

• 急腹症专栏 •

用微创医学理念和技术提高急腹症诊疗水平

陈立波¹

[关键词] 急腹症; 诊疗; 微创; 技术

[中图分类号] R656.1 [文献标志码] A [文章编号] 1009-5918(2012)04-0229-02



专家简介: 陈立波, 男, 教授, 主任医师, 博士生导师。现为华中科技大学同济医学院附属协和医院急诊创伤外科主任。2000年毕业于华中科技大学, 获医学博士学位。入选教育部“新世纪优秀人才支持计划”工程, 主持国家自然科学基金4项, 其他项目近10项; 在国内外期刊发表文章50篇; 授权专利6项。教育部、卫生部、国家自然科学基金、国家留学基金等评审专家。中华医学会外科学分会实验外科学组委员。擅长肝胆胰外科复杂疾病的诊治, 急腹症与创伤疾病的微创化诊治, 多发伤综合救治。发明新手术方式两项。担任《Carcinogenesis》、《Differentiation》、《Liver International》、《世界华人消化杂志》、《中华实验外科杂志》、《临床外科杂志》、《临床肝胆病杂志》、《临床急诊杂志》等杂志编委。

急腹症是腹部外科和急诊外科诊疗的重要内容, 具有病因复杂、临床表现多样、诊断困难、诊疗变化因素多等特点。随着现代医学知识和技术尤其是影像学的快速发展, 急腹症诊疗已基本告别传统的“剖腹探查”模式, 大部分急腹症都可以在术前明确诊断基础上接受确定性的治疗。但与诊断水平明显提高相比, 急腹症治疗还过多地依赖于传统治疗手段。

微创医学(minimally invasive medicine)是上世纪下半叶兴起的新理念, 核心目的在于以最小的组织器官创伤达到最佳的疾病治疗效果。尤其是近年来以腹腔镜、内镜、放射介入、超声介入等为代表的微创诊疗技术在临床上得到了广泛的应用, 使得包括急腹症在内的临床疾病诊治模式发生了根本性变化。这些微创技术创伤小, 患者住院时间短, 并发症少, 而且诊疗费用可以得到有效地控制, 为急腹症诊治模式带来了根本性的变化。

1 腹腔镜

自法国 Mouret 医生在 1987 年完成世界上首例腹腔镜胆囊切除术以来, 腹腔镜技术已经在医学领域得到了广泛的应用。绝大部分急腹症可以通过腹腔镜得到科学的诊疗, 腹部外科诊疗模式发生了根本性改变。

胆道系统疾病是腹腔镜应用最广的领域。对于单纯胆囊结石、胆囊息肉, 腹腔镜胆囊切除术已

成为其治疗的“金标准”, 并发急性胆囊炎甚至坏疽性胆囊炎者腹腔镜切除成功率也可达 95%。对于肝外胆管结石、胆道梗阻, 可根据具体病情采用腹腔镜联合胆道镜、内镜逆行胰胆管造影(ERCP)等技术进行治疗。对于急性梗阻性化脓性胆管炎患者可施行腹腔镜胆总管探查、胆道镜取石、T 管引流术, 甚至可以代替传统的开腹手术。

对于肝脾胰腺等腹腔实质性器官, 腹腔镜应用有明确的适应证。腹腔镜肝囊肿引流术、肝脓肿引流、规则性肝切除、脾切除、胰腺囊肿引流甚至胰十二指肠切除术等都可以在腹腔镜下进行。对于Ⅲ级以下的肝破裂、胰腺损伤、脾破裂, 如果腹腔出血量不大、患者血流动力学稳定, 可以通过腹腔镜技术进行治疗。对于损伤程度不明确者, 腹腔镜探查是明确诊断和决定进一步治疗的必要手段。但对于伴有血流动力学不稳定、Ⅳ级以上实质性脏器损伤、出血的患者及时进行确定性止血是手术的首要目的, 腹腔镜尚难以达到以上的目的。

几乎所有的胃肠急诊手术都可通过腹腔镜完成, 包括腹腔镜胃肠穿孔修补术、食管裂孔疝修补术、结直肠癌手术、小肠切除术、肠粘连松解术、阑尾切除术等。腹腔镜肠粘连松解术适用于较简单粘连带引起的小肠梗阻, 对于粘连广泛者则不适合, 否则有导致肠穿孔的可能。对反复发作的不完全肠梗阻, 利用腹腔镜探查可以明确原因、解除粘连等梗阻病因。对于腹股沟疝嵌顿、绞窄, 腹腔镜手术与其他无张力疝修补法相比, 优势不明显。

¹ 华中科技大学同济医学院附属协和医院急诊创伤外科(武汉, 430022)

