

## · 临床论著 ·

# 局麻下腹腔镜检查对不明原因腹水的诊断价值 (附 46 例报告)

张 剑 李临海 龚昆梅 王昆华\* 肖 乐

(云南省第一人民医院普外科 云南省肠内及肠外营养研究中心,昆明 650034)

**【摘要】 目的** 探讨腹腔镜探查对不明原因腹水的诊断价值。 **方法** 2007 年 11 月~2010 年 11 月 46 例不明原因腹水局麻下行腹腔镜探查术。1%利多卡因 5 ml 局麻,选择脐部或需要穿刺的部位作为穿刺点,做 10 mm 或 5 mm 切口,建立 CO<sub>2</sub> 气腹(压力<8 mm Hg),置入腹腔镜,根据镜下所见做切口置入 5 mm trocar,根据腹水量和操作需要缓慢放腹水 500~2000 ml,然后腹腔探查,取材。 **结果** 1 例因腹腔内粘连严重腹腔镜探查未成功。活检阳性 43 例,阳性率 95.6% (43/45),其中结核性腹膜炎 37 例(86.0%, 37/43),转移性腺癌 3 例(7.0%, 3/43),腹膜间皮瘤 1 例(2.3%, 1/43),卵巢外腹膜浆液性乳头状癌 1 例(2.3%, 1/43),淋巴瘤 1 例(2.3%, 1/43);未明确诊断 3 例,阴性率(3/46, 6.5%)。所有病人均未发生并发症。 **结论** 不明原因腹水患者病因以结核性腹膜炎及恶性肿瘤为主,局麻下腹腔镜检查对不明原因腹水诊断安全有效。

**【关键词】** 腹腔镜; 腹水

中图分类号:R656.04

文献标识:A

文章编号:1009-6604(2012)05-0429-03

**Laparoscopic Diagnosis of Unexplained Ascites under Local Anesthesia: Report of 46 Cases** Zhang Jian, Li Linhai, Gong Kunmei, et al. Department of General Surgery, First People's Hospital of Yunnan Province, Research Center for Enteral and Parenteral Nutrition of Yunnan Province, Kunming 650034, China

**【Abstract】 Objective** To investigate the value of laparoscopic diagnosis for ascites with uncertain causes. **Methods** We retrospectively analyzed the clinical data of 46 patients with unexplained ascites, who were diagnosed with laparoscopy under local anesthesia from November 2007 to November 2010. With lidocaine (1%, 5 ml) for local anesthesia, at the umbilicus or other puncture sites, we made a 5- to 10-mm incision so that to establish CO<sub>2</sub> pneumoperitoneum (<8 mm Hg), and then inserted a 5-mm trocar to drain ascites (500-2000 ml, based on the total volume of the ascites). Afterwards, we explored the abdominal cavity and obtained samples for pathological examination. **Results** In the 46 cases, laparoscopic diagnosis was failed in one case because of severe abdominal adhesion. In the other 45 cases, the positive rate of biopsy was 95.6% [43 cases, including 37 cases of tuberculous ascites (86.0%), 3 cases of metastatic adenocarcinoma (7.0%), 1 case of peritoneal mesothelioma (2.3%), 1 case of papillary serous peritoneal carcinoma (2.3%), and 1 case of lymphoma (2.3%)]. Three patients didn't get final diagnosis (3/46, 6.9%). No patient developed complications. **Conclusions** The most common causes of unexplained ascites include tuberculous peritonitis and malignant tumors. Laparoscopic diagnosis under local anesthesia is safe and effective for unexplained ascites.

**【Key Words】** Laparoscopy; Ascites

随着实验室及影像学技术的发展,大部分不明原因的腹水患者都可以明确病因,但仍有一些患者难以明确诊断。近年来,腹腔镜技术的提高,使诊断性腹腔镜更为方便、快捷。通过腹腔镜检查,绝大部分病人都能得到较明确的诊断。我院 2007 年 11 月~2010 年 11 月对 46 例不明原因腹水局麻下行诊断性腹腔镜检查,现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 46 例,男 20 例,女 26 例。年龄 16~81 岁,平均 40.2 岁。临床症状:腹胀或腹部不适 39 例;腹痛 9 例;食欲下降 20 例;消瘦 17 例;发热 36 例。病程 1~8 周,平均 4.5 周。腹水常规检查:43

\* 通讯作者, E-mail: llh2011llh@126.com

例为渗出液,其中 2 例为血性渗出液,其余为淡黄色或草绿色腹水;3 例为漏出液。腹水细胞学检查均未发现癌细胞,抗酸杆菌检查阴性,OT 试验阳性 2 例。发热 2 例曾在外院行不规则的抗结核治疗。所有病例术前均未明确诊断。6 例有腹部良性疾病手术史。

