

文章编号:1005-6947(2007)12-1202-02

· 临床报道 ·

改良腹腔镜手术治疗消化性溃疡急性穿孔:附23例报告

顾思平, 周晓明, 王清茂, 肖宏胜, 向永东, 王金亮, 张裕芳

(福建省泉州市万祥微创医院 普通外科, 福建泉州 362000)

摘要:为探讨腹腔镜治疗消化性溃疡急性穿孔的临床价值。笔者采用腹腔镜微小三戳孔丝线缝扎法以及腔镜下冲洗、放置腹腔引流管治疗23例消化性溃疡急性穿孔患者。结果显示,22例用三孔法完成,1例于右中下腹另行0.5 cm戳孔作为助手操作孔协助分离粘连后完成手术。无中转开腹病例。提示:腹腔镜治疗消化性溃疡急性穿孔具有缝扎可靠、创伤轻微、冲洗彻底、引流通畅、腹腔干扰少、恢复快等优点,可替代传统开腹穿孔修补术。 [中国普通外科杂志,2007,16(12):1202-1203]

关键词: 消化性溃疡穿孔/外科学; 腹腔镜

中图分类号: R 656.6 **文献标识码:** B

胃、十二指肠溃疡急性穿孔是临床常见的急腹症,以往多采用开腹手术治疗。创伤较大,并发症较多。2003年6月—2007年6月笔者采用改良腹腔镜手术治疗消化性溃疡急性穿孔23例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男15例,女8例;年龄17~81(平均46)岁。13例既往有“胃病”史或明确诊断为“消化性溃疡”病史,3例既往有胃大部切除史,2例有开腹胆囊切除病史,2例有前列腺电切手术史。5例是在重体力劳动饱餐后发病,2例酗酒后发病,3例在外科手术2~5 d后发病。入院时均有突发腹痛史。体检均有不同程度的腹膜炎表现,但无幽门梗阻的临床表现。18例胸透或腹部立位片示膈下有游离气体。

1.2 手术方法

术前准备同传统开腹胃手术。气管插管全麻18例,腰麻+连硬外麻醉5例。患者取平仰卧位,头抬高15~20°,术者站患者右侧。在患者脐上缘或右侧行1.5 cm弧形切口,放置腹腔镜探查;于右锁骨中线右肋下2 cm,剑突下偏左2 cm各行1个0.5 cm戳孔作为操作孔。后两孔的具体位置根据术中探查后视病变部位、炎性粘连的程度等适当调整。腹腔镜引导下吸净腹腔内的液体。依据渗出液、炎性粘连和脓苔附着处多可迅速寻到穿孔处;对不典型病例可按次序寻找,必要时切开胃结肠韧带,于胃后壁寻找。发现穿孔后用2-0可吸收线全层“8”字缝合,也可荷包缝合。如果缝合结扎不满意则用大网膜或游离的肝圆韧带填塞穿孔处再结扎;用盐水、替硝唑溶液彻底冲洗腹腔,吸净

后,于穿孔旁放置1根引流管经戳孔引出,48 h左右无渗出后拔除。本组术中均未使用明胶海绵或止血纱布、生物蛋白胶等辅助处理穿孔的部位。

2 结果

手术证实十二指肠球部溃疡穿孔10例,胃大弯溃疡穿孔7例,胃小弯溃疡穿孔5例,胃后壁溃疡穿孔1例。穿孔大小为0.2~1.0 cm,平均0.5 cm;本组手术时间20~65(平均40) min,1例因既往有胃部手术史,大网膜与上腹部粘连严重,于右中下腹另行0.5 cm戳孔作为助手操作孔协助分离粘连,22例用三孔法完成。无中转开腹病例,术后6~24 h(平均15 h)下床活动,术后次日指导患者深呼吸,咳嗽。本组资料中无肺部感染、无腹腔感染、无腹腔积液等并发症。术后均常规行H₂受体拮抗剂和质子泵拮抗剂治疗。住院2~6(平均4) d,均治愈出院。术后5~35 d所有患者常规行电子胃镜检查,1例发现为胃癌再次行胃癌根治术。随访3~20个月无再次穿孔。

3 讨论

目前外科手术治疗消化性溃疡的病例已大为减少,但消化性溃疡急性穿孔的病例反有所增多^[1]。因习惯及认识的差异,目前不少地区外科医师仍采用开腹手术治疗该病。自1990年Marret^[2]首先将腹腔镜应用于胃十二指肠溃疡穿孔修补以来,由于其巨大的优势,目前在外国和我国部分的医院腹腔镜下修补已成为治疗消化性溃疡急性穿孔的主要手段^[3]。笔者采用腹腔镜三孔修补术更具有微创和缝合良好等优点。本组资料显示本法优点如下:(1)腹部创伤轻微。由于仅需0.5 cm的2个戳孔,脐部1.5 cm的1个戳孔,患者术后6 h即可下床活动,可促进腹腔积液经引流管排出体外,促进胃肠功能恢复,本组资料中未发生肺部感染、腹腔感染、肠粘连、肠梗阻等并发症,与易石坚^[4]报道的腔镜手术与开腹手术相比较能明显降低并发症的结论相一致。(2)腹腔镜下视野清楚,能迅速找到穿孔部位,对于不典型的溃疡穿孔既能明确诊断,又能进行治疗。笔者曾

