

文章编号:1005-6947(2007)06-0559-03

· 腔镜外科专题研究 ·

腹腔镜行消化性溃疡急性穿孔修补手术的 临床研究

易石坚, 李兰兰, 邓连兴, 代平, 郭瑞萍

(广东省深圳市福永医院 外科, 广东 深圳 518103)

摘要:目的 探讨腹腔镜治疗消化性溃疡急性穿孔的临床价值。方法 对腹腔镜手术组(腔镜组)53例和开腹手术组(开腹组)54例患者的手术时间、术中出血量、肠鸣音恢复时间、住院时间、使用镇痛剂例数、住院费用、术后切口及腹腔感染例数等指标进行比较。结果 腔镜组术中出血量、术后肠鸣音恢复时间、住院时间、使用镇痛剂等指标均显著小于开腹组($P < 0.05$)。结论 腹腔镜治疗消化性溃疡急性穿孔具有侵袭性小、腹腔干扰小、术后痛苦小、肠功能恢复快、住院时间短等优点,且增加住院费用,可取代传统开腹修补术。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(6):559-561]

关键词: 消化性溃疡穿孔/外科学; 腹腔镜; 穿孔修补术/方法

中图分类号: R656.6

文献标识码: A

Clinical study of laparoscopic repair of acute peptic ulcer perforation

YI Shi-jian, LI Lan-lan, DENG Lian-xing, DAI Ping, GUO Rui-ping

(Fu-yong Hospital, Shenzhen, Guangdong 518103, China)

Abstract: Objective To study the clinical value of laparoscopic treatment of acute peptic ulcer perforation.

Methods Laparoscopic treatment group including 53 patients with acute peptic ulcer perforation and laparotomic treatment group including 54 cases. The operating time, volume of intra-operative blood loss, time to intestinal function recovery, length of postoperative hospital stay, the use of analgesics, the cost of hospitalization and the postoperative complications between the two groups were compared. **Results** There was a significant difference in the volume of blood loss, the time to intestinal function recovery, the length of postoperative hospital stay, and the use of analgesics between the two groups (all $P < 0.05$).

Conclusions Compared with laparotomic repair, laparoscopic repair has special advantages in the treatment of acute peptic ulcer perforation, such as less injury, less disturbance of celiac organs, faster recovery and a shorter postoperative hospital stay. This method does not increase the cost of hospitalization and it can replace the traditional laparotomic repair. [Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(6):559-561]

Key words: Peptic Ulcer Perforation/surg; Laparoscopes; Repair Operation/methods

CLC number: R656.6

Document code: A

腹腔镜技术在腹部外科手术中的应用已越来越普遍,凭借其损伤小、恢复快、住院时间短的优势,深受广大外科医生的青睐。1999年9月—

2006年9月本院收治的消化性溃疡急性穿孔107例,按入院先后随机分为2组,腹腔镜修补53例(腔镜组),开腹手术修补54例(开腹组),报告如下。

收稿日期:2007-01-22; 修订日期:2007-05-19。

作者简介:易石坚,男,深圳市人,深圳市福永人民医院副主任医师,主要从事肝胆胰外科基础与临床研究工作方面的研究。对微创外科的临床研究有一定造诣。

通讯作者:易石坚 E-mail:yishijian1969@hotmail.com

1 临床资料

1.1 一般资料

1.1.1 腹腔镜手术组(腔镜组) 男41例,女

12例;平均年龄36.6(16~85)岁。十二指肠溃疡穿孔45例,胃溃疡穿孔8例;有溃疡病史28例;穿孔时间5~72(平均18)h;立位腹部平片有膈下游离气体35例;术中见穿孔直径0.3~1.0cm,腹腔积液250~1300(平均480)mL。

1.1.2 开腹手术组(开腹组) 男41例,女13例;平均年龄36.2(22~76)岁。十二指肠溃疡穿孔48例,胃溃疡穿孔6例;有溃疡病史30例;穿孔时间4~70(平均18)h;立位腹部平片有膈下游离气体35例;术中见穿孔直径0.3~1.0cm,腹腔积液260~1300(平均470)mL。

