

腹腔镜在闭合性腹部外伤诊治中的应用

徐 建 窦天伟 陈 昕

(周口市中心医院普外科,周口 466000)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜在闭合性腹部外伤诊治中的应用价值。 **方法** 回顾性分析我院 2004 年 1 月~2009 年 6 月应用腹腔镜探查处理闭合性腹部外伤 18 例的临床资料。 **结果** 18 例全部在腹腔镜下明确诊断,其中肝破裂出血 5 例,脾破裂出血 3 例,小肠破裂 7 例,大网膜破裂出血 3 例;腹腔镜下完成手术 14 例,4 例行腹腔镜探查后中转开腹手术。手术时间 60~182 min,平均 126 min。住院时间 8~20 d,平均 12 d。随访 18 例,其中<1 年 7 例,1~3 年 8 例,4~5 年 3 例,无腹痛、粘连性肠梗阻等并发症。 **结论** 腹腔镜对闭合性腹部外伤能尽早明确诊断,集诊断和治疗为一体。

【关键词】 腹腔镜; 闭合性腹部外伤

中图分类号:R656

文献标识:A

文章编号:1009-6604(2009)09-0810-02

大部分闭合性腹部外伤可在术前明确诊断,但对于损伤部位和程度的判断往往比较困难,直接影响治疗原则的制定,甚至影响到治疗效果,因此,尽早做出正确诊断十分必要^[1,2]。2004 年 1 月~2009 年 6 月,我院对 18 例闭合性腹部外伤施行腹腔镜探查术,取得了较满意的诊治效果,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 18 例,男 12 例,女 6 例。年龄 16~58 岁,平均 33 岁。12 例为交通事故伤,4 例为高处坠落伤,2 例为钝器伤。从受伤至住院时间 1~29 h,平均 8 h。18 例均有腹痛和腹膜刺激征,其中有局限性腹膜炎 12 例,弥漫性腹膜炎 6 例。血压 90~110/60~80 mm Hg,无明显严重休克表现。血常规检查:白细胞计数 $>10.0 \times 10^9/L$ ($10.2 \times 10^9/L \sim 18.7 \times 10^9/L$) 16 例,血红蛋白 $<90 \text{ g/L}$ ($72 \sim 89 \text{ g/L}$) 11 例。B 超检查可疑肝挫裂伤 4 例,脾挫裂伤 3 例;提示腹腔内积液 15 例(积液 $<500 \text{ ml}$ 10 例, $500 \sim 1000 \text{ ml}$ 5 例)。在 B 超引导下诊断性腹腔镜穿刺,抽出不凝血 10 例,浑浊液体 2 例,未抽出液体 3 例。腹部平片:膈下均无游离气体。未做 CT 检查。

腹腔镜探查病例选择标准:①单纯闭合性腹部外伤,无休克表现;②腹膜炎(局限性、弥漫性)诊断明确,但损伤部位及损伤程度未能确定;③未能明确诊断,指导治疗^[3]。

1.2 方法

气管插管全麻,仰卧位。常规在脐部建立第一穿刺孔进气腹针,建立 CO_2 气腹,压力控制在 $10 \sim 12 \text{ mm Hg}$ ($1 \text{ mm Hg} = 0.133 \text{ kPa}$)。再置入 trocar,置腹腔镜。如果病人腹胀明显,先在脐下开小口置入 trocar,造气腹后进镜直视下先探查受伤病变所在部位,再根据需要进行不同的点穿刺置入其他 trocar,避免穿孔损伤。至上而下顺时针方向探查腹腔,吸出腹腔内积液和积血,寻找病变部位,有积血、血凝块或有肠内容物的部位通常是受伤器官所在部位,可用无损伤钳翻动网膜和肠管,并调整体位。利用腹腔镜可以全面观察的优势,注意全面探查腹腔,并尽快明确诊断。估计能在腹腔镜下完成手术者行腹腔镜治疗,不能完成者改行腹腔镜辅助下手术或中转开腹。

2 结果

18 例均经腹腔镜探查得到明确诊断。外伤性小肠破裂 7 例:5 例为一处小肠破裂,腹腔积液少,且破裂口小,长 $1 \sim 2 \text{ cm}$,行腹腔镜下小肠破裂口横行修补(用 0/4 无损伤带针缝线,一层全层间断缝合),腹腔冲洗后放置引流管引流;2 例有 3 处和 4 处小肠破裂,局部小肠损伤严重,须行局部肠管切除吻合术,遂在右中腹腹直肌旁切一长 5 cm 纵行切口,把破裂处小肠拉至腹腔外常规切除,远近端正常小肠末端吻合术,再将小肠放回腹腔,关闭腹部切口,腹腔镜下关闭系膜裂孔,冲洗腹腔,放置引流。

