

腹腔镜技术在急腹症 1035 例诊治中的应用

戢运俊, 孙卫兵, 梅 亮, 何立斌

作者单位: 528400 广东, 中山市阜沙医院微创中心(戢运俊, 梅 亮, 何立斌); 442000 湖北, 十堰市西苑医院感染科(孙卫兵)

作者简介: 戢运俊(1974-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 疝及胆系的微创治疗。E-mail: jyjgd@126.com

[摘要] 目的 评价腹腔镜技术在基层医院急腹症的诊断和治疗中的可行性和有效性。方法 回顾分析 2005-03 ~ 2012-11 的 1 035 例腹腔镜急腹症手术的临床资料。结果 1 034 例急腹症患者均于腹腔镜下作出正确诊断, 诊断准确率为 99.9%。其中镜下完成手术 1 028 例, 中转开腹手术 6 例, 阴性探查 1 例。结论 腹腔镜技术应用于急腹症诊治, 值得在临床推广。

[关键词] 急腹症; 腹腔镜技术

[中图分类号] R 656.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)07-0689-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.07.27

The application of laparoscopic technique in the diagnosis and treatment of acute abdomen: report of 1035 cases Ji Yun-jun, SUN Wei-bing, MEI Ling, et al. Department of Minimally Invasive Surgery, Fushan Hospital of Zhongshan, Guangdong 528400, China

[Abstract] **Objective** To study the feasibility and effectiveness of laparoscopic technique in treatment and diagnosis of acute abdomen. **Methods** The clinical data of 1 035 cases of acute abdomen received laparoscopic operation in our department from March 2005 to November 2012 were analyzed retrospectively. **Results** Of 1 035 cases, 1 034 cases were correctly diagnosed laparoscopically, the correct diagnosis was 99.9%. In which 1 028 cases underwent laparoscopic operation successfully, 6 cases were converted to open surgery, the exploration was negative in one case. **Conclusion** Laparoscopic techniques in diagnosis and treatment of acute abdomen have better effects. It deserves to be expanded in basic hospital.

[Key words] Acute abdomen; Laparoscopic technique

外科急腹症是以急性腹痛为最先或者主要的症状,其发病急骤,变化快,进展迅速,常常病情严重,需要早期准确诊断和及时正确处理。如果处置不当,往往可危及生命。其牵涉的器官较多,病情隐匿多样,与相关疾病的鉴别有时确实不容易,常常导致诊断不明。腹痛查因的诊断成为临床一线医师的无奈选择。以前对诊断不甚明确的病例,常需要剖腹探查。我们自 2005 年起应用腹腔镜技术诊治急腹症病例 1 035 例,效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我科 2005-03 ~ 2012-11 的 1 035 例腹腔镜急腹症手术的患者,其中急性阑尾炎 642 例,急性结石性胆囊炎 212 例,急性梗阻性化脓性胆管炎 13 例,上消化道穿孔 94 例,粘连引起的肠梗阻 40 例(其中中转 1 例),宫外孕 11 例(经术中会诊行相关妇科手术),创伤性急腹症 23 例。

1.2 方法 (1)术前准备同开放手术。(2)麻醉方式为气管插管+静脉全麻。(3)进腹方式及戳孔位置常规选择脐部作为观察孔(粘连性肠梗阻则例外,选择远离原手术切口处开放进腹),建立气腹(据实际情况部分病例需要免气腹进行探查或手术),进镜探查,了解腹腔内情况,再酌情根据损伤部位或靶器官位置,确定其余 Trocar 的位置或术式,必要时中转开放或行手助式术式。(4)术后常规禁食,待肛门排气、肠功能恢复后进食,鼓励早期下床活动。

1.3 疗效观察 术中出血量,术后下床、肛门排气、进食排便及痊愈出院时间。

2 结果

2.1 诊断结果及术式 1 035 例急腹症患者经腹腔镜技术确诊 1 034 例,确诊率为 99.9%。其中镜下完成 1 028 例,中转 6 例,阴性探查 1 例;手术时间

为 20 ~ 120 (40 ± 5) min; 术中出血量为 2 ~ 20 (5 ± 5) ml; 术后肛门排气时间平均为 12 h, 术后下床活动时间平均为 6 h; 平均住院时间 3.5 d。诊断结果及术式见表 1。