两组病例的性别、年龄、穿孔时间、穿孔大小、腹腔积液量差异均无显著性,具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 术前准备 术前均留置胃管及导尿管,采用气管插管内全麻。患者取头高足低稍向左侧卧位,术者站左侧。

1.2.2 戳孔方法 于脐上缘取1cm弧形切口,用于置入腹腔镜。主操作孔位置确定:(1)十二指肠溃疡穿孔。取剑突下1cm切口为主操作孔,右肋缘下锁骨中线0.5cm切口为副操作孔,平脐右腋前线0.5cm为第二副操作孔。(2)胃溃疡穿孔。经剑突下及右肋缘下切口探查证实为胃穿孔后,取左肋缘下锁骨中线1cm切口为主操作孔,另2处戳孔与十二指肠穿孔修补相同。

1.2.3 手术方式 腹腔镜手术组53例,其中采用黏堵法21例、网膜片修补法15例、单纯修补法16例,1例胃穿孔术中快速病理切片证实为胃癌,中转开腹行根治术。开腹手术组54例,其中采用网膜片修补法37例,单纯修补法17例。

1.2.4 冲洗引流 吸尽腹腔渗液、脓液,用碘伏、甲硝唑及生理盐水冲洗腹腔,盆腔内置18号硅胶管接负压球行腹腔引流,自腋前线戳孔处引出。

1.3 观察指标及其统计学处理

记录两组患者手术时间、术中出血量、肠鸣音恢复时间、住院时间、使用镇痛剂例数、住院费用、术后切口及腹腔感染例数等指标。使用SPSS12.0统计软件包进行数据处理,组间差异采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

两组患者术后24~72h拔除腹腔引流,胃肠功能恢复后拔除胃管并开始进流质饮食,予抗生素及静脉制酸药物3~7d,进食后即给予口服制酸药物。腔镜组术中出血量、肠鸣音恢复时间、住院时间及使用镇痛剂例数均显著小于开腹手术组,差异有显著性(均 $P < 0.05$)。两组患者术中术后观察指标的比较结果见附表。

附表 两组患者术中术后观察指标的比较

分组	n	手术时间 (min, $\bar{x} \pm s$)	术中出血量 (mL, $\bar{x} \pm s$)	肠音恢复时间 (h, $\bar{x} \pm s$)	住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	住院费用 (千元, $\bar{x} \pm s$)	术后镇痛 $n(\%)$	切口感染 $n(\%)$	腹腔感染 $n(\%)$
腔镜组	52	44.6 ± 18.7	11.4 ± 2.1	20.5 ± 10.8	4.3 ± 1.7	6.5 ± 0.5	0(0)	0(0)	0(0)
开腹组	54	54.3 ± 16.1	24.5 ± 4.5	50.2 ± 18.2	9.1 ± 2.4	6.4 ± 0.4	51(94.4)	3(5.6)	1(1.9)
P		$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$

3 讨论

随着消化性溃疡药物疗法的进展,该病治愈率达90%以上^[1]。消化性溃疡急性穿孔的手术选择,过去多主张在患者条件允许的情况下尽可能采用根治性手术,即胃大部分切除或高选择性迷走神经切断术等。近20年来,由于H₂受体抑制剂和质子泵抑制剂的相继问世,幽门螺旋杆菌(Hp)的发现、抗Hp药物的应用及其相关研究

等,消化性溃疡的发病和治疗有了很大的变化;因患该病而住院治疗的患者减少,需要接受外科治疗的患者更少。消化性溃疡经药物治疗可以治愈的概念逐渐被人们接受^[2]。此现象为溃疡病穿孔的修补术提供了理论基础。1988年, Mouret首次在腹腔镜下实施了消化道溃疡穿孔修补术^[3]。近几年来,由于手术配套技术的提高和腹腔镜器械的改进,特别是腹腔镜技术的不断发展,腹腔镜穿孔修补术已经完全可以替代传统的

开腹修补手术^[4]。腹腔镜治疗消化性溃疡穿孔的适应证是^[5]:(1)溃疡急性穿孔,病情较重,不能耐受胃大部切除手术者;(2)穿孔时间超过12h且腹腔感染严重者;(3)患者年轻,穿孔及周围瘢痕较小,溃疡治愈可能性大者;(4)全身情况较好、能耐受人工气腹;(5)可排除溃疡恶变或癌性穿孔。

