

腹腔镜在急腹症及腹部闭合性损伤诊治中的应用

任传增,赵涛,陈东,吕德超,叶宁,夏洪海,汪迎,曹荣格

(安徽医科大学附属医院、安徽省立医院急诊外科,合肥 230001)

中图分类号:R735.7 文献标识码:B DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2014.04.030

急腹症及腹部闭合性损伤起病急、病情重、病因复杂且病情变化快,需要早期诊断及治疗。腹腔镜技术以其诊断率高、创伤小及诊治一体化的优势广泛应用于临床^[1],我科已用其诊治 62 例急腹症及腹部闭合性损伤患者,疗效满意。

1 资料和方法

1.1 临床资料 我科自 2013 年 6 月至 2014 年 12 月应用腹腔镜技术诊治急腹症及腹部闭合性损伤患者 62 例,男性 41 例,女性 21 例;年龄 16~65 岁,平均 42.2 岁。术前均有局限性或弥漫性腹膜炎表现,所有患者生命体征稳定,无凝血机制障碍、无严重心脑血管及呼吸系统疾病。具体疾病种类及治疗见表 1。

表 1 62 例经腹腔镜诊治情况资料

疾病名称	性别(例)		手术方式	治疗方法(例)		
	男	女		腹腔镜	开腹	保守
				手术	手术	治疗
急性阑尾炎	11	8	阑尾切除	14	5	0
急性胆囊炎	10	8	胆囊切除	15	3	0
上消化道穿孔	4	3	穿孔修补+活检	7	0	0
急性盆腔炎	0	3	腔镜探查	0	0	3
原发性腹膜炎	0	2	腔镜探查	0	0	2
创伤性脾破裂	4	1	腔镜探查	0	3	2
创伤性肝破裂	4	2	缝扎止血+腔镜探查	4	0	2
创伤性小肠破裂	2	0	腔镜探查	0	2	0
合计	62			40	13	9

1.2 方法 62 例均采用全身麻醉,常规术前准备,留置胃管及保留导尿。建立人工气腹,压力维持 10~13 mm Hg,脐下戳孔穿刺 10 mm Trocar,置入腹腔镜按照右上、左上、右下、左下、盆腔依次探查,根据病变部位及手术要求决定其他 Trocar 的位置及数

量。急性阑尾炎:分别于脐下 5 cm、反麦氏点增加 2 操作孔。吸尽右下腹及盆腔脓液,显露、牵拉阑尾,金属钛夹夹闭阑尾系膜,根部以 4 号丝线双重结扎,电凝烧灼断端,不做荷包包埋。急性胆囊炎:于剑突下、右侧锁骨中线肋缘下分别穿刺 10 mm、5 mm Trocar,操作困难时在右侧腋前线处增加操作孔;若胆囊肿大明显首先减压,再解剖胆囊三角,仔细辨别胆囊管、肝总管、胆总管、胆囊动脉关系后分别处理。上消化道穿孔:脐左侧 5 cm、脐与剑突中点右侧 5 cm 增加操作孔,吸尽腹腔液体寻找穿孔位置,取穿孔组织活检,镜下 3-0 薇乔线全层缝合穿孔处 3 针,并以大网膜覆盖,镜下冲洗腹腔并放置盆腔引流管。闭合性腹部损伤:进镜后按顺序探查腹腔,3 例为Ⅲ级脾破裂,镜下见脾上极活动性出血,缝合止血失败而中转开腹行脾切除术,2 例为Ⅰ~Ⅱ级脾破裂,镜下见出血已停止而行保守治疗;6 例Ⅱ~Ⅲ级肝破裂中 4 例镜下缝合止血满意,2 例镜下见出血停止而行保守治疗;其他:3 例盆腔炎及 2 例原发性腹膜炎镜下探查均未见明显器质性病变,可见腹腔少量稀薄淡黄色渗液,壁层腹膜及部分肠管充血,取液体细菌培养,吸尽渗液后给予保守对症治疗。

2 结果

本组 62 例经腹腔镜探查均获明确诊断,腹腔镜确诊率为 100%。40 例(64.5%)探查同时完成腹腔镜下手术治疗,13 例中转开腹,其中包括 5 例急性坏疽性阑尾炎伴根部穿孔、3 例急性胆囊炎伴胆囊三角严重水肿、3 例Ⅲ级脾破裂伴脾脏活动性出血及 2 例小肠多处破裂;9 例仅行腹腔镜探查明确诊断后保守治疗痊愈。其中术前拟诊断为急性阑尾的 4 例,患者经腹腔镜探查后 1 例确诊为胃窦前壁穿孔、1 例原发性腹膜炎、2 例盆腔炎。全组无严重并发症及术后死亡病例,仅 3 例腹腔镜下阑尾切除术后出现腹腔残余感染,经积极对症治疗后痊愈出院。患者住院 3~8 d,平均 4.7 d。所有患者随访 3~6 月无粘

作者简介:任传增,主治医师,Email: renchuanzeng@163.com
通信作者:曹荣格,副主任医师,Email: caorongge@126.com