许多的急腹症术前诊断不明确,难以确定疾病发展程度,如是否伴有肠坏死,实质性脏器破裂程度如何,病变的部位难以确定等。对于此类情况,传统的剖腹探查创伤大,医生和患者难以做出抉择。而应用腹腔镜进行探查创伤小,可以迅速明确诊断、降低误诊率,及时做出进一步治疗抉择。相关统计表明,腹腔镜探查可使急腹症的确诊率高达98%。而且常见的急腹症如急性阑尾炎、急性胆囊炎、胃十二指肠溃疡穿孔、腹部外伤、粘连性肠梗阻、妇科急症等均可通过腹腔镜开展确定性治疗,疗效满意。

2 消化内镜

内镜技术包括胃镜、结肠镜、胆道镜、ERCP等,是急腹症领域最常用的微创技术之一。如经十二指肠镜胆总管取石已成为治疗胆总管结石、胆道梗阻的主要手段。胃镜对于上消化道出血是首选的诊断和治疗手段,在我科已取代传统的贲门周围血管断流术、门腔分流术而成为治疗肝硬化并发食管胃底静脉曲张破裂出血的首要治疗方法。结肠镜可以明确下消化道出血、梗阻原因,进而指导治疗方式的选择。对于结肠梗阻,也可以在结肠镜下放入支架缓解梗阻。对于胆源性胰腺炎可以通过ERCP和乳头括约肌切开得到确定性治疗。

3 超声、CT引导下的介入治疗

超声引导下的介入治疗在急腹症中的应用主要集中在如下方面:超声引导下穿刺引流腹腔积液、出血、脓肿等;重症胰腺炎胸腔、腹腔、胰周穿刺引流;胆道梗阻的经皮经肝穿刺胆管置管引流治疗等。尤其是近年来开展的超声、CT引导下置管引流彻底改变了重症胰腺炎的治疗模式,使得这类凶险疾病的治疗效果明显提高,并发症显著降低。

4 放射介入治疗

放射介入治疗与传统手术相比具有创伤小、操作简便、定位准确、并发症少等优点。放射介入技术在急腹症的应用主要集中在如下方面:①消化道出血:数字减影血管造影和经血管介入治疗的出现,大大提高了消化道出血的检出阳性率,并且能在急诊造影检查的同时,进行出血动脉栓塞和(或)收缩血管药物灌注止血。②胆道梗阻:常用方法有经皮肝穿胆道引流术(PTCD)、胆道扩张术和胆道支架置入术等。③门静脉高压症:包括经颈静脉途径肝内门-体静脉内支架分流术(TIPPS)、食管胃底静脉曲张单纯栓塞术、脾动脉栓塞术及布卡氏综合征的介入治疗等。④腹主动脉瘤:经股动脉放置主动脉覆膜支架。⑤腹腔脓肿:腹腔脓肿多数是由外科术后胆漏、胰漏、肠漏、感染等引起,采用CT引导下穿刺引流术治疗,大多数可以获得良好的治疗效果,使患者避免再次手术的痛苦。⑥其他如重症胰腺炎以及手术后感染腐蚀引起的血管出血,传统手术处理往往极为困难,而利用放射介入往往可以迅速明确出血部位和原因,并及时栓塞止血。

总之,微创理念、微创技术已在医学领域得到极为广泛的推广和应用。传统的急腹症诊断和治疗模式已逐渐被层出不穷的微创新技术、新手段所取代。这些微创技术不仅提高了相关疾病诊疗水平,也明显降低了并发症的发生,缩短了患者的住院时间,降低了相关诊疗费用。急诊创伤专业的从业人员在临床实践中应该积极主动地学习掌握这些微创理念和技术,从而提高相关疾病的诊治水平,降低医疗费用,减少和预防并发症乃至医患纠纷的发生。

(收稿日期:2012-06-13)

医学论文中英文摘要的书写规范(七)

3.8 括号()、[] brackets

在使用括号时,应该注意的是:当方括号[]与圆括号()并用时,英语的习惯用法是圆括号在外,方括号在内。

例:[误]...was significantly lower in non-dipper group than that in dipper group[(5.1±1.7):(8.7±2.1)mm].

[正]...was significantly lower in non-dipper group than that in dipper group([5.1±1.7]:[8.7±2.1]mm). 中文摘要中[摘要]、[关键词]允许用[],但英文摘要中的 Abstract, Key words 后只能加:。

3.9 冒号(:); colon

冒号主要用于解释、例证、定义、引语之前,如: Objective: ..., Key words: ...。在汉语表达中,文章主题名与副题名的连接多用破折号,而在英语中则用冒号。如: Pulmonary valve endocarditis; Report of 34 case