腹腔镜治疗消化性溃疡急性穿孔的优势在于:(1)明确诊断。腹腔镜既可作为诊断腹膜炎的一种手段,又可进一步作为治疗的手段;检查与治疗完美的结合是传统开腹手术所无法媲美的。(2)手术切口小。传统开腹手术切口大,如患者肥胖,则切口更大亦即创伤更大;而腹腔镜手术一般从腹壁上作3~4个小孔,利用特殊器械完成手术。从暴露方面看,腔镜视野较开阔,手术人员均能看到手术野,具有灵活性^[6];(3)恢复快,并发症少。与开腹组相比,腔镜组对腹腔的影响明显减小,故而术后恢复更快;腔镜组术后肠鸣音恢复时间及术后使用镇痛剂例数明显少于开腹组($P < 0.05$)。腔镜由于切口小,切口感染很少发生,故手术后近期并发症发生率低。本文腔镜组术后无1例并发切口感染及腹腔感染,而对照组分别为3例和1例,但无统计学意义($P > 0.05$),这可能与样本数少有关。(4)冲洗腹腔彻底。利用腹腔镜的广度对全腹腔可进行有效的冲洗,必要时还可在最低点放置引流管,最大限度地减少腹腔残余脓肿的发生。(5)术中出血少。本组资料腔镜组较开腹组术中出血量少($P < 0.05$)。这主要与入路方式及扩大显示电凝止血有关。

笔者通过多年的临床实践,对腹腔镜治疗消化性溃疡急性穿孔的体会总结如下:

(1)穿孔部位的确定 穿孔部位一般多在胃小弯及幽门前壁或十二指肠球部前壁,在脓苔浓聚的地方寻找病灶,一般容易找到。

(2)手术方式的选择 ①单纯穿孔修补法。使用带线雪撬针沿纵轴方向间断缝合穿孔,适合于溃疡小、穿孔小的病例。②网膜片修补法。用可吸收线穿过溃疡两侧,进针方向与单纯修补法相同,缝合3~5针,将大网膜提到穿孔的表面,

收紧缝线并打结。也可用医用生物蛋白胶将网片固定在穿孔表面。该法适用于穿孔较大、局部水肿严重的病例^[7-8]。③蛋白胶黏堵法。用明胶海绵或网膜组织涂上生物蛋白胶或ZT胶后,直接插入穿孔内,使明胶海绵或网膜组织与胃或十二指肠肠壁黏在一起,从而封闭穿孔。该法适用于较小的穿孔。

(3)腔镜缝合注意事项 选择胃十二指肠纵轴方向进针全层缝合,缝合时应从穿孔的一侧外面进针从同侧里面出针,然后再从穿孔另一侧里面进针从穿孔的外面出针,完成一次缝合;否则容易把胃或十二指肠腔缝闭。

(4)术中活检 十二指肠大多为良性溃疡,胃溃疡应常规活检,本组胃溃疡8例中1例术中病理切片证实为胃癌而中转开腹行根治术。

总之,腹腔镜治疗消化性溃疡急性穿孔有许多优势,易于被医患双方接受,操作相对简单,易于掌握,且不增加患者的住院费用,可取代传统开腹修补术,对基层医院也具有临床应用价值。

参考文献:

- [1] 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.
- [2] 何裕隆,詹文华. 幽门螺旋杆菌与十二指肠溃疡的关系[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 18(1): 12 - 13.
- [3] Rattner DW. Beyond the laparoscope: minimally invasive surgery in the new millennium [J]. Surgery, 1999, 125(1): 19 - 22.
- [4] Clarke HC. History of endoscopic and laparoscopic surgery [J]. World J Surg, 2001, 25(7): 967 - 968.
- [5] 岳奇俊,黄汉涛,赵端仪,等. 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.
- [6] 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.
- [7] Siu WT, Leong HT, Law BK, et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial [J]. Ann Surg, 2002, 235(3): 313 - 319.
- [8] Arnaud JP, Tuech JJ, Bergamaschi R, et al. Laparoscopic suture closure of perforated duodenal peptic ulcer [J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2002, 12(3): 145 - 147.