肝破裂 5 例:4 例为 V 段真性肝破裂,破裂口深 1~2 cm,长 2~4 cm(Ⅱ级裂伤),且出血不严重,腹腔内积血 300~400 ml,行腹腔镜下破裂肝组织直接缝合止血修复(带线肝针、0 号线),冲洗腹腔,放置引流;1 例为 VI 段真性肝破裂,破裂口深 3.5 cm,长 5 cm(Ⅲ级裂伤),腹腔内积血 800 ml,腹腔镜下缝合止血后仍有出血,中转开腹见肝组织破裂口比腹腔镜下所见要长(7 cm),深入肝组织(4 cm),再行缝合止血,腹腔冲洗引流。脾破裂 3 例:1 例被膜下血肿、1 例被膜下破裂(Ⅰ级),腹腔镜下探查已无明显活动性出血,仅吸出腹腔内积血 400 ml,放置引流;另 1 例为中央型破裂出血(Ⅲ级),腹腔内积血和血凝块 1000 ml,吸出积血后用纱布压迫无法止血,及时中转开腹常规脾切除术。大网膜血管破裂出血 3 例,电凝或钛夹夹闭止血。手术时间 60~182 min,平均 126 min。

病人术后均恢复良好,无肠漏、腹腔内再出血等严重并发症。住院时间 8~20 d,平均 12 d。随访 18 例,随访时间 <1 年 7 例,1~3 年 8 例,4~5 年 3 例,无腹痛、粘连性肠梗阻等并发症。

3 讨论

3.1 腹腔镜在闭合性腹部外伤中应用的价值

闭合性腹部外伤患者具有起病急、病情重、进展快、变化多的特点,手术时机难以把握。过积极地手术探查增加病人的痛苦、损伤和阴性探查风险^[4];过保守地处理有时贻误治疗,造成不应有的后果。腹腔镜探查可以达到诊断及治疗的双重目的,并使手术对患者的损伤降低到最低限度^[1,2],尤其是对如何进行治疗提供了直接的直观依据,从而可以确定治疗原则和方式。腹腔镜的广角和多角度,可以根据体位的调整直接观察到几乎所有腹腔内脏器表面,对实质和空腔脏器破裂和穿孔,甚至多部位的破裂和穿孔都可以得到明确诊断,这是其他任何术前检查都不能完成的。本组对 18 例有较明确的腹膜炎的闭合性腹部外伤,由于对损伤部位及损伤程度不明确,急诊行腹腔镜探查,均明确了诊断,并得到了及时、有效地治疗。尤其是出血已自行停止的脾破裂和网膜血管出血的病人的处理,避免了大切口开腹探查处理的创伤。对于多处小肠破裂、损伤严重须行部分小肠切除的病人,可以仅行腹部小切口,拉出须切除的肠管,行手工肠切除吻合术,既保证了手术的质量,又减轻了病人的创伤,值得在临床上应

用。对Ⅰ~Ⅱ级肝、脾血肿或裂伤,可以在腹腔镜下肝针直接缝合破裂口止血,如果止血满意,不必开腹手术;对Ⅲ~Ⅳ级肝、脾破裂,如果器械、设备齐全,也可以在腹腔镜下完成破裂肝、脾的止血、缝合,部分破裂肝脾的切除或脾切除;如果器械、设备不齐全,及时中转开腹手术,既避免了腹腔镜下处理的困难,又缩短了不必要的探查时间,减少了手术的风险和并发症的发生率^[5,6]。

3.2 腹腔镜诊治闭合性腹部外伤的局限性

对腹部闭合性外伤,虽然腹腔镜诊治有创伤小、观察直接、视角广、可明确诊断、对一些外伤性疾病进行腔镜下处理、对开腹手术有指导切口的选择等优点,但腹腔镜探查也有其禁忌证:对严重闭合性腹部外伤,生命体征不稳定,尤其是怀疑有严重的腹腔内实质脏器出血,估计出血量较大的病人;有开腹手术史,腹腔粘连重,难以进行腹腔镜探查的病人等,是不能进行腹腔镜探查的。即使有腹腔镜探查的指征^[7],在基层医院,由于受器械、设备、镜下技术技巧的影响等,重点应是腹腔镜探查,尽快做出明确的诊断,并迅速制定切实可行的治疗措施,而不是过分地依赖腹腔镜治疗。本组 14 例在腹腔镜下完成治疗,多是相对损伤较轻、单发伤,较易处理的肝脾破裂和小肠破裂,对于多发伤,较严重的创伤,应在腔镜下快速明确诊断,有针对性地选择相应切口,及时果断中转开腹手术是减少手术并发症的发生、保证病人的安全、保证治疗效果的关键。

参考文献

- 1 刘国礼. 腹腔镜外科的微创意义. 中国微创外科杂志, 2002, 2(1): 6-7.
 - 2 Goettler CE, Bard MR, Toschlog EA. Laparoscopy in trauma. Curr Surg, 2004, 61(6): 554-559.
 - 3 李 勇, 张连阳. 腔镜技术在胸、腹部创伤诊治中的应用. 中国微创外科杂志, 2007, 7(5): 486-487.
 - 4 Simon RJ, Rabin J, Kuhls D. Impact of increased use of laparoscopy on negative laparoscopy rates after penetrating trauma. Trauma, 2002, 53(2): 297-302.
 - 5 张学辉, 毕研青, 吕守田, 等. 腹腔镜在腹部外伤中的应用. 中国微创外科杂志, 2008, 8(10): 956-957.
 - 6 冉启华, 聂岁锋, 竹锡锋, 等. 腹腔镜诊治腹部外伤 76 例体会. 腹部外科, 2009, 22(2): 84-85.
 - 7 吴在德, 吴肇汉, 主编. 外科学. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 425-427.
- (收稿日期: 2009-06-23)
(修回日期: 2009-08-13)
(责任编辑: 李贺琼)