临床资料差异均无显著性( $P > 0.05$ )。

### 1.2 手术方法

术前均插胃管行胃肠减压。腹腔镜组采用气管插管全麻。患者取头高右侧高位, 于脐部作一10 mm弧形切口, 插入气腹针低速充入二氧化碳( $\text{CO}_2$ )气体, 建立气腹, 压力

约为15 mmHg(1 mmHg = 133 kPa), 然后插入 trocar (套管针)。进入腹腔镜后, 直视下于左锁骨中线肋缘下2 cm置入10 mm trocar 作为主操作孔, 右锁骨中线肋缘下2 cm置入5 mm trocar 作为副操作孔。探查腹腔, 先用吸引器吸净腹腔胃内容物及渗液、脓液。术中常规行穿孔部位活体组织检查, 以免遗漏胃癌穿孔。明确诊断后, 用持针器送入带可吸收线的雪橇形针, 根据穿孔的大小沿胃纵轴缝合1~3针。如穿孔较小, 周围瘢痕组织少, 则直接行“8”字全层缝合穿孔, 然后将大网膜固定于穿孔处。缝合时应从穿孔的一侧进针从穿孔处出针, 然后再从穿孔处进针从穿孔的另一侧出针, 完成1次缝合。对穿孔较大、周边组织水肿、质较硬、估计不易愈合者, 在全层缝合几针后, 暂不结扎, 游离部分大网膜填塞于穿孔内, 然后打结关闭穿孔; 在穿孔及其周围涂生物蛋白胶。用大量生理盐水冲洗腹腔、盆腔, 尤其注意肝下和膈下。于小网膜孔处置引流管自腋前线套管处引出体外并固定。放出 $\text{CO}_2$ , 拔除套管, 缝合皮肤切口。引流管须在无液体排出切口无感染等情况下拔除, 一般术后1~2 d拔除。本组无中转开腹。开腹组: 采用经右上腹直肌切口(长约12 cm)行常规手术修补, 并放置引流管。一般术后1~2 d拔除引流管。

### 1.3 观察指标

严格记录两组患者手术时间、术中出血量、术后排气时间、术后镇痛药物的使用例次(术后至少使用杜冷丁1次)、切口感染情况及住院时间。

### 1.4 统计学处理

采用  $t$  检验和  $\chi^2$  检验。所有统计过程均在 SPSS 8.0 软件上完成,  $P < 0.05$  为差异有显著性。

**收稿日期:** 2007-05-18; **修订日期:** 2007-11-26。

**作者简介:** 郑军, 男, 河南焦作人, 河南省焦作市第二人民医院主治医师, 主要从事肝胆外科、腹腔镜外科方面的研究。

**通讯作者:** 郑军 E-mail: drhcy@163.com

## 2 治疗结果

腹腔镜组与传统开腹手术组手术均获成功。手术过程顺利,术后无膈下感染、幽门梗阻等并发症。腹腔镜修补组手术时间、术中出血量、术后排气时间、术后镇痛药使用例次、切口感染情况及住院时间明显少于开腹组(均 $P < 0.01$ )(附表);两组患者术后白细胞计数及中性粒细胞

百分比差异无显著性( $P > 0.05$ )。

两组患者术后用药一致,即禁食期间静脉滴注奥美拉唑,进食后改为口服,出院时仍给予制酸药物。

腹腔镜组术后随访23例,开腹手术组随访21例,两组随访平均时间均为10个月(3~20个月)。随访期间行钡餐X线检查或胃镜检查,两组患者未见溃疡复发。

附表 两种术式修补十二指肠球部溃疡穿孔的疗效比较

组别	n	手术时间(min, $\bar{x} \pm s$ )	术中出血量(ml, $\bar{x} \pm s$ )	术后排气时间(h, $\bar{x} \pm s$ )	术后镇痛剂应用例次(n)	切口感染例次(n)	住院时间(d, $\bar{x} \pm s$ )
腹腔镜	25	59.2±8.3	8.0±2.7	24.9±9.3	6	0	6.1±1.0
开腹	25	84.6±22.4	47±4.2	56.4±16.1	68	6	8.2±1.3
P值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

## 3 讨论

胃十二指肠溃疡穿孔是上消化道溃疡的常见并发症,曾占住院溃疡病例的10%~25%,占溃疡手术病例的21%。近年来由于H<sub>2</sub>受体阻断剂、质子泵抑制剂、碱性药物、胃黏膜保护剂以及抗幽门螺杆菌药物的广泛应用和联合使用,能有效地降低胃液酸度,促使溃疡愈合,故因内科治疗无效或溃疡复发而接受外科治疗的患者明显减少,溃疡穿孔的患病率也明显下降。但上消化道溃疡穿孔仍是目前常见的急腹症之一。急性胃十二指肠溃疡穿孔手术修补后,予正规药物治疗,溃疡均能愈合,疗效显著。因而因溃疡穿孔行胃大部分切除的病例已有明显下降的趋势,溃疡穿孔修补术的适应证也大大放宽<sup>[4]</sup>。研究<sup>[3]</sup>表明,经腹腔镜治疗消化道溃疡穿孔不仅技术上可行,而且较开腹手术有显著的优点。

本研究结果证实,与传统的开腹术相比,腹腔镜下行十二指肠溃疡穿孔修补其缝合修补的确切性与开腹修补术类同,并具有简易、快捷、创伤小、出血少、疼痛轻疗效佳手术术后并发症少,及不影响美观等优点。而开腹手术受麻醉效果或视野的限制,很难清除肠间、盆腔等隐匿区的积液。腹腔镜手术戳孔小,有套管隔离避免或减轻了脓液与戳孔的充分接触;而且腹腔镜视野开阔,操作器械细长,可很方便地清除膈下、肠间、盆腔积液,从而减少切口感

染、腹腔残余感染、粘连性肠梗阻等并发症的发生。再者,溃疡病穿孔腹腔镜的诊断准确率约为92%左右<sup>[5]</sup>,可防止误诊误治,是具有广泛应用前景的手术方式。但它并不意味着能代替全部开腹手术。笔者认为,下列情况应选择开腹手术:(1)穿孔大于1cm,而且周围肠壁水肿明显,因此类穿孔较难行单纯修补;(2)穿孔合并出血;(3)恶性肿瘤合并穿孔。此外对于合并休克及发病时间超过24h的患者亦似以行开腹手术为宜。

### 参考文献:

- [1] 岳奇俊,黄汉涛,赵端仪.腹腔镜在胃十二指肠溃疡穿孔修补术中的应用[J].中国普通外科杂志,2005,14(12):950-951.
- [2] 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.
- [3] 杨新光,温义林,陈红卫.腹腔镜下胃十二指肠穿孔修补术与开腹手术的对比[J].中华普通外科杂志,2003,18(7):439-439.
- [4] 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.
- [5] 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.