

小儿腹腔镜贲门胃底折叠术 1 例

李龙 余奇志 刘刚 黄柳明 雷宇 贾钧 王平

北京大学第一医院小儿外科(北京,100034)

中图分类号:R726.156.6

文献标识:B

文章编号:1009-6604(2003)01-0048-02

在我国,小儿胃管返流性疾病较西方国家少见,目前尽管关于手术的适应证尚存争议,但是普遍认为患儿临床症状的严重程度是比任何辅助检查都重要的手术指征^[1]。腹腔镜下贲门胃底折叠术是治疗胃食管返流的成熟技术,但是在我国小儿尚无报道,现报道我院 1 例小儿腹腔镜贲门胃底折叠术的成功经验。

患儿,男,生后 42 天,体重 2.9kg。患儿生后即开始溢奶,吐物为奶汁,不含乳块。呕吐多发生在进奶后 30 分钟之内,吐后求食欲强。1 个月来,经过体位护理和口服西沙比利、吗叮啉等胃动力药,疗效不明显,并且病情逐渐加重,每次进奶后均发生呕吐,不能平卧。患儿逐渐消瘦,体重减轻(出生时重 3.5kg)。查体,患儿消瘦,皮肤弹性差,皮下脂肪菲薄。腹不胀,无胃肠形。钡餐检查见 His 角消失,重度胃食管返流(图 1),无食管狭窄,幽门通畅。食管测压显示:食管下端高压带消失。

手术方法:全麻插管麻醉,头高足低位。采用三孔法,分别于脐窝,右上腹和左上腹置入 5mm Trocar。采用德国鲁道夫公司生产的腹腔镜系统(ru 0360-11/00 0° 5mm 镜头),气腹压力 9mmHg。①食管贲门暴露:在剑突的左侧穿腹壁刺入 4 号弯针及

丝线,镜下将针缝合于食管裂孔前壁的膈食管韧带上,然后将针从肝缘下肝镰状韧带的右侧腹壁穿出,在腹壁外拉紧线的两端后,腹腔内缝线将肝左外侧叶悬吊起来,显露贲门食管区。②游离胃大弯及胃底:用超声刀从胃大弯的中部开始断离胃结肠韧带,脾胃韧带及膈食管韧带。③游离贲门和食管:切开食管前方的膈食管韧带及迷走神经肝支以上的肝胃韧带。向下牵拉胃底,保护食管肌层表面上走行的迷走神经左干和右干,将食管向上游离达到膈肌裂孔水平,显露左右膈肌脚(图 2)。④紧缩食管裂孔:经口腔向食管内导入直径 1.0cm 的肛管作支架,以 4 号丝线对合缝合左右膈肌脚 1 针。⑤胃底包绕食管缝合:从食管后方将胃底拉到食管右侧,把胃底包绕食管缝合固定 3 针,进针顺序为左侧胃底—食管右前壁—右侧胃底,针距 0.8cm,使整个腹段食管由胃底包绕 360°(图 3)。⑥固定胃底:将胃底与膈肌和膈肌脚处各固定缝合 2 针,拉出食管内肛管,缝合腹壁切口。手术时间 1 小时 40 分钟,出血不足 2ml。患儿术后恢复极快,术后 6 小时开始进水,第 1 天开始正常进奶,第 2 天出院,无并发症发生。目前已随访 6 月,无再发呕吐和腹胀,体重增加。



图 1 术前钡餐,His 角消失,重度胃食管反流。



图 2 游离食管,E:食管,L:左膈肌脚,R:右膈肌脚。

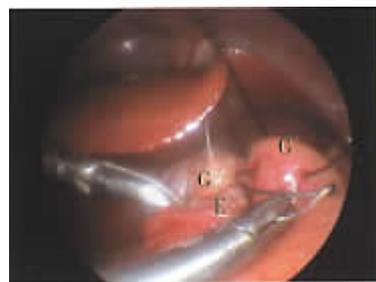


图 3 胃底包绕食管缝合,G:胃底,E:食管。

腹腔镜贲门胃底折叠术首先由 Lobe^[2]于 1993 年报道,目前已成为治疗小儿胃食管返流疾病的可靠方法^[3,4]。与开腹手术相比,腹腔镜贲门胃底折叠术患儿住院时间短,近期和远期并发症少^[5,6],效果明显优于开腹手术。