连性肠梗阻、无腹腔脓肿、无腹腔再出血。

3 讨论

3.1 腹腔镜在急腹症及腹部闭合性损伤中的诊断价值 目前国内外文献报道腹腔镜对急腹症的诊断率可达90%~100%^[2-4],并且随着腹腔镜的应用学者们发现约12%的急腹症患者开腹探查是不必要的^[5],而另一项针对腹部创伤的大宗病例报告表明30%~50%的剖腹探查是非治疗性的^[6]。本组病例经腹腔镜探查后均获明确诊断,诊断率达100%;其中4例术前拟诊为急性阑尾炎经腹腔镜探查后纠正诊断并获正确治疗。本组49例急腹症患者经腹腔镜证实10.2%(5/49)无需开腹手术;13例腹部闭合性损伤患者中4例(30.7%)经腹腔镜探查证实出血已停止,无需进一步手术干预。腹腔镜在明确诊断的同时使部分急腹症及腹部闭合性损伤患者避免了不必要的手术打击。

3.2 腹腔镜在急腹症及腹部闭合性损伤中的治疗价值 本组62例患者中40例腹腔镜下完成手术,镜下手术完成率(64.5%)低于文献报道^[7],一方面原因考虑病例数量较少,另一方面因为本组资料中部分腹部闭合性损伤患者进腹探查发现实质脏器出血已停止,无需手术干预。对于部分患者即使腹腔镜下不能完成手术,也可指导术者选择合适的切口和手术方式^[8]。本组病例中1例术前拟诊急性阑尾炎,经腹腔镜证实为胃窦穿孔且在腹腔镜下完成穿孔修补术,避免了由传统麦氏切口延长至上腹部切口给患者带来的创伤和痛苦。另外腹腔镜手术可降低切口感染率、减少对肠管的干扰、可直视下吸取腹腔脓液或渗液、便于将引流管放置最低位,使患者以最小的创伤获得较好的治疗效果^[9-10]。

3.3 腹腔镜在急腹症及腹部闭合性损伤应用中的注意事项 腹腔镜越来越广泛的应用于临床,原则上具有开腹手术指征的均可应用腹腔镜,尤其对于诊断不清的急腹症及腹部闭合性损伤患者,除此之外还包括:(1)无明显腹腔镜应用禁忌证,(2)有美容要求而惧怕手术瘢痕的年轻患者,(3)合并肥胖或糖尿病,(4)能耐受全身麻醉。腹腔镜应用的禁忌证包括:(1)生命体征不稳定,(2)有严重的呼吸、

循环系统疾病,(3)合并腹腔大出血或休克,(4)凝血机制障碍,(5)有腹部手术史,(6)严重腹胀^[11]。

通过本组资料笔者体会,腹腔镜在急腹症及腹部闭合性损伤诊疗中具有重要的临床价值,不仅可以明确诊断还可行腹腔镜下治疗,实现诊治一体化;即使镜下不能完成手术,也为开腹手术提供指导,并具有确诊率高、创伤小、并发症少、恢复快等特点,有着广阔的应用前景。

参考文献

- [1] 高文涛,吴峻立,蒋奎荣,等. 复杂急腹症的腹腔镜手术经验[J]. 中华普通外科杂志,2014,29(12):930-933.
- [2] 吴孟超,吴在德. 黄家驷外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:1290.
- [3] Agrusa A, Romano G, Di Buono G, et al. Laparoscopic approach in abdominal emergencies: a 5-year experience at a single center[J]. G Chir, 2012, 33(11):400-403.
- [4] 王玉祥,李应红,许兴,等. 基层医院腹腔镜技术在急腹症中的应用[J]. 中国微创外科杂志,2012,12(3):286-289.
- [5] Ogbonna BC, Obekpa PO, Monch JT, et al. Laparoscopy in developing countries in management to patients with an acute abdomen[J]. Br J Surg, 1992, 79(9):964-966.
- [6] Majewski W. Diagnostic laparoscopy for the acute abdomen and trauma[J]. Surg Endosc, 2000, 14(10):930-937.
- [7] Kirshitein B, Roy-shapina A, Lantsberg L, et al. The use of laparoscopy in abdominal emergencies[J]. Surg Endosc, 2003, 17(2):200-205.
- [8] 傅永清,华晨,裴华森,等. 应用腹腔镜诊治急腹症的疗效分析[J]. 中华急诊医学杂志,2012,21(5):531-533.
- [9] 倪银海,金建光,张辉. 腹腔镜与开腹手术治疗胃十二指肠溃疡穿孔的效果对比[J]. 中国临床保健杂志,2014,17(3):304-305.
- [10] 赵成进,刘蓉,党星波. 腹腔镜在急腹症中的应用[J]. 陕西医学杂志,2015,44(1):70-72.
- [11] 顾琤,于进玲,陆孝道,等. 腹腔镜和传统剖腹探查方法治疗非创伤性急腹症的临床比较[J]. 肝胆胰外科杂志,2012,24(6):444-450.

(收稿日期:2015-09-02)