

• 临床研究 •

腹腔镜用于 102 例普外急腹症临床分析

顾 敏¹, 范原铭², 王 强², 张 伟^{3△}

(1. 重庆市长寿区中医院普外科 401220; 2. 重庆市长寿区人民医院外一病区 401220;
3. 重庆医科大学附属第一医院普外科 400016)

摘 要:目的 观察普外科急腹症采用腹腔镜技术治疗的可行性及效果。方法 选择 102 例急腹症患者, 采用腹腔镜技术探查、诊断和治疗。结果 102 例患者全部治愈, 术后精神状态恢复快, 肠功能恢复平均为 2.8 d, 大多数患者疼痛轻, 无肠痿、胆痿、腹腔出血等并发症。出院前腹部 B 超、X 线摄片未见腹腔积液、肠梗阻等并发症。手术伤口甲级愈合。术后随访 8~20 个月, 无切口疝、肠梗阻等发生。结论 普外科急腹症采用腹腔镜技术探查、诊断及治疗有优势且效果好。

关键词:急腹症; 腹腔镜

中图分类号:R656.1; R616.6

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2010)10-1267-02

Discussion on application of laparoscope to treat acute abdomen of general surgery 102 cases

GU Min¹, FAN Yuan-ming², WANG Qiang², et al.

(1. Department of General Surgery, People's Hospital Traditional Chinese Medicine, Changshou, Chongqing 401220, China;
2. First Department of Surgery, Changshou District People's Hospital, Changshou, Chongqing 401220, China;
3. Department of General Surgery, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

Abstract: Objective To investigate the feasibility and the effect of the laparoscopic technology in the treatment of acute abdomen. **Methods** 102 acute abdomen patients were chosen randomly and diagnosed and treated by the laparoscopic technology. **Results** All patients were cured. The recoveries of the patients after the operation were fast. The average time of the intestinal recovery was 2.8 d. There was just little pain in some patients, and no intestine fistula, biliary fistula or abdominal hemorrhage. There were no abdominal empyema and intestinal obstruction by X-ray scan and B-type ultrasound. The incisions healed in grade A. We confirmed that no incisional hernia and intestine obstruction existed by 8—20 months following-up after surgery. **Conclusion** There are obviously advantage and effect for the application of the laparoscopic technology in the treatment of acute abdomen of general surgery.

Key words: acute abdomen; laparoscope

由于普外科急腹症发病率高, 病因复杂, 病情进展迅速、变化多样, 在早期诊断及治疗方面常有困惑, 甚至有因诊断不明而延误病情的情况发生。长寿区中医院胃肠外科于 2007 年 12 月至 2008 年 12 月将腹腔镜技术应用于 102 例普外科急腹症的诊断及治疗, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 102 例, 男 54 例, 女 48 例, 年龄 11~76 岁, 平均 38.5 岁。术前诊断疾病名称及病例数见表 1, 术后疾病名称及病例数见表 2。腹腔镜完成手术患者 97 例, 占 95.09%; 其中阑尾切除术 75 例, 粘连性肠梗阻松解术 7 例, 胃、肠穿孔修补术 12 例, 肠肿瘤切除术 8 例, 胆囊切除术 3 例, 异位胰腺组织(病检证实)切除术 2 例, 外伤探查行止血、膈肌穿孔修补、辅助乙状结肠造瘘、空肠憩室切除、取异物(子弹头)各 1 例。中转开腹 5 例, 其中行肠肿瘤切除 2 例, 胃穿孔修补 1 例, 小肠多发穿孔修补 1 例, 刀刺伤探查止血 1 例。

1.2 手术方式 本组病例手术前准备及手术原则同传统开放式手术, 均采用气管插管全身麻醉。无腹部手术史的, 在脐部

穿刺建立气腹并就此置入内窥镜, 其他操作孔部位以隐蔽、方便操作等原则选择。有腹部手术史的, 要考虑粘连因素, 首先选择离原切口远的、安全的部位建立气腹, 其他操作孔视具体情况而定^[1]。例如, 腹腔内如果有带状粘连则操作孔要远离该部位, 如果已广泛粘连且操作困难则中转开腹。为了充分显露病灶区及方便操作, 可调整手术床倾斜体位。器械的进出在可视情况下进行, 防止误伤。本组腹腔镜手术过程导致医源性肠穿孔 1 例、浆膜破损 3 例, 均于术中发现并妥善处理, 未发生不良后果。有脓、血及渗液者, 清洗干净并充分引流。腹腔镜切口长 5~10 mm, 腹腔气压维持在 9~12 mm Hg, 伤口均采用丝线间断缝合。

