维普资讯 http://www.cqvip.com

腹腔镜下治疗胃十二指肠疾病42例临床分析

阳 波，康小平，杨 静 （遂宁市人民医院外科，四川 遂宁 629000）

[摘 要] **目的** 探讨腹腔镜下手术治疗胃十二指肠疾病的临床价值、手术方法、适应证及优缺点。**方法** 腹腔镜手术组为胃十二指肠疾病患者42例，其中胃壁良性肿瘤切除术14例、胃十二指肠溃疡穿孔修补术11例、胃大部切除术10例、高选择性迷走神经切断术7例，应用腹腔镜技术行手术治疗。对照组为不经过腹腔镜进行同类型手术治疗的患者，每种类型手术患者10例。统计手术时间、住院时间、术中出血量和并发症。**结果** 腹腔镜手术组肿瘤切除、穿孔修补、胃大部切除和迷走神经切断术的手术时间、术中出血量、住院时间和并发症等指标，均显著优于同类型手术的对照组。**结论** 腹腔镜下治疗胃十二指肠疾病具有创伤小、手术时间短、术后恢复快及术后并发症少的特点。胃壁良性肿瘤切除、胃十二指肠溃疡穿孔修补、胃大部切除、高选迷走神经切断均是腹腔镜手术治疗的适应证。

[关键词] 腹腔镜；胃十二指肠溃疡；穿孔；手术
[中图分类号] R656.6 [文献标识码] A [文章编号] 1672－5042(2005)03－0153－02

Clinical analysis of laparoscopic treatment in gastroduodenal diseases

YANG Bo, KANG Xiao-ping, YANG Jing (Department of Surgery, Suining People's Hospital, Suining 629000, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical value, methods and indications of laparoscopic operation on gastroduodenal diseases. **Methods** Laparoscopic operation was employed on 42 patients of gastroduodenal diseases, including benign gastric tumor resection (14 cases), perforated gastroduodenal ulcer repair (11 cases), partial stomach resection (10 cases), highly selective vagotomy(7 cases). The routine surgery was performed on 40 patients matched in disease type with those employed laparoscopic operation, 10 of each type of disease. The operation time, length of stay, bleeding volume and postoperative complications were analysed. **Results** The parameters mentioned above in laparoscopic operation group showed a significant difference with those in routine operation group ($P < 0.01$). **Conclusion** The advantages of laparoscopic treatment in gastroduodenal diseases are small wound, short operation time, quick recovery, and less complications. Its indications are including benign gastric tumor resection, perforated gastroduodenal ulcer repair, partial stomach resection, and highly selective vagotomy.

Keywords: laparoscope; gastroduodenal ulcer; perforation; operation

腹腔镜技术在1987年首先应用于胆囊切除术，之后经过十余年的应用和探索，腹腔镜在腹部外科手术应用中积累了大量的经验，因具有损伤轻、恢复快、住院时间短的优点，故很受患者的欢迎[1-2]。现将1996年8月至2004年10月我院施行的42例腹腔镜下胃十二指肠疾病临床治疗资料分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者42例，男性31例，女性11例。年龄24～73岁，平均45.9岁。其中胃部良性肿瘤14例、胃溃疡8例、十二指肠球部溃疡16例、胃窦部溃疡4例。术前经检查无腹腔镜手术禁忌证，给予快速补液及纠正休克及酸中毒后行腹腔镜手术。另统计年龄、性别等资料基本相同的40例同类型疾病不使用腹腔镜按常规手术治疗的患者的临床资料，作为对照。

1.2 手术方法

腹腔镜手术组42例患者中14例行胃壁良性肿瘤切除术、10例行胃大部切除术、7例行高选择性迷走神经切断术、11例行胃十二指肠溃疡穿孔修补术。患者均在气管插管、静脉麻醉下，应用腹腔镜技术进行上述手术及腹腔引流。对照组为不经腹腔镜进行上述同类型手术的患者，每种类型手术10例。所有病例均记录手术时间、术中出血量、住院时间及并发症等指标。数据经统计学处理。

1.2.1 胃壁良性肿瘤切除术 14例患者中8例平滑肌瘤、2例脂肪瘤、4例血管球瘤，采用胃壁良性肿瘤切除术。具体步骤为：①术前留置胃管负压吸引，于脐下缘作1.0 cm穿刺孔，造气腹；②入30°或0°镜，常规巡视腹腔；③病灶定位，通过肉眼检查并结合器械探查确定肿瘤部位，或术中用胃镜检查定位；④术野显露，通常"8"字缝合瘤体中央，将肿瘤牵起，用电凝切开胃壁浆肌层并沿肿瘤包膜行钝性或锐性分离，最后关闭胃腔。

1.2.2 胃大部切除术 10例患者采用腹腔镜下Billroth Ⅱ式胃大部切除术，其中十二指肠球部溃疡出血6例、胃窦部溃疡4例。具体步骤为：①腹腔镜常规；②病灶定位，网膜游离，血管处理；③采用内视镜切割吻合器行十二指肠离断，胃空肠吻合，胃大部切除以及标本取出；④血管处理可采用自在血管根部用缝线套扎，或动静脉分离后用钛夹夹闭，或用EndoGIA直接离断。

1.2.3 高选迷走神经切断术 7例患者均为十二指肠球部溃疡。具体步骤为：①腹腔镜常规；②食管腹段右侧的迷走神经后干切断；③浆肌层切开，浆肌层切开同常规手术一样保留支配胃窦的"鸦爪"神经。