收稿日期:2007-10-09; 修订日期:2007-11-26。

作者简介:顾思平,男,云南丽江人,福建省泉州市万祥微创医院副主任医师,主要从事腹腔镜方面的研究。

通讯作者:顾思平 E-mail:commonboyzhou@yahoo.com.cn

文章编号:1005-6947(2007)12-1203-02

· 临床报道 ·

外伤性脾破裂治疗方法的选择

田忠民

(江西财经大学医院 外科, 江西 南昌 330013)

摘要:为探讨外伤性脾破裂治疗方法的合理选择。笔者对82例外伤性脾破裂患者的临床资料进行回顾性分析。82例中采用非手术治疗30例,脾切除术24例,其中16例加行脾片大网膜移植术,脾缝合修补术10例,部分脾切除术18例。治愈82例,治愈率100%。笔者认为,根据脾损伤的具体情况,因地制宜选择治疗方法,既可最大限度地保留脾脏功能,又能安全有效地抢救生命,减少并发症,降低病死率。

[中国普通外科杂志,2007,16(12):1203-1204]

关键词:脾破裂/治疗;脾切除术;脾片大网膜移植术

中图分类号:R 657.6

文献标识码:B

本院自1993年3月—2004年12月间共收治外伤性脾破裂82例,根据病情,选择了不同的治疗方法,取得了较好的临床效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男59例,女23例;年龄6~71(平均34.3)岁。

收稿日期:2006-09-07; **修订日期:**2007-11-23。

作者简介:田忠民,男,江西瑞昌人,江西财经大学医院副主任医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者:田忠民 E-mail:TZM384@126.com

遇到1例膀胱造瘘前列腺电切术后,拔造瘘管出现全腹膜炎的病例,考虑应激性上消化道溃疡穿孔,腹腔镜下探查证实为膀胱造瘘口位置偏高,尿液进入腹腔所致。本组有1例为胃大弯后壁穿孔,腹腔镜下切开胃结肠韧带,寻到穿孔后缝扎处理,操作也较简单。对于肥胖体型患者,腹腔镜避免了大切口寻找穿孔部位、术后并发症多的缺点。(3)腹腔镜下视野开阔,能无创伤的彻底冲洗、吸引腹腔每一个角落的积液。这是开腹手术无法比拟的。彻底冲洗能减少术后粘连,甚至杜绝了腹腔积液、腹腔感染等并发症的发生。(4)三孔修补法不需使用止血纱布、生物蛋白胶、钛夹等较昂贵的材料,同时由于并发症很少,恢复快,抗菌素使用时间短,住院时间短,与易石坚^[4]的报道一致。

腹腔镜三孔修补术的注意点:(1)术者站在患者右侧,方便镜下缝合操作。(2)当穿孔处有明显出血时,经穿孔处由内向外“8”字缝扎穿孔边缘可有效止血;(3)当炎性水肿致组织脆弱或穿孔部位大,缝合后发现结扎难以闭合穿孔时不必强行结扎,应将大网膜填塞后再结扎,若大网膜较小较短难以填塞可改用肝圆韧带填塞^[5]。本组有3例用此法达到满意效果。(4)充分冲洗、吸净后应于穿孔

致伤原因:车祸伤46例,坠落伤13例,钝器伤9例,拳击伤5例,倒塌伤4例,重物压榨伤3例,刀刺伤2例。伤后至入院时间30 min至72 h不等,平均8 h。脾破裂分级:按Gall和Scheele外伤性脾破裂分级:I~II级31例,III级51例。单纯脾损伤60例(73.2%);多发伤22例(26.8%),其中合并肝损伤7例,胃肠损伤3例,腹膜后血肿2例,长骨骨折8例,肋骨骨折3例,骨盆骨折1例。

1.2 临床表现与诊断

本组患者均有左上腹疼痛及压痛,伴休克[收缩压<90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),脉搏>100次/min]表现的16例,均进行了腹腔穿刺,抽出不凝血77例(93.9%),B超及(或)CT检查63例,均提示有不同程度的脾损伤。术前均诊断为外伤性脾破裂。

旁放置1根腹腔引流管引流,能有效减少腹腔感染。(5)如果术中发现有幽门梗阻,应改开腹胃大部切除、胃肠吻合术。(6)术后按消化性溃疡药物正规治疗2~3疗程,可有效减少再次穿孔的发生几率。

参考文献:

- [1] 陈道瑾,丁波泥.腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(6):472-473.
- [2] Mouret P, Francois F, Vignal I, et al. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer[J]. Br J Surg, 1990, 77(8): 1006-1011.
- [3] 陈道达,王国斌,卢晓明.重视消化性溃疡病因和治疗的变化[J].中国普通外科杂志,2003,12(7):481-482.
- [4] 易石坚,李兰兰,邓连兴,等.腹腔镜行消化性溃疡急性穿孔修补术的临床研究[J].中国普通外科杂志,2007,16(6):559-561.
- [5] 马德奎,张少华,彭和平,等.腹腔镜在胃十二指肠溃疡穿孔治疗中的应用[J].中国现代手术学杂志,2005,9(1):14-16.