

急腹症微创诊治的临床分析

潘雷¹ 赵艳平² 李强² 肖群² 姜进平² 邓小荣²

[摘要] 目的:探讨腹腔镜在急腹症诊疗中的临床应用价值。方法:选取 2005-07—2010-06 在我院普外科应用腹腔镜诊治急腹症的患者 458 例,其中男 215 例,女 243 例,平均年龄 42.6 岁。病因包括:阑尾炎 247 例,急性胆囊炎 109 例,腹痛待查 12 例,胃肠穿孔并腹膜炎 30 例,肠梗阻 14 例,肠肿瘤 4 例,腹部外伤 23 例,妇科疾病 15 例。结果:通过腹腔镜完成手术的患者 426 例(93.01%),426 例患者经腹腔镜诊疗之后均全部治愈出院,手术时间 30~200 min,平均时间为 59.90 min;出血量 10~400 ml,平均出血 105 ml,所有患者在治疗过程中均未输血;住院时间为 3~15 d,平均住院时间 6.2 d。术后、出院检查及随访无并发症。结论:腹腔镜应用于选择的急腹症诊疗过程中安全可行,对病因不明确的患者同时提供及时诊断治疗作用,减少误诊及并发症,对女性及肥胖患者优势更明显。

[关键词] 急腹症;微创;诊治

[中图分类号] R656.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1009-5918(2012)04-0235-04

Clinical analysis of minimally invasive diagnosis and treatment of acute abdomen

PAN Lei¹ ZHAO Yanping² LI Qiang² XIAO Qun²JIANG Jinping² DENG Xiaorong²

(¹Department of General Surgery, the People's Hospital of Qihe county, Shandong 251100, China; ²Department of General Surgery, the First Hospital Affiliated, Nanchang University)

Corresponding author: DENG Xiaorong, E-mail: dengxr77@163.com

Abstract Objective: To evaluate the clinical analysis of the laparoscopic technology on the diagnosis and treatment of acute abdomen. **Method:** From July 2005 to June 2010, 458 acute abdomen patients admitted in the department of general surgery general application of laparoscopic diagnosis and treatment of acute abdominal pain patients 426 example, male 215 cases, female 243 cases, with an average age of 42.6 years, etiology including acute appendicitis (247 cases), acute cholecystitis (109 cases), gastrointestinal perforation and peritonitis (30 cases), intestinal obstruction (16 cases), bowel tumor (4 cases), abdominal trauma or a gunshot wound (23 cases). **Result:** Four hundred and twenty-six cases accepted laparoscopic operation (93.01%) without postoperative complications. The operation time was 30~200 minutes (average 59.9 minutes), the blood loss was 10~400 ml (average 105 ml), hospital stay was 3~15 (average 6.2 days). **Conclusion:** Laparoscopic technology showed advantages in the diagnosis and treatment of chosed acute abdomen, including minimal invasive, rapid recovery, less misdiagnosis and complications especially to female or obese patients.

Key words acute abdomen; minimally invasive; laparoscopy; diagnosis and treatment

急腹症具有发病率高、病因复杂、病情进展快、病情表现多样等特点。因此,在早期临床诊断和治疗中存在困惑,诊断不清会导致病情延误^[1]。随着腹腔镜操作技巧的不断成熟,其适应证和手术范围也在不断扩大,使得急腹症腹腔镜手术也逐渐得以开展,不但可以对一些不明原因的疾病进行早期诊断,减少误诊率,而且还可同时用腹腔镜进行治疗,提高了临床治疗效果。本文收集 2005-07—2010-06 在我院普外科应用腹腔镜诊治急腹症的 458 例患者资料,探讨腹腔镜应用于普外科急腹症诊疗过

程中的临床效果,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2005-07—2010-06 在我院普外科应用腹腔镜诊治急腹症患者 458 例,其中男 215 例,女 243 例,平均年龄 42.6 岁。病因:阑尾炎 247 例,腹痛待查 12 例,急性胆囊炎 109 例,胃肠穿孔并腹膜炎 30 例,肠梗阻 16 例,肠肿瘤 4 例,腹部刀伤或枪伤 17 例,腹部闭合性外伤 6 例,异位妊娠 6 例,黄体破裂 5 例,盆腔脓肿 5 例,腹膜炎 3 例。

