

腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻 22 例分析

夏德铭(湖北省汉川市人民医院外一科 431600)

【摘要】 目的 总结腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻的经验与体会。**方法** 回顾分析腹腔镜治疗粘连性肠梗阻 22 例的临床资料。**结果** 22 例中 19 例在腹腔镜下完成,术后 4~5 d 出院;3 例中转开腹,术后 7~8 d 出院,均无并发症发生。**结论** 腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻效果理想,但要注意掌握其手术适应证及禁忌证,治疗过程中要做好开腹手术的准备。

【关键词】 粘连性肠梗阻; 腹腔镜; 手术治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.05.045 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)05-0596-02

肠粘连是腹部外科一种常见疾病,是指肠管之间或肠管与腹壁之间范围不定的粘连形成纤维索带,可影响肠道的运动功能,导致腹痛、腹胀等症状,严重时出现肠梗阻乃至肠坏死。肠粘连的发生主要与腹部手术、腹腔感染、外伤出血、异物等有关^[1],其在手术后发生者约占 80%,以阑尾手术后发病最为常见。在肠梗阻中,因粘连引起者占 60%左右,也位居第一。对于粘连性肠梗阻,传统的治疗方法为保守治疗以及开腹手术。近年来,随着腹腔镜技术在外科的广泛应用,人们认识到微创手术创伤小,对身体的干扰小于传统开腹手术,在治疗粘连性肠梗阻方面也有传统开腹手术不可比拟的优势,能防止术后严重粘连的发生,再梗阻率低,是治疗该病的有效措施。2008 年 1 月至 2011 年 12 月用腹腔镜技术治疗粘连性肠梗阻 22 例,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 肠梗阻 22 例中,男 15 例,女 7 例,年龄 23~56 岁,平均 38 岁;均有腹部手术史,最长 19 年,最短 2 年,平均 7.8 年;均以粘连性肠梗阻收入院,既往手术史中阑尾切除术 16 例,小肠切除术 3 例,直肠癌手术 1 例,胃穿孔手术 1 例,子宫切除术 1 例。

1.2 治疗方法 本组患者均施行腹腔镜肠粘连松解术,具体方法:(1)全麻。(2)建立气腹时作开放性气腹。(3)探查粘连范围,部位和程度。(4)分离粘连,解除梗阻。(5)检查创面,仔细止血,检查小肠有无破损,必要时镜下缝合破损肠管。(6)因粘连广泛且紧密,腹腔镜下手术困难者,中转开腹。(7)术后继续胃肠减压,鼓励患者早期下地活动,术后给予抗生素以及补液等支持治疗^[2]。

2 结果

19 例在腹腔镜下完成,3 例中转开腹,单纯腹腔镜下粘连性肠梗阻松解术后 4~5 d 出院,中转开腹 7~8 d 出院,全组无并发症发生,随后 2~28 个月无肠梗阻症状发生。

3 讨论

粘连性肠梗阻是临床外科常见急重症之一,其多发生于外科手术,腹胀、腹痛,肛门停止排气、排便,呕吐是肠梗阻的典型症状。粘连性肠梗阻保守治疗疗效欠佳时,传统的开放手术虽然可以消除粘连肠梗阻,但是,由于再粘连的发生率较高,术后容易重复形成粘连与肠梗阻,所以开放手术不是治疗肠粘连的理想方法。随着腹腔镜技术在外科的广泛应用,该病的治疗多采用腹腔镜下治疗。通过腹腔镜外科手术的方法松解肠粘连可以彻底解除腹腔粘连,且具有创伤小,胃肠干扰小,腹壁创口远离原腹腔粘连处,下床活动早,胃肠功能恢复快等优点。

手术后再形成粘连的概率比开放手术要明显减少。

关于手术适应证方面,目前还没有比较公认的手术适应证,还存在争议,一般认为下列情况可以进行腹腔镜外科手术:(1)有腹部手术史的单纯性粘连肠梗阻,伴有或不伴有轻中度腹胀者;(2)粘连性肠梗阻伴有局限性包块,固定在腹部某一部位者;(3)经非手术治疗已经有肛门排气、排便,但肠梗阻症状仍然没有完全解除者;(4)腹部手术后慢性腹痛,反复发作;(5)腹部手术后曾经发作 3 次以上肠梗阻^[3]。在手术禁忌证方面,根据手术者的经验和掌握腹腔镜外科手术的技术的程度不同,会有一些差异,但是以下几种情况一般均应列为手术禁忌证范畴:(1)有严重腹胀的患者,因为有了手术空间,故应列为腹腔镜手术的禁忌证;(2)有严重出血倾向的患者;(3)腹腔镜探查发现在腹腔镜下处理比较困难的情况,如肠管穿孔,发生广泛粘连等,术者在腹腔镜下不能够处理,就要中转开腹处理。及时、准确地判断开腹手术治疗的时机也是关系到患者预后的关键因素之一^[4]。

临床手术操作过程中,也要注意以下事项:(1)第一穿刺孔尽量远离手术疤痕,作开放性气腹,注意速度较慢维持较低的腹内压,以防粘连索带撕裂,损伤脏器组织,根据操作需要,选择腹壁相应部位作其操作孔^[5]。(2)探查病灶以腹壁疤痕处为主,观察肠粘连程度和范围,同时探查其他部位,以免遗漏病变。(3)松解分离肠管与腹壁切口粘连时应靠近腹壁尽量保护腹膜和肠管的完整性,不得已时可损伤腹膜,不损伤肠管,一般宜用剪刀而不用电刀,随时检查肠管有无损伤,以及时处理。(4)当遇粘连广泛且紧密不易分离时,不要勉强分离,应及时中转开腹。值得一提的是 1 例中转开腹患者为腹茧症,腹茧症以小肠被茧状包裹在一层异常的纤维膜内为特征,故又名“先天性小肠禁锢症”。可以认为腹茧症或腹腔内广泛粘连可视作腹腔镜肠粘连松解的禁忌证^[6]。术后 24 h 应密切观察患者腹部体征,如有腹膜炎体征,且有加重趋势,应高度怀疑肠穿孔的可能,需要明确诊断并做相应处理,必要时再次腹腔镜探查或者开放手术。

总之,腹腔镜治疗粘连性肠梗阻具有创口小,术后恢复快,排气早,切口裂开及感染等并发症少,术后再粘连概率小等特点。与开腹手术相比有优势,但是需要根据患者的病情选择合理的方式,严格掌握其适应证,对于探查发现不适于腹腔镜手术者应及时中转开腹。

参考文献

[1] 李国新,赵保玉.腹腔镜胃肠手术与肠粘连形成[J].腹腔

镜外科杂志, 2010, 15(6): 404-410.

[2] 周全胜. 腹腔镜手术治疗急性粘连肠梗阻[J]. 腹腔镜外科杂志, 2001, 6(4): 251.

[3] 陈季松, 张先林, 龚学东. 腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻的临床分析[J]. 中国医学创新, 2011, 8(34): 28-29.

[4] 李健伟, 涂建成. 腹腔镜治疗粘连性肠梗阻 57 例分析[J]. 当代医学, 2010, 16(13): 81.

[5] 李健华, 薛红霞, 辛丽娟. 腹腔镜手术并发症的原因及预防措施[J]. 医学信息: 下旬刊, 2010, 23(5): 281.

[6] 陈胤, 吴国庆, 穆宇, 等. 腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻 30 例临床体会[J/CD]. 中华普外科手术学杂志: 电子版, 2011, 5(1): 57.

(收稿日期: 2012-08-24 修回日期: 2012-12-13)

骨科急诊手术患者术前感染性指标检测方法的探讨

丁海军¹, 任杰², 林子建³, 朱敏³(武警海南总队医院: 1. 检验科; 2 医务处; 3 骨科, 海南海口 570