

腹腔镜技术在非创伤性急腹症诊断中的应用

王艳斌¹ 侯斌²

(1 山东省枣庄监狱医院 枣庄 277500; 2 山东省枣庄市峄城区中医院 枣庄 277300)

关键词:腹腔镜技术;非创伤性急腹症;诊断;应用

中图分类号:R 656.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0039-02

腹腔灌洗、细胞学检查以及 B 超、CT 等影像学检查的应用,大大提高了急腹症的确诊率。腹腔镜技术以其微创性、直观性及不断成熟的操作技巧,缩短了人们认识疾病的距离,在急腹症的诊断中已占有重要地位。我们参与自 2000 年 9 月~2005 年 5 月完成了 375 例非创伤性急腹症的诊断。现结合我们的经验,就腹腔镜非创伤性急腹症的诊断作一介绍。

1 适应症和禁忌症

1.1 适应症 急性腹痛在经有关检查尚不能确定诊断,或已获诊断但与症状体征不符需进一步确诊,以及难以确定手术指征者,均可以使用腹腔镜检查。Davide mazze 报道 4 例结肠脂肪垂扭转患者以急性腹痛就诊,B 超、X 线检查未见异常,而经腹腔镜检查确定了诊断。本组病例中 2 例 B 超提示胆囊结石并胆囊炎,与症状体征不符,经腹腔镜检查,为急性化脓性阑尾炎与胆囊结石并存;本组 6 例胃、十二指肠穿孔患者,手术与内科保守治疗尚难取舍时,行急诊腹腔镜检查后明确穿孔部位,均予一期修补,腹腔冲洗后 1 周痊愈。

1.2 禁忌症 (1)伴有严重的心肺功能障碍者;(2)难以纠正的凝血功能障碍者;(3)重度肝功能障碍,昏迷前期或大量腹水者;(4)腹壁、腹腔内感染严重者;(5)膈疝;(6)腹部多次手术史伴严重腹腔内粘连、肠梗阻病人;(7)休克状态下。关于第 7 点,Steinman 和 Greifd 等^[1-2]研究证明,CO₂ 气腹作用于失血性休克和内毒素休克的动物模型,引起的血流动力学改变及内环境紊乱机体是可以耐受的,但临床上能否使用,尚需进一步探讨。

2 常见急腹症的腹腔镜应用

2.1 急性胆囊炎 腹腔镜用于胆囊疾病的诊治较为成熟,镜下可见胆囊常有大网膜覆盖或与周围脏器如胃、十二指肠、结肠肝曲粘连,局部炎性渗出明显,分离粘连后,可见胆囊壁状态有关。治疗原则:争分夺秒,诊断未明之前积极作一般处理,一旦明确即尽快给予对症处理,并应用特效的解毒剂^[3]。

2.3 中毒的预防 根据不同年龄组的特点,家长及学校应对孩子进行安全和科普知识的教育。另外还应做到:(1)管好农药:1~5 岁小儿以误食为主,家长要保管好农药,不乱丢农药瓶,更不能将散装农药放入到饮料瓶中,备用毒物保管好,投放鼠药要避开小儿活动场所。(2)管好药品:对某些特殊的药品要认真保管,如精神病病人的家庭一定要保管好药物,不乱扔废弃的药品,避免小儿捡着服用。(3)加强青春期小儿的心理教育:针对年长的儿童,老师、家长要了解孩子的心理、生理,采取多种手段进行心理指导。(4)加强医务人员的规范

充血、水肿,甚至坏死,颈部常有结石嵌顿,Calot 三角区常有炎性粘连,胆囊壶较易辨认,一般胆囊管细、短,而曾口服排石药的病例胆囊管较粗。急性发作在 48~72h 内,完成腹腔镜胆囊切除成功率较高,本组 350 例,成功率为 90%;28 例因 Calot 三角区解剖不清中转开腹,7 例有口服排石药史患者,胆囊管粗或有结石,为防止继发胆总管结石而中转开腹。

2.2 急性阑尾炎 镜下单纯性阑尾炎可见阑尾充血、水肿,浆膜失去正常光泽;化脓性阑尾炎表面附有脓苔,周围可有脓性液渗出;阑尾坏疽呈暗紫色或黄绿色,周围组织炎症明显,且脆弱,显露时避免暴力损伤。阑尾位置变异给腹腔镜诊断带来了困难,如后位阑尾需剪开后腹膜才能见到。本组单纯性阑尾炎 2 例,化脓性阑尾炎 6 例,有 1 例位于盆腔内,均在腹腔镜下完成阑尾切除。对坏疽性阑尾炎腹腔镜的处理尚有争议。