通过腹腔镜完成手术的患者 426 例(93.01%),其中阑尾切除术 245 例,胃、肠穿孔修补术 25 例,粘连性肠梗阻松解术 13 例,肠肿瘤切除术 4 例,胆囊切除术 104 例,探查外伤行止血 3

¹ 山东省德州市齐河县人民医院普外科(山东德州,251100)

² 南昌大学医学院第一附属医院普外科

通信作者:邓小荣, E-mail: dengxr77@163.com

例,膈肌穿孔修补术 1 例,辅助乙状结肠造瘘 2 例,空肠憩室切除 2 例,取异物(弹头)2 例。中转开腹 32 例(6.99%),其中行粘连松解 3 例,胃穿孔修补术 2 例,小肠多处穿孔部分切除吻合术 12 例,2 例急性阑尾炎因阑尾坏疽穿孔无法显露需中转开腹;109 例胆囊炎中有 3 例因胆囊壁破裂;2 例胆囊与周围脏器粘连需中转开腹;3 例因胃溃疡穿孔处过大中转胃大部分切除;3 例肝脾破裂需行脾切除、肝部分切除,2 例严重出血需行脾切除,其余患者均成功在腹腔镜下完成,腹腔镜诊疗组病例均无严重并发症发生,所有患者均痊愈出院。

1.2 诊疗方法

手术者均为腹腔镜手术操作 200 例以上外科医师。术前准备同常规开腹探查术,置胃管、尿管,气管插管,全身麻醉,于脐下缘沿皮纹做 1.0 cm 弧形切口,建立气腹,维持压力 10~12 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),穿刺 10 mm Trocar,置入 30°腹腔镜探查,依据发现病灶及拟行手术方式选择 2~3 个操作孔。

2 结果

2.1 腹腔镜诊断结果

本组患者 12 例术前无法明确诊断,后经腹腔镜探查均确诊治疗,探查效果较为满意。458 例外科急腹症患者腹腔镜应用诊断结果,见表 1。

表 1 458 例外科急腹症患者腹腔镜应用诊断结果

病因	例数	腹腔镜治疗数	腹腔镜治愈数
急性阑尾炎	247	245	245
胃肠穿孔	30	25	25
急性胆囊炎	109	104	104
肠梗阻	16	13	13
肠肿瘤	4	4	4
腹部外伤	23	5	5
腹膜炎	2	2	2
妇科疾病	15	15	15
腹痛待查	12	12	12

2.2 手术治疗结果

腹部外伤探查发现,5 例后腹膜血肿,1 例肠系膜撕裂伤,2 例脾挫裂伤,2 例肝撕裂伤,1 例小肠贯通伤,1 例探查无异常发现。镜下吸尽腹盆腔血凝块及积血,肠系膜撕裂伤者直接于镜下缝合,钛夹夹闭止血;脾挫裂伤者创面不深,电凝止血满意;1 例脾脏下极撕裂,出血明显,用超声刀切下撕裂的脾脏,创面覆盖止血纱布;另 1 例脾裂伤明显,出血较多,立即中转开腹。1 例小肠贯通伤在腹腔镜定位下于上腹部另做 3 cm 切口,将小肠提出腹腔后缝合修补。

肠梗阻探查发现 2 例患者末端回肠肠壁与腹

壁间有束带卡压肠管,镜下解除即可;1 例回肠粪石梗阻,腹腔镜定位下于下腹部另做 4 cm 切口,提出梗阻小肠,切取出粪石后缝合;1 例小肠广泛粘连立即中转手术;1 例子宫疤痕与下腹部腹壁形成粘连索带,小肠被索带卡压并绞窄坏死,立即中转开腹,松解粘连索带后切除坏死肠管并吻合。1 例小肠系膜扭转,中转开腹复位成功。腹痛病例探查发现,急性化脓性阑尾炎 2 例,胃穿孔 2 例,均于镜下完成治疗;5 例为化脓性盆腔炎,盆腔反复冲洗后留置引流管。

458 例患者经腹腔镜诊疗之后均全部治愈出院,手术时间 30~200 min,平均时间为 59.90 min;出血量 10~400 ml,平均出血 105 ml,所有患者在治疗过程中均未输血;住院时间为 3~15 d,平均住院时间 6.2 d。术后患者精神状态与相同类型的开放性手术相比较好,肠功能恢复时间平均 2.6 d。术后患者疼痛状况较轻,仅 4 例患者通过吗啡注射液肌肉注射的方式镇痛。