目前经腹腔镜治疗小儿胃食管返流有两种术式:Nissen 手术(胃底 360°折叠术)和 Toupet 手术(胃底 270°折叠术),二者反流症状的复发率分别为 6.5%和 3.5%^[7]。本例患儿生后即出现呕吐,经测压显示食管下端高压带消失,作者采用 Nissen 术式以重建高压带。文献上腹腔镜贲门胃底折叠术均采用(4~6)个 Trocar 完成手术^[2-6],本例仅采用 3 个 Trocar 即完成全部手术操作过程,这主要受益于食管裂孔处悬吊牵引线的应用,良好地显露贲门食管区。另外超声刀的应用加快分离组织的速度,省去结扎小血管的操作步骤。充分游离食管是手术的关键,术中切开食管前方的膈食管韧带及肝胃韧带,保护食管肌层和其表面走行的迷走神经,避免食管穿孔,同时紧缩食管裂孔和胃底包绕食管缝合时,向食管内导入直径 1.0cm 的肛管作支架,以防止食管狭

窄发生。胃底包绕食管缝合用不可吸收的丝线缝合,可术后避免折叠松脱所导致的手术失败。

作者体会腹腔镜贲门胃底折叠术有如下优点:

1. 损伤小,对患儿打击小,术后恢复快,术后切口疤痕不明显,切口并发症的可能性极小。
2. 食管裂孔位于膈下,而在腹腔镜下容易显露,克服开腹手术不易暴露的困难。

参 考 文 献

- 1 Tunell WP. Gastroesophageal reflux in childhood. *Pediatr Ann* ,1989 ,18 : 192 - 196.
- 2 Lobe TE ,Schropp KP ,Lunsford K. Laproscopic Nissen fundoplication in childhood. *J Pediatr Surg* ,1993 ,28 :358 - 360.
- 3 Georgeson KE. Laproscopic gastrostomy and fundoplication. *Pediatr Ann* , 1993 ,22 :675 - 657.
- 4 Lloyd DM ,Robertson GS ,Johnstone JM. Laproscopic Nissen fundoplication in children. *Surg Endosc* ,1995 ,9 :781 - 785.
- 5 Lobe TE. Laparoscopic surgery in children. *Curr Probl Surg* ,1998 ,35 :859 - 948.
- 6 Fonkalsrud EW. Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease in infants and children. *Semin Pediatr Surg* ,1998 ,7 :110 - 114.
- 7 Georgeson KE. Laparoscopic fundoplication and gastrostomy. *Semin Laparoscopic Surg* ,1998 ,5 :25 - 30.

(2002 - 04 - 22 收稿)

(2002 - 09 - 02 修回)

2003 '全国微创外科新进展学术研讨会

21 世纪是微创外科迅猛发展的时代。为及时了解国内、外微创外科的最新进展,促进我国微创外科技术的发展《中国微创外科杂志》社定于 2003 年 4 月 9 ~ 13 日在上海复旦大学附属金山医院举办“2003 '全国微创外科新进展学术研讨会”。本次会议将邀请国内外知名专家通过学术讲座、视讯会议介绍微创外科最新进展。同时也为参会代表提供发表见解、介绍学术成就、进行学术争鸣的论坛。世界著名内镜外科专家,美国纽约大学 Mount Sinai 医院微创外科中心主任《中国微创外科杂志》国际顾问 Michel Gagner 教授将通过视讯会议作腹腔镜胰体尾切除的专题报告,并进行腹腔镜胃短路术治疗病态肥胖症的手术表演。法国斯特拉斯堡欧洲远程手术研究所的 Marescaux 教授将通过视讯会议介绍机器人远程手术的最新进展。来自日本、新加坡、意大利、香港、台湾等国家和地区的海内外知名腹腔镜外科专家将在会议期间介绍内镜腔内手术、虚拟外科技术、腹腔镜直肠切除后造粪袋的建立等最新技术。依靠先进的视讯会议技术,与会代表在国内就可以通过这次会议了解当今微创外科技术最新进展、观摩国外著名专家的手术表演。大会同时设立耳鼻喉科分会场。与会代表可以了解到各自领域内镜等微创技术的最新进展。

会议研讨主题:微创外科在普通外科、耳鼻喉科新进展,新技术,新方法。以手术演示(直播)为主,录像观摩为辅,穿插专题学术讲座。

征文内容:微创外科在普通外科(腹部外科、乳腺外科、甲状腺外科)、耳鼻喉科(头颈外科)新进展,新技术,新方法。欢迎全国同道到会交流。学术报告、录像带、VCD 均可。来不及完成论文者也欢迎参会学习、讨论、交流。到会者将授予中华医学会继续医学教育 I 类学分。

征文要求:全文及 1000 字以内的论文摘要(目的、方法、结果、结论)。截稿日期:2003 年 3 月 15 日。来稿请寄:上海市金山区金一东路 91 号复旦大学附属金山医院普通外科朱江帆主任收。邮编:200540。

电话:021 - 57949999 - 503/517。手机:13816919763。E - mail : zhujiangfan@hotmail.com 欢迎电子邮件投稿。