病例选择标准:腹水经腹部 B 超、CT 检查、腹腔穿刺腹水检查均不能确诊。

## 1.2 方法

1%利多卡因 5 ml 局麻,2 例给予静脉镇静药物。选择脐部或需要穿刺的部位作为穿刺点(最多 3 个穿刺孔即可满足要求)。皮肤切口 10 mm(置入 10 mm trocar,使用 10 mm 腹腔镜),或 5 mm 切口(置入 5 mm trocar,使用 5 mm 腹腔镜),建立 CO<sub>2</sub> 人工气腹,气腹压一般不超过 8 mm Hg。根据镜下所见选择 1 个 5 mm 切口置入 trocar,置入器械。根据腹水量及操作需要缓慢放腹水 500~2000 ml。先行腹腔内 360°扫描,部分患者需要调节手术床变动体位。首先,大体了解腹腔整体情况,再用无损伤抓钳探查腹腔,取出可疑组织做病理检查。手术完成,解除气腹,拔出各 trocar 后,缝合穿刺孔。

## 2 结果

45 例腹腔镜检查顺利完成;1 例因腹腔内粘连严重,数次改变穿刺方向未能成功进入腹腔而放弃检查。45 例中,3 例腹腔内未见异常病变组织而未取材,9 例行单纯壁层腹膜粟粒样结节活检,8 例行单纯大网膜结节活检,2 例行单纯病灶活检,其余 23 例同时取腹壁腹膜、大网膜淋巴结活检,每个病例至少取得 2 块以上组织。活检阳性 43 例,阳性率 95.6% (43/45):结核性腹膜炎 37 例(86.0%, 37/43),转移性腺癌 3 例(7.0%, 3/43),腹膜间皮瘤 1 例(2.3%, 1/43),卵巢外腹膜浆液性乳头状癌 1 例(2.3%, 1/43),淋巴瘤 1 例(2.3%, 1/43);未明确诊断 3 例,阴性率 6.5% (3/46)。所有患者均未发生并发症。

## 3 讨论

### 3.1 腹腔镜探查的价值及优势

腹水的病因诊断是临床难点之一,目前,临床常用的检查手段如腹水常规及生化、实验室检查、腹部影像学检查对不明原因腹水患者的确诊率低于 40%,腹膜活检也不过 60%<sup>[1]</sup>。腹膜病变多呈灶性分布,通过 B 超或 CT 引导穿刺,因受到胃肠内液气的影响,穿刺成功率低,误伤率较高;即使穿刺活检

取得组织量也有限,选择性差,阳性率较低。因此,临床上有部分腹水患者得不到确诊及有效的治疗<sup>[2]</sup>。本组 43 例(93.5%)明确了腹水原因,与文献报道近似<sup>[3]</sup>,说明腹腔镜探查术是一种较好的诊断方法。

不明原因腹水的鉴别诊断是诊断性腹腔镜探查的一个重要适应证。与其他检查相比,腹腔镜检查术在腹水诊断方面有独特优势:①直观、清晰地探查盆腹腔各脏器及腹膜的色泽、渗出和血管分布。B 超、CT、MR 等一般只能发现直径 1~2 cm 的病灶,由于腹腔镜有图像放大的功能,可以发现直径 1~2 mm 的粟粒样结节<sup>[4]</sup>。②活检和止血治疗。腹腔镜直视下可以准确地对可疑组织取材送病理检查,并可以避免腹内脏器损伤,甚至一旦活检部位发生出血等并发症,还可以直接行镜下止血治疗。③检查手术时间短、创伤小、费用低、绝对禁忌证很少。对不明原因的腹水患者,除非合并严重的心肺病患、急性感染和出血倾向、恶病质等禁忌,均可考虑用此法诊断。

### 3.2 操作技术

行腹腔镜探查的病例一般都进行过各种影像及化验检查,术前须行 B 超或 CT 检查评估腹水的量,特别注意评估脐部下方是否有粘连<sup>[5]</sup>。不明原因渗出性腹水最常见的原因是结核性腹膜炎,本组确诊结核性腹膜炎 37 例(86.4%, 37/43)。腹腔镜下特异表现是腹膜及邻近器官表面见广泛白色粟粒样结节,可有粘连,腹水颜色呈草绿色,取粟粒状病灶活检能确诊<sup>[6,7]</sup>。

以往认为患者全麻可以起到良好的腹壁松弛效果,为腹腔镜探查提供足够的空间<sup>[8]</sup>。但是由于全麻可控性相对差,药物入血不易排除,而且麻醉效应依赖肝肾功能,对呼吸循环有一定程度的抑制,因此,对于过敏者、严重循环功能不全者、妊娠及哺乳期患者为麻醉禁忌。相对而言,局麻具有创伤小、禁忌较少、费用低、术后恢复快的优点。本组 46 例采用局部浸润麻醉,每个穿刺孔采用 1%利多卡因 5 ml 局麻,其中 2 例辅以静脉镇静药物,手术过程均能耐受,但是局麻相对全麻也有不能行广泛、彻底的探查,并且对检查者技术要求更高等缺点。所以临床上要依据术者技术条件严格掌握局麻下腹腔镜检查的适应证。

刘晓军等<sup>[9]</sup>认为结核性腹膜炎导致腹腔内广泛粘连,第一穿刺孔应采用开放式。本组第一穿刺孔均直接穿刺,未发生腹腔内脏器的损伤。我们认为  
(下转第 433 页)