表 1 102 例患者术前诊断疾病名称及病例数

阑尾炎	腹痛待查	胃肠穿孔并腹膜炎	肠梗阻	肠肿瘤	腹部刀/枪伤	合计	
<i>n</i>	70	8	8	6	4	6	102

表 2 102 例患者术后诊断疾病名称及疾病数

阑尾炎	胃肠穿孔并腹膜炎	粘连性肠梗阻	肠肿瘤	结石性胆囊炎	异位胰腺组织	空肠憩室炎	膈肌穿孔	异物(子弹头)	盆底出血	合计
n	75	12	7	8	3	2	1	1	1	111

△ 通讯作者, E-mail: cqzw1967@yahoo. com. cn。

2 结 果

102 例患者全部治愈出院。手术时间为 25~200 min, 平均 63.4 min, 出血量为 2~300 mL, 均未输血。住院时间 4~24 d, 平均 8.6 d。术后精神状态较同类开放手术好, 肠功能的恢复平均 2.8 d。术后大多数疼痛轻, 仅有 3 例患者肌注吗啡注射液镇痛。术后无肠痿、胆痿、腹腔出血等并发症。出院前进行腹部 B 超、X 线摄片检查未见腹腔积液、肠梗阻等并发症。手术伤口甲级愈合。术后随访 8~20 个月, 无切口疝、肠梗阻等发生, 伤口无瘢痕形成。

3 讨 论

外科急腹症在普外科极为常见, 占本科同期收治腹部疾病的 89.30%。因腹部脏器多, 分布复杂, 致病因素繁多, 所以在临床诊疗工作中, 常有诊断困难、治疗不及时的现象发生。由于担心急诊开腹手术可能并发伤口感染、伤口裂开、出血以及阴性剖腹探查造成患者痛苦、加重经济负担、产生医患矛盾等方面因素, 导致在决定是采取保守治疗还是手术探查, 以及何时手术等方面常常犹豫不决。随着对腹腔镜技术的掌握, 现代腹腔镜技术不仅能对急腹症患者提供治疗, 而且能提供早期诊断, 结束无休止的、昂贵的、毫无结果的检查^[2]。在有放大效应且微创条件下全面探查腹腔, 不但能发现更多的疾病, 还能在探查后及时通过腹腔镜行手术治疗, 避免了漏诊^[3]和不必要的盲目开腹探查^[4]。本组在腹痛待查的探查中发现了胆囊结石合并多发结肠肿瘤、多发肠穿孔、阑尾炎合并小肠憩室炎及生长在小肠系膜缘的胰腺组织等, 术前很难确诊。现在类似的困惑可以用腹腔镜探查解决, 在本组病例中已经得到证实。而且本组腹腔镜手术将切口感染、切口裂开、切口疝、出血、手术后肠梗阻等以往常见的术后并发症的发生率降低到几乎为零, 还降低了院内感染率。即便是中转开腹, 也可为术者提供更合理的切口选择^[5]和病变信息, 做到有的放矢的剖腹探查, 对医患双方都有利。本科在开展该技术的初期, 选择了 102 例患者(占同期急腹症的 24.94%), 疗效满意, 具有创伤小、痛苦轻、并发症少、探查范围广、获取的信息量大、确诊率高、手术危险性小、术后恢复快及伤口美观等优点。但在开展的初期要克服一些困难, 目前作者使用的腹腔镜设备虽然智能化程度低, 但只要多加训练就能适应二维视觉和灵活使用没有触觉的器械。随着设备的更新和技术的进步, 其诸多弊端会被克服, 在临床运用中的优越性会更突出。

3.1 手术适应证与禁忌证

3.1.1 手术适应证 腹腔镜技术已趋于完善, 传统的普外科手术大都可以通过腔镜完成。原则上具有开腹指征的手术均适用^[6], 例如阑尾炎、腹膜炎、肠梗阻、空腔脏器穿孔、腹部外伤、不明原因的腹痛等, 在循环、呼吸系统相对稳定, 且排除有严重心肺疾病的前提下, 可以作为腹腔镜探查的首选。儿童及老年患者对大切口的耐受力差, 青少年的爱美之心强烈, 因此这 3 类患者可作为首选。腹部肥厚者伤口易液化, 糖尿病患者伤口生长能力差, 这两类患者可选择。对于单纯的腹部外伤、腹痛待查者, 建议行腹腔镜探查术。其原因有: (1) 腹腔镜探查范围较广, 不受术野暴露的影响, 且因腔镜有放大效应, 故可增加探查的可靠性^[7]; (2) 对于较小的病变可以直接在腔镜下进行处理, 避免了用大切口做小手术的尴尬; (3) 即使中转开腹也能明确病变部位, 设计更合理的切口。