2.3 并发症及随访

所有患者均无术后腹腔出血、胆瘘、肠瘘、腹腔感染等并发症。患者出院前行腹部 B 超、X 射线摄片检查,无肠梗阻、腹腔积液等并发症。手术伤口愈合状况均为甲级。术后随访 6~12 个月,所访患者均无肠梗阻、切口疝等情况发生,创口位置无瘢痕。

3 讨论

外科急腹症具有发病急、进展快、变化多、病情重等特点,一旦延误诊断,抢救不及时,会给患者带来严重后果。如何及时准确地诊断急腹症是困扰普外科医师的一大难题。虽然 B 超、CT 检查及诊断性腹腔穿刺或腹腔灌洗等有助于诊断,但仍有 15%~20% 的患者承受了不必要的剖腹探查术^[2]。腹腔镜应用于普通外科诊疗是微创外科诊疗方式中的重要组成部分,普外腹腔镜为普外科手术治疗带来了微创化的全面升级,从多个不同角度渗透到普外治疗中的各个环节中^[3]。研究表明^[4],腹腔镜一般的诊断准确率高达 93%。本研究诊断率为 91%,与以往研究结果基本一致。外科手术正在向全面微创化的方向发展,在腹腔镜急腹症诊疗的经验积累过程中,应用腹腔镜进行手术治疗的技巧在逐渐提高,而腹腔镜设备和器械技术的不断发展和应用,使腹腔镜在普外科治疗中的应用不断增加,部分微创手术方式已经完全替代了传统的开刀手术,成为手术领域的新标准。我国腹腔镜普外急腹症的诊疗已经全面展开,在不断深入研究的过程中几乎与欧美国家处于同等水平,而在腹腔镜胆囊切除术的手术治疗方面,在手术的质量和数量上已经在国际上处于先进水平^[5]。因此,随着腹腔镜技术的不断成熟,诊断性腹腔镜探查术已广泛用于腹部

创伤及急腹症的诊治。

3.1 腹腔镜探查术的优势

①明确诊断。在腹腔镜直视下可清晰观察全腹腔的情况,明确有无腹腔脏器病变、损伤及程度;探查需全面、仔细,避免因漏诊原发病灶而将继发性腹膜炎误诊为原发性腹膜炎。资料显示,腹腔镜在腹腔感染诊断中的确诊率高达98%^[6]。本组120例患者均在腹腔镜下获得明确诊断,无误诊或漏诊;另外,腹腔镜设备更新换代提供了高清图像,有助于镜下诊断。

②镜下处理损伤。部分患者可在镜下处理,避免了剖腹手术;本组426例经腹腔镜完成治疗,其中包括无需手术治疗的7例;熟练的腔镜技术缩短了手术时间。

③避免了不必要的剖腹探查。Ivatury等^[4]报道100例患者,腹腔镜探查结果准确性达93%,其中46%无需剖腹探查。本组14例腹部外伤患者中4例腹腔脏器无明显损伤,5例后腹膜血肿,避免了不必要的剖腹手术。

④指导剖腹手术切口及术式选择。不能于镜下处理时,可根据探查情况选择最佳切口及术式,避免了盲目大切口探查或延长改变切口,减轻了手术创伤和痛苦。本组小肠贯通伤及小肠肿瘤各1例,均依据探查结果选择离腹壁最近的部位做3~5 cm切口,利用腹腔镜辅助小切口解决了穿孔与梗阻问题,引流管自腹部操作孔引出,术后恢复良好。

⑤手术创伤小。腹腔镜探查因手术空间大,视野开阔,腹腔内积液、积血清理及冲洗更彻底,且腹腔镜手术对腹腔脏器干扰小,有利于术后胃肠道功能的早日恢复,术后肠粘连、肠梗阻发生率较低。

⑥女性尤其是生育期及肥胖女性应用腔镜的优越性。女性急腹症病因复杂,特别是生育期的女性,既包括普外科急腹症,也包括妇科急症。妇科急诊在临床上较常见的为妇科急腹症,主要包括异位妊娠、卵巢黄体破裂、卵巢囊肿扭转、急性盆腔炎等,传统的临床治疗为开腹手术,但是开腹手术增加了患者腹壁的创伤,且术后容易发生肠粘连、肠梗阻、腹腔脓肿等并发症,尤其是肥胖的女性,传统手术既有术野暴露的难度,也有手术后切口难愈合、影响美观的问题^[7]。腹腔镜技术具有创伤小,全身应激反应轻和对免疫系统影响小等特点^[8]。

