

非气腹腹腔镜巨大食管裂孔疝修补胃底折叠术 1 例报告

刘 隆 王秋生 申占龙 冀 涛 周东海

(北京大学人民医院微创外科, 北京 100044)

中图分类号: R656

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2005)01-0051-02

非气腹腹腔镜手术是现代腹腔镜手术与传统开腹手术有机结合、优势互补的产物, 拓宽腹腔镜手术范围, 使有严重心肺疾病不能耐受气腹的病人可以接受腹腔镜手术。我科对 1 例巨大食管裂孔疝施行非气腹腹腔镜手术, 取得良好效果, 报道如下。

1 临床资料

患者男 74 岁, 因反酸、烧心 2 年伴进食梗噎 2 个月于 2004 年 3 月以食管裂孔疝、胸腔胃扭转、反流性食管炎、(煤)尘肺 I 期、冠状动脉硬化性心脏病、下壁陈旧心肌梗死、肾囊肿入院。术前胸部 X 线片: 双肺野欠清晰, 肺纹理增多, 右肺野见多个点状高密度影及诸多索条, 左肺野见一长气液平面, 经吞钡透视可见粘膜, 诊断为食管裂孔疝、尘肺 I 期。肺功能检查: 轻度限制性肺通气功能障碍, 肺弥散功能显著减退。胃镜: 食管粘膜光滑, 齿线距门齿 35 cm, 齿线未见溃疡及糜烂, 齿线处一大疝囊, 反复寻找胃腔变换体位均未找到, 考虑为胃扭转。上消化道造影: 食管短缩, 透视下见胃泡位置上移, 胃内可见空腹滞留液, 右肋膈角处见另一液气平面。造影剂进入胃内后见胃窦部大致以胃的长轴向上扭转约 180°, 扭转的胃窦及胃底通过食管裂孔向上疝入胸腔, 诊断为食管裂孔疝、胸腔胃、胃扭转(图 1, 2)。食管测压: 食管体部远端传导过快, 体部清除功能差, 食管上段静息压偏低。24 h 食管 pH 监测: 大量酸反流(194 次)主要发生于直立位及餐后, 可见 10 次长反流, 最长时间 54 min, 发生于餐后直立位。pH 低于 4.0 的时间百分比明显高于正常, 酸反流指数 42(正常值 < 14.72), 示中度胃-食管酸反流。

手术方法: 气管插管全身麻醉, 仰卧“大”字体位, 低气腹压(6 mm Hg)放置非气腹装置。气腹初

期病人出现 2 次心率减慢和血压下降, 血压最低 60/40 mm Hg, 心率 40 次/分, 经药物治疗及控制进气后血压、心率恢复正常, 稳定后继续手术。左、右腋中线肋缘下及左右腋前线平脐置腹壁支撑装置(人工肋弓 II 型)。左、右锁骨中线肋缘下, 左腋中线, 剑突下分别置入 1 个 10 mm 和 3 个 5 mm trocar, 置入手术器械。探查见胃 4/5 疝入胸腔, 并与疝囊广泛粘连。分离粘连, 游离胃、膈肌脚及下段食管, 见食管裂孔增大约 10 cm。食管前、后方 4 号丝线“8”字缝合 10 针, 修补缩小食管裂孔约 3 cm。行食管后胃底折叠 270°(Toupet), 并分别将胃底后壁上缘与食管左、右前方及膈食管筋膜、膈肌脚 4 号丝线缝合 2 排共 8 针(图 3)。

术后 20 h 病人排气, 拔除胃管进少量流食。术后第 2 天进半流食无梗噎感, 术前反酸、烧心症状消失。术后第 3 天拔除腹腔引流管。术后第 7 天上消化道钡餐示: 胃复位至腹腔, 钡剂通过食管-贲门区时略呈阻滞, 食管贲门处呈鸟嘴样狭窄, 其上段扩张(胃底折叠术后表现)食道壁柔软, 粘膜规则, 胃形态好, 胃内滞留液较多。术后第 9 天出院。半年后随访无进食后梗噎感及反酸、烧心等症状。复查上消化道钡餐: 胃底折叠术后表现, 食管裂孔疝无复发(图 4)。

2 讨论

本例病人在气腹压 6 mm Hg 初期就出现 2 次严重血压下降、心率减慢, 只能采用非气腹腹腔镜技术完成手术。本例病人采用“人工肋弓”II 型作为腹壁支撑装置, 其特点是将可以粗调和微调的“T”形支架固定于手术台两侧, 利用 2 根直径约 3 mm

(下转第 59 页)

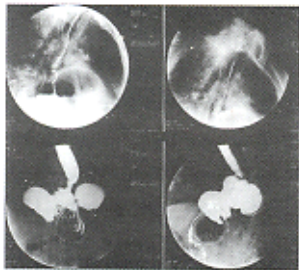


图 1 术前钡餐 :胃疝入胸腔、扭转

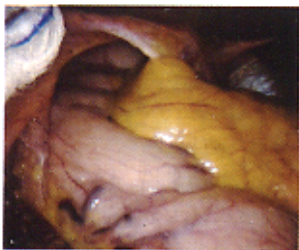


图 2 巨大食管裂孔疝 ,胃疝入胸腔

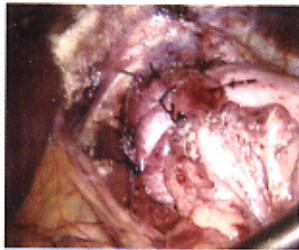


图 3 食管裂孔疝修补
胃底折叠后

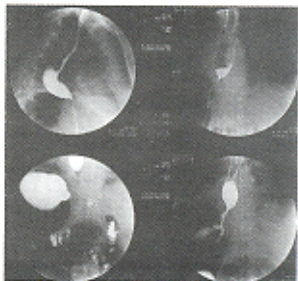


图 4 胃底折叠术后钡叠 :胃复位置腹腔

的弹性钢丝连接在“ T ”形支架横臂上 ,象支撑大棚一样拱起前腹壁 ,犹如在前腹壁建造起“ 人工肋弓 ”,不但克服了以前非气腹装置横臂影响术者操作的问题 ,而且术者能在台上无菌区内直接调节钢条的方向和力度 ,较大限度地模拟了气腹对前腹壁的膨隆效果。气腹可以将前腹壁顶起、膈肌上推 ,胃肠道后压 ,形成较大的球型手术空间。非气腹技术主要靠机械装置拱升或提拉腹壁形成相对较小的半球形或梯形空间 ,术野易被大网膜和肠管遮挡 ,胃肠道胀气将严重影响手术操作且易于发生副损伤。因此 ,对于此类病人做好术前肠道准备 ,减少肠内容物和肠胀气十分重要。本例病人术前 3 d 应用缓泻剂 ,进半流食。术前 1 d 禁食、补液 ,同时服用硫酸

万方数据

镁等强导泻剂 ,经过上述处理术中胃肠道空虚 ,手术野暴露好 ,便于手术操作 ,未发生副损伤。

巨大食管裂孔疝病人因其膈肌薄弱 ,术中容易剥破膈肌、胸膜造成气胸 ,严重时可危及生命。因此 ,手术操作要细心、轻柔 ,同时要避免器械压迫心脏 ,造成心律失常。修补裂孔时从食管上、下方远端开始 ,逐渐向食管靠拢 ,连同筋膜一起缝合 ,防止撕裂膈肌脚。胃底折叠时两侧一定要将食管、胃、膈食管筋膜、膈肌脚缝合加固 ,防止裂孔疝复发和折叠胃滑脱。

(收稿日期 2004 - 11 - 03)

(修回日期 2004 - 12 - 01)