3.1.2 手术禁忌证 凡有以下情况者属手术禁忌, 有心肺疾病不适合气管插管、生命体征不稳定、急性大出血并休克、复杂的腹部外伤、疑有腹膜后脏器损伤、严重腹胀等。严重腹胀者腹腔镜下操作比建立气腹更困难, 且容易误伤脏器。既往有腹膜炎、腹部手术史、腹壁疝等为相对禁忌。

3.2 中转开腹时机 当病变复杂解剖困难、污染严重不易清洗、并发大出血、解剖变异操作困难以及术者觉得手术进展不顺利时应该中转开腹。例如小肠长度约 410 cm, 很游离, 探查较困难, 有水肿的肠壁钳夹后易出血或穿孔。胃的血供复杂, 比邻脏器很重要且质脆, 易出血, 探查尤为危险。这些都可能引起中转开腹。这不是腹腔镜技术的失败, 而是手术的正常过程, 只要顺利完成了手术, 医患安全得到保障, 就是成功。本组有 5 例中转开腹, 就有因胃肠穿孔大量食物残渣污染腹腔, 腔镜吸引器常堵塞且清洗不净; 两例肠肿瘤因为解剖困难而中转。

3.3 手术注意事项 (1) 阑尾切除术, 体位左倾, 显露回盲部。有腹膜炎体征者其膈下、肝肾隐窝、脾窝等处常有积液, 要注意探查、清理。取出阑尾时经戳卡或装进标本袋, 避免接触伤口, 防止伤口感染。(2) 腹腔探查术中, 小肠的探查自盲肠至屈氏韧带, 更易操作。主刀的两把肠钳在前, 为主要操作“手”, 助手的一把肠钳随后辅助, 可防止主刀的两把肠钳不慎滑脱后再从头开始的尴尬。如果发现异常组织, 及时取活检。本组就发现了 2 例异位胰腺组织。(3) 胃肠穿孔者, 用小弯剪取组织送检, 用洗必泰或碘伏擦拭伤口, 间断或 8 字缝合。胃后壁穿孔的探查相对困难。(4) 粘连性肠梗阻, 手术前 CT 三维成像可基本明确病变部位, 用剪刀锐性松解, 电切松解容易热损伤。(5) 肿瘤, 取组织术中冷冻切片检查, 如为恶性肿瘤, 行根治术。

3.4 术后的处理 腹腔镜术后患者在管理方面与传统手术患者术后的处理几乎一致, 一般要求在肛门排气后进食及抗生素防治感染, 较为简单易行。在伤口处理方面, 腹腔镜手术后通常 2~3 d 更换敷料 1 次, 拆线仍要求在 1 周左右。患者住院时间为 4~24 d。术后不定期随访, 其远期疗效满意。

参考文献:

- [1] 瞿荣锋, 孙念绪. 腹腔镜手术治疗 15 例粘连性肠梗阻[J]. 重庆医学, 2009, 38(8): 963.
- [2] Easter Dw, Cuschieri A, Narthanson LK, et al. The utility of diagnostic laparoscopy for abdominal disorders[J]. Arch Surg, 1992, 127: 379.
- [3] 张跃, 华积德. 腹腔镜在外科急腹症诊治中的作用[J]. 现代诊断与治疗, 1999, 10(4): 31.
- [4] 宫本松, 荣大庆. 腹腔镜在急腹症中的应用[J]. 腹腔镜外科杂志, 2003, 8(4): 254.
- [5] KARL A. ZUCKER. 腹腔镜外科学[M]. 胡三元 主译. 2 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2006: 90.
- [6] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 229.
- [7] 刘青, 孙念绪, 龙贻. 腹腔镜辅助进展期胃癌根治手术分析[J]. 重庆医学, 2009, 38(9): 1093.

(收稿日期: 2009-11-15 修回日期: 2010-01-27)