2.3 胃、十二指肠穿孔 镜下腹腔内可见胆汁、胃液、脓液及食物残渣,或淡红色渗出液,穿孔处明显充血、水肿,周围有脓苔,多有大网膜覆盖,分离后可见穿孔部位。胃后壁的穿孔较难诊断,需电凝切开胃结肠韧带后才能窥见;球后的溃疡穿孔则为腹腔镜诊断的盲区,要通过其他检查手段来确诊。本组 6 例,4 例胃前壁穿孔,2 例球部穿孔,均镜下一期缝合治愈。

2.4 急性梗阻性化脓性胆囊炎 急性梗阻性化脓性胆管炎的腹腔镜表现为胆总管增粗,管壁水肿、充血和增厚,腹腔内可见少量渗出液,肝脏增大,呈褐绿色,胆囊增大或不增大,胆囊壁水肿、充血。在有经验的单位可行腹腔镜下胆囊造瘘术或胆总管探查、取石、T 管引流术。

2.5 急性胰腺炎 腹腔镜下可将急性胰腺炎分为 3 种类型:(1)急性轻型水肿型胰腺炎:多数情况可见胰腺表面与正常胰腺相同,在胰腺与肝左叶之间可见少量清亮的渗出物,部化管理:药品用量、用法或存放不当是造成药物中毒的主要原因。作为医务人员要加强学习,熟记小儿药剂量、使用方法、副作用,防止医源性药物中毒发生。(5)平常经常给小儿讲解预防中毒和意外事故的知识,从小培养不乱吃食物的习惯,预防中毒事故的发生。

参考文献

[1]吴瑞萍.诸福棠实用儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2002.2 415~2 486
[2]赵祥文.儿科急诊医学[M].北京:人民卫生出版社,1994.364
[3]郭迪.中国医学百科全书.儿科学[M].上海:上海科技出版社,1998.352~353

(收稿日期:2005-09-08)

分病例可见胰腺表面轻度充血水肿；(2) 急性重型水肿型胰腺炎：多数可见胰腺表面充血、水肿，胰腺肿胀呈白色，表面小叶纹理消失，用腹腔镜器械触及时可感到胰腺弹性消失、变硬，有的病例还可见到胰腺及周围组织表面有白色或浅黄色点状皂化，合并有腹膜的炎症及周围组织充血、腹腔渗液较混浊；(3) 急性出血坏死性胰腺炎：腹腔镜下常见到大量暗红色血性渗出液，吸净后，可见胃肠道扩张、充血、水肿及蠕动消失或减弱，大、小网膜和肠系膜上可见白色或浅黄色的皂化点，剪开胃结肠韧带，将胃向上牵开后可见有大量血性渗出液，甚至为稀薄的脓液由小网膜囊内溢出，将其吸净后，即于横结肠系膜根部的上方找到胰膜。胰膜呈弥漫性肿胀，其表面为淡红色，或有很多出血点或大片出血，甚至整个胰腺呈紫黑色，有的可见胰周脓肿。当腹腔镜下确诊为急性重型水肿型胰腺炎，腹水为中等度以上时，可在腹腔镜下胰腺头部及尾部各置一乳胶管引流，再行积极的内科保守治疗。当腹腔镜下诊断为急性出血坏死性胰腺炎，尚无坏死组织感染的早期病例，可在腹腔镜下行胰包切开后采用腹腔灌洗疗法，也可不切开胰腺包膜，分别于胃网膜孔和下腹腔留置引流管行腹腔灌洗。上述方法主要适用于酒精性胰腺炎，而对梗阻性、胆源性胰腺炎应同时对胆道行外科处理。

2.6 肠梗阻与肠缺血 腹腔镜用于此类疾病的诊断需考虑建立气腹的安全性，这主要是由于腹腔内常有粘连的存在，及梗阻肠袢的充盈扩张，易致穿刺损伤。整个胃肠道的探查需从屈氏韧带至回盲部及结肠全段，采用 hand to hand 或 hand over hand 手法^[9]，逐段检查完成梗阻或缺血段的定位，相应肠段壁的颜色，浆膜的光泽，肠蠕动可发生不同程度的改变。在可疑的病例，对显像系统清晰度要求较高，有报道主张直接目测，结果并不理想。Matern 等^[4]建议，借助多普勒超声、激光超声、同位素扫描、肠壁血氧测定、分光光度计等，特别是后者的应用，可提高诊断的敏感性。Siutzkin 等^[9]报道，肠梗阻或肠缺血诊治后，腹壁留置 2 个封闭的套管，术后根据病情变化，间断观察 72h，明确有继发或因手术切除肠段不够所致的缺血、坏死，采用此方法，可尽量保留正常肠段，防止短肠综合征的出现。本组 3 例均为粘连性肠梗阻，松解粘连后，解除了梗阻，治愈出院。