表 1 1 035 例急腹症患者腹腔镜诊断结果及术式

诊断	例数	术式
阑尾炎	642	镜下阑尾切除
结石性胆囊炎	212	镜下胆囊切除
急性梗阻性化脓性胆管炎	13	镜下胆囊切除 + 胆总管切开引流
粘连性肠梗阻	40	1 例中转开腹, 余行腹腔镜下松解术
消化道穿孔	94	镜下修补 + 腹腔冲洗引流术
宫外孕	11	妇科术中会阴行镜下相关手术
阴性探查	1	关腹, 后二次开放进腹行肠修补 + 腹腔引流术
肠系膜大网膜损伤出血	7	行镜下止血、修补手术
肠管损伤	5	肠管拖出行肠切除及吻合术
肝破裂	4	其中 1 例为肝癌破裂出血, 均中转开放手术
脾破裂	6	1 例中转开放行脾切除术, 余均行腹腔镜下脾破裂修补术

2.2 并发症发生情况 1 例阑尾术后戳孔出血, 术后第 1 天经腹腔镜行止血术, 痊愈出院; 5 例出现胆囊切除术后综合症, 1 例粘连性肠梗阻术后出现反复腹痛, 均经保守治疗后缓解; 随访至今暂无其他并发症发生。

3 讨论

1901 年, 俄罗斯圣·彼得堡妇科医师 Ott 在腹前壁作一小切口, 插入窥阴器到腹腔内, 用头镜将光线反射进入腹腔, 对腹腔进行检查, 并称这种检查为腹腔镜检查^[1]。这是人类应用腹腔镜进行检查诊断的开始。1987 年法国外科医师 Philippe Mouret 用腹腔镜给一位患者实施了病变胆囊切除手术获得成功, 这是腹部外科腹腔镜手术的开始。从此以后, 腹腔镜以其对腹腔干扰少、损伤小, 能保持机体内环境的稳定, 可直视腹腔脏器, 形态、大小、周围粘连等情况, 全面、精确、及时地判断各脏器病变性质程度和病灶大小的优点得到广泛开展。腹腔镜技术的最大价值在于当运用诊断性腹腔镜穿刺、超声波检查及 CT 等检查后急腹症仍不能明确诊断时, 运用腹腔镜技术可明显提高确诊率, 减少误诊漏诊。腹腔镜检查能直接观察腹内病灶, 有较高的诊断准确率, 避免因诊断不明而导致治疗延误及不必要的剖腹探查,

从而为后期治疗提供有价值的参考和指导依据。且多数病例可同时进行手术治疗。

3.1 腹腔镜诊断与治疗 急腹症是外科的常见多发病。由于其发病部位隐蔽、原因复杂, 尽管目前使用各种常规诊断方法, 但术前仍很难准确地诊断病情, 而及时确诊及合理的治疗与疾病预后密切相关。如急性非特异性腹痛 (NASP) 约占急腹症的 31%, 诊断困难, 尤其是年轻女性患者, 其明确诊断率较低, 其下腹部急腹症的鉴别诊断有时甚为困难^[2]。其中急性盆腔炎和急性阑尾炎的误诊率为 30% ~ 35%, 极容易导致误诊、漏诊, 以致于造成手术时机的延误和所谓的“剖腹探查”。盲目的剖腹手术探查会使部分无需手术治疗的急症患者出现阴性结果, 增加了患者的痛苦; 盲目观察和保守治疗又往往会延误诊断而耽误最佳手术时机, 有时甚至危及生命。此时及时正确的诊断对预后显得尤为重要。腹部外伤的病例, 更是如此, 其中大约有 30% ~ 40% 需要剖腹探查, 伤后如何快速评价损伤程度和确定手术治疗仍无统一有效的标准。这都源于不能及时准确诊断病情。诊断性腹腔镜技术可大大提高其确诊率, 其诊断急腹症的正确率高达 95% ~ 100%^[3]。所以在急腹症考虑有腹膜炎的患者, 当物理检查及其他无创方法不能明确诊断时, 腹腔镜是一种精确的诊断及治疗方法^[4]。很多疾病诊断明确后可同时行单纯腹腔镜治疗, 有部分则可在腹腔镜辅助下完成手术, 使创伤减小, 有利于病人恢复, 即使不能行腹腔镜手术, 亦有利于剖腹切口的选择。并且腹腔镜诊治的并发症发生率低, 安全性高。经过医疗器械的不断改进创新及手术医师的不懈努力, 目前绝大多数的腹部普外科手术及盆腔妇科手术均可在腔镜下完成。