⑦诊断性腹腔镜探查术由于早期确诊及治疗,从根本上避免了误诊误治。本组中腹腔镜探查的诊断正确率为91%。这样可以避免不必要的剖腹探查,特别是怀疑阑尾炎的腹膜炎患者,减少了因开腹探查切口不准确而需扩大切口所带来的创伤,而且确诊率高,诊治可同时进行。减轻了患者痛苦,减少了术后并发症,从而缩短了住院时间,降低了住院费用。

3.2 严格把握腹腔镜在各种急腹症中应用的指征

3.2.1 腹腔镜阑尾切除术(LA)指征 绝大部分阑尾炎患者均可采用LA,经腹腔镜探查不适宜LA者可中转开腹手术。LA对以下患者尤为适用:肥胖者;糖尿病患者;阑尾炎诊断不肯定者;育龄妇女;老年患者;病史长、腹膜炎症状明显、估计腹腔内大量脓液者;阑尾周围脓肿;美容要求者。

3.2.2 腹腔镜胆囊切除术(LC)指征 有症状的胆囊结石;有症状的慢性胆囊炎;直径>3 cm的胆囊结石;充满型胆囊结石;有症状的和有手术指征的胆囊隆起性病变;急性胆囊炎经过治疗后症状缓解有手术指征者;胆囊单发息肉直径超过1.0 cm以上;蒂粗大者,尤其是位于胆囊颈部,年龄>50岁;胆囊多发息肉并发胆囊结石;有症状,年龄>50岁;胆囊息肉伴有临床症状;胆囊单发息肉,小于10 mm,无症状,年龄<50岁,允许观察、随访;若病变增大或形态有变化则应手术治疗;胆囊息肉样病变,有明显症状且反复发作;胆囊息肉直径<5 mm无症状患者应间隔3~5个月随访检查。一旦病变迅速增大或症状明显亦须行手术治疗。

3.2.3 妇科应用腹腔镜手术指征 输卵管绝育;盆腔粘连松解;组织学活检,如取卵巢组织;非赘生性囊肿穿刺;局部注射药物,如异位妊娠或滋养细胞肿瘤的局部注射MTX等;子宫穿孔的修补;卵泡破裂出血的局部止血及腹腔清理;盆腔子宫内异位病灶的凝固治疗;部分不孕症的治疗,如输卵管造口、松解粘连、子宫复位等;多囊卵巢综合征的打孔治疗;辅助生育技术,腹腔镜下取卵、配子输卵管内移植;子宫浆膜下肌瘤切除或肌壁间肌瘤挖出;子宫次全切除或子宫全切术;腹腔镜协助下的阴式子宫切除术;腹腔镜协助下的筋膜内子宫切除术;输卵管切除;卵巢囊肿剥除;卵巢切除;附件切除;输卵管妊娠切开取胚。

3.2.4 腹部外伤腹腔镜探查术适应证 ①腹部贯通伤:目前创伤学界对此看法已比较一致。②刀刺伤:胸廓内上腹部即第六肋间与肋缘间刀刺伤常伴膈肌损伤(47%)且不为CT发现,此时最有价值的诊断方法是腹腔镜检。对前腹部即左右腋后线间的刀刺伤,腹腔镜检是判断腹膜有无穿破的惟一方法,还可籍以避免不必要的剖腹术。③枪弹伤:侧腹部及腰部的切线枪弹伤经腹腔镜验证实未穿破腹膜时可避免剖腹术。④腹部钝性伤:手术指征尚有不同意见。当肝脾等实质性脏器中等损伤或疑有空腔脏器损伤,经CT检查仍难决定是否立即手术或观察时,可考虑腹腔镜检查以及时明确损伤程度、清除积血及血块、止血及置放引流,不但要比观察等待主动,且为下一步非手术治疗创造更为有利条件。近年技术设备的不断进步使有可能镜下行肝、脾修补或脾切除术,腹腔镜协助下小剖腹肠修