2.7 憩室炎和肠系膜淋巴结炎 憩室炎严重时，局部可见充血、水肿、纤维粘连，可行镜下局部肠段切除、吻合。肠系膜淋巴结肿大时，而未发现相应肠段的病变，可诊断为急性肠系

膜淋巴结炎。

2.8 妇科急腹症 腹腔镜技术诊断的确诊率较高，在子宫调位器的协助下，可以观察到子宫、输卵管和卵巢的全貌。附件的急性炎症，可见 输卵管充血、水肿、粘连，重者可见积脓；单纯性卵巢囊肿为蓝白色，表面光滑、壁薄，囊内为清水样；巧克力囊肿为紫红色，壁厚。上述两种囊肿均可发生蒂扭转，镜下见局部充血、水肿或坏死，如发生破裂出血，子宫、直肠凹内有积液或积血；宫外孕镜下为盆腔内积血，吸净后可见胚囊。本组宫外孕 5 例，卵巢囊肿蒂扭转 2 例，输卵管积脓 1 例，确诊后均经腹腔镜手术处理后治愈。

3 值得注意的几个问题

3.1 腹腔镜检查是一种有创诊断，有一定的并发症率，如腹腔内脏器官、血管的损伤等。

3.2 本检查存在一定盲区，如深部的肝脓肿、空腔脏器的粘膜病变，常需借助其它检查手段作出诊断，对非特异性腹痛诊断应慎重，以免延误治疗。

3.3 腹腔镜检查的同时可以完成部分疾病的治疗，但不能勉强。Chung 等^[6]在常规的诊治有效性分析中认为，其确诊率与剖腹探查相同，而治疗的成功率因疾病的种类不同而异，急性胆囊炎、阑尾炎、盆腔炎症、卵巢疾病成功率几乎 100%，肠梗阻、溃疡穿孔、肠缺血成功率约 33%，憩室穿孔、急性胰腺炎合并脓肿形成，最好行剖腹术。腹腔镜用于急腹症的诊断，能提供其他检查不能获取的诊断信息，同时完成部分疾病的治疗，其应用前景无疑是乐观的。

参考文献

[1]Steinman M,Dasilva LE,Coelho JJ,et al.Hemodynamic effects of CO₂ pneumoperitoneum in an experimental model of hemorrhagic shock due to retroperitoneal hematoma[J].Surg Endosc,1998,12:416-420
[2]Greif WM,Forse RA.Hemodynamic effects of the laparoscopic pneumoperitoneum during sepsis in a porcine endotoxin shock model [J].Ann Surg,1998,227:474-480
[3]陈训如,罗丁,毛静熙.腹腔镜手术的并发症与对策[M].昆明:云南科技出版社,1997.204-205
[4]Matern U,Haberstroh,Saman A,et al.Emergency laparoscopy: Technical support for the laparoscopic diagnosis of intestinal ischemia[J].Surg Endosc,1996,10: 883-887
[5]Slutzkin S,Halpern Z,Negri M.The laparoscopic second look for ischemic bowel disease[J].Surg Endosc,1996,10: 729-731
[6]Chung RS,diaz JJ,Chari V.Efficacy of routine laparoscopy for acute abdomen[J].Surg Endosc,1998, 12: 219-222

(收稿日期: 2005-09-12)

(上接第 2 页)发硬，布满密集粟米大小的丘疹，无渗液，肿胀区域中心凹陷似火山口状，基底部皮肤红、肿、热、触痛明显，并向周围扩展，颈部及右腋窝下淋巴结肿大。追问病史，服第 2 片米非司酮后，肩部皮肤即出现刺痒，继之发生皮损且日趋严重。继往未发现药物过敏史，但有花粉过敏史。诊为过敏性皮炎，即肌注异丙嗪 25mg，静滴地塞米松 20mg 及维生素 C，同时静脉滴注青霉素钠盐治疗感染，0.5h 后，皮肤斑疹逐渐消失。服米索后 1h 完整排出胎囊及胎芽。7d 后皮肤肿胀及疼痛基本消退，半月后皮肤恢复正常。

讨论: 本例较为严重的过敏性皮炎系由口服米非司酮与

米索引起。米非司酮与米索联合用于终止早孕，安全、可靠、有效，但有少数人可出现过敏反应，因此用药前应详细询问病史及过敏史，严格掌握药物流产的禁忌症和适应症，服药前必须详细告知服药者可能出现的各种副作用，严密跟踪随访。一旦出现过敏反应、大出血及其他异常情况，应即时就地抢救和治疗，以求最大限度地保护服务对象的身心健康。本例患者虽未提供药物过敏史，但其有花粉过敏史，提示存在过敏体质，但由于服药前未能详细了解病史及过敏史，导致服药后出现严重过敏反应，应吸取教训。

(收稿日期: 2005-08-09)