3.2 体会 开展腹腔镜手术, 笔者认为应注意以下几个方面: (1) 病例筛选: 理论上若无严重心肺疾患、严重基础病或者严重胸部及颅脑外伤者, 血流动力学等稳定或者经纠正后达到稳定者均可考虑应用腹腔镜进行探查诊断治疗。(2) 术前准备: 急腹症病情复杂隐蔽, 对于诊断不明确的患者, 必须做好术前预判, 在现实条件及病情允许的情况下, 经多种检查手段仍难以明确时, 均应及早考虑腹腔镜技术进行诊治。(3) 插管及麻醉: 常规要求气管插管全麻下进行。(4) 技术要求: 术者必须具备熟练的腹腔镜操作技术。(5) 戳孔位置: 常规选择脐部作为观察孔 (脐部存在术史或怀疑脐周存在粘连情况例外), 其他戳孔位置则据病情需要及个人操作习惯

而定,既要照顾全局,满足操作需要,避免不必要操作孔的数量,又要考虑各操作孔的距离角度,以达到最佳微创及最利于操作的效果。初步行全腹腔镜探查,对于明显的病变,如胆囊肿大、腹腔结核、胃肠穿孔等,可以“一眼便知”,但多数情况下,需要根据术中所见如腹腔积液、积血或消化液外渗及纤维素附着等情况,变换体位、增加腹壁戳孔及器械辅助方能探查清楚病变来源,找到原发病灶,必要时将观察孔与操作孔进行调换,以利于操作。(6)选择气腹与否:除高度怀疑恶性肿瘤或裂孔绞窄性疝或严重粘连、肠梗阻等疾病考虑开放免气腹情况下进腹,进行诊断及必要的治疗外,其他类型急腹症均可考虑常规气腹下探查诊断治疗。(7)其他注意事项:对部分空腔脏器损伤,腹腔镜在诊断方面存在部分盲区,尤其在较小损伤,且无明显内容物外漏的情况下,但此部分病例常被视为阴性探查病例,而采取保守治疗,其中不乏需二次剖腹探查者。术中所见若与病情明显不符或不能解释病情者,需要考虑中转开腹探查。(8)腹腔镜技术特有的并发症:主要有①高碳酸血症、皮下气肿、气体栓塞等;②腹腔穿刺时引起腹内空腔或实质性脏器损伤,腹膜后大血管损伤、戳孔疝、戳孔出血等;③腹腔镜专用手术器械性能缺

陷或使用不当所致的并发症,如电热损伤引起的胆管缺血性狭窄,高频电流的“趋肤效应”造成的空腔脏器穿孔。经过系统训练及术中规范操作能有效减少甚至避免上述并发症的发生。然而作为一种有创的诊断和治疗技术,导致各种副损伤及并发症无法完全避免,术前对病情的预判,与患方的沟通及术中的规范操作,如同开放手术一样十分重要,不可缺少。腹腔镜技术作为微创医学发展的潮流,我们必须顺应。腹腔镜技术将是现代及将来外科手术医师的必备技能,值得推广。

参考文献

- 1 王秋生,张阳德,主译. 内镜腹腔镜外科学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2001:7,9.
 - 2 张启瑜,主编. 钱礼腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:875.
 - 3 Malhotra A, Kivatury RR, Latifi R. Blunt abdominal trauma: evaluation and indications for laparotomy[J]. Scand J Surg, 2002, 91(7): 52-57.
 - 4 Sanna A, Adani GL, Anania G, et al. The role of laparoscopy in patients with suspected peritonitis: experience of a single institution[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2003, 13(1): 17-19.
- [收稿日期 2012-12-07][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

学术交流

复合式小梁切除术治疗原发性青光眼的临床观察

覃汉林

作者单位: 530700 广西,都安县人民医院五官科

作者简介: 覃汉林(1974-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:眼科疾病的诊治。E-mail: qinhanlin2009@126.com

[摘要] 目的 观察复合式小梁切除术治疗原发性青光眼的疗效、安全性、实用性和并发症,探讨该手术在治疗青光眼中的临床应用前景。方法 选取原发性青光眼 98 例(110 眼)为对照组,采用常规小梁切除术;另选取原发性青光眼 106 例(118 眼)为观察组,采用复合式小梁切除术。术后随访 3~12 个月,观察两组术后眼压、视力、滤过泡以及并发症发生等情况。结果 观察组术后浅前房发生率为 2.5%,眼压平均为 (10.221 ± 1.806) mmHg,形成功能性滤过泡占 90.7%;对照组分别为 22.7%、 (8.033 ± 6.768) mmHg、53.6%。两组比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论 复合式小梁切除术治疗原发性青光眼在防止术后浅前房、术后滤过泡形成和眼压控制方面均比传统小梁切除术有明显优点,成功率及安全性高,并发症少。

[关键词] 复合式小梁切除术; 原发性青光眼

[中图分类号] R 779.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)07-0691-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.07.28