[作者简介] 阳 波(1968－)，男，四川省遂宁市人，主治医师，本科，主要从事骨折急救、腔镜外科方面的研究。电话：(0825)3992120

[收稿日期] 2005－01－15 [修回日期] 2005－03－02

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2.4 胃十二指肠穿孔修补术 11例患者中十二指肠球部溃疡穿孔3例，胃溃疡穿孔8例。具体步骤为：①术前留置胃管负压吸引，于脐下缘作1.0 cm穿刺孔，造气腹；②入30°或0°镜，常规巡视腹腔；③腹腔脓液处理，吸净腹腔脓液，生理盐水冲洗，显露穿孔部位，常规穿孔边缘组织活检；④用普通中号或小号圆针，带4号丝线作全层"8"字形缝合关闭穿孔，缝合方向与胃十二指肠纵轴垂直，加大网膜覆盖；⑤生理盐水彻底冲洗腹腔，充分吸净腹腔内液体，右肋下缘前线穿刺置引流管。

所有患者术后保持胃肠减压，常规应用抗生素3～5 d，置引流管者术后2～3 d拔除。胃十二指肠溃疡患者常规用抑酸药物（甲氰咪胍、洛赛克），进食后口服抑酸药物加抗幽门螺旋杆菌治疗6～8周。

2 结果

经腹腔镜手术胃壁良性肿瘤切除、胃十二指肠穿孔修补、胃大部切除、高选择性迷走神经切断的手术时间、术中出血量、住院时间等指标，均显著少于对照组（表1）。肿瘤切除、穿孔修补和胃大部切除术腹腔镜组中各有1例发生并发症，发生率分别为7.1%、9.1%和10%，而对照组的并发症发生率均为20%。高选择性迷走神经切断术均无并发症发生。

表1 腹腔镜下胃十二指肠疾病治疗结果分析（$\bar{x} \pm s$）

手术类型	手术时间(min)		出血量(ml)		住院天数(d)	
	腹腔镜组	对照组	腹腔镜组	对照组	腹腔镜组	对照组
肿瘤切除	126±54*	153±69	173±41#	253±48	6.7±1.8*	8.3±2.4
穿孔修补	97±36*	125±58	142±44#	221±58	5.2±1.6*	6.8±1.5
胃大部切除	157±67#	213±98	212±88*	269±97	6.2±2.4*	8.7±3.1
高选迷切断	101±35#	129±55	145±67#	204±55	5.5±2.1*	6.4±2.3

*：与对照组比较，$P<0.05$；#：与对照组比较，$P<0.01$

3 讨论

腹腔镜用于胃十二指肠疾病的首次报道是1990年，Mouret在腹腔镜下实施了消化道溃疡穿孔修补术[3]。近几年来，由于手术配套技术提高和腹腔镜器械的改进，腹腔镜应用于胃十二指肠疾病例数逐渐增加，其适应证较为放宽，而且从微创外科角度考虑，特别是对于病情较重的急腹症患者，腹腔镜手术能减少对腹腔脏器的刺激，使手术对胃肠道功能抑制处在最低限度，以利于患者术后胃肠道动力的复原，与传统开腹手术相比，术后肠粘连等并发症的发生率也降低[4]。

本研究统计分析了42例胃十二指肠疾病患者经腹腔镜下手术治疗的临床资料，结果表明，胃良性肿瘤切除术、穿孔修补术、胃大部切除术、高选择性迷走神经切断术的手术时间、术中出血量、住院时间均显著少于传统手术方法治疗，而且术后并发症在总例数中的发生率也显著减少。在本组的4种手术类型中，以高选择性迷走神经切断术最为简单，因此，手术时间和术中出血量均最少，而且较传统手术效果好，没有并发症发生，这与统计的手术例数少也有一定关系，同时也说明，腹腔镜下进行迷走神经切断术是安全有效的。肿瘤切除术和穿孔修补术存在手术定位的问题，胃前壁的溃疡或肿瘤比较容易定位，靠后外侧壁的病变需要用器械探查，周围粘连处理细致精确，要最大限度地减少术中出血，保持术野清晰，避免重要结构如胆管、肠管的损伤[5]。胃大部切除术的手术复杂程度可能最高，涉及到肠管的切断和胃肠的吻合，术中仔细、熟练地操作，助手良好的配合是手术成功的关键[6]。

本文认为经腹腔镜进行胃十二指肠疾病的手术治疗是安全可靠的。但也有其不足之处，和常规开腹手术相比较，患者适应证范围相对较小，病灶较大、周围粘连严重的病灶处理难度较大，手术时间将延长，且受设备条件限制，部分患者仍须开腹手术。腹腔镜在胃十二指肠疾病治疗中的应用，从现有的临床资料来看是较好的，随着手术器械和手术操作的进一步改进，将腹腔镜同其它内窥镜技术联合应用，不断扩大腹腔镜在胃十二指肠疾病中的治疗范围在不远的将来是可以实现的。

[参考文献]

[1] 吴阶平，裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第6版. 北京：人民卫生出版社，1999.1341.

[2] Mathias JM. Surgery beyond the laparoscope[J]. OR Manager, 1999,15(8):16－17.

[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] Koninger J, Bottinger P, Redecke J, et al. Laparoscopic repair of perforated gastroduodenal ulcer by running suture[J]. Langenbecks Arch Surg, 2004,389(1):11－16.

[6] Saccomani GE, Percivale A, Stella M, et al. Laparoscopic billroth II gastrectomy for completely stricturing duodenal ulcer: technical details[J]. Scand J Surg, 2003,92(3): 200－202.

（编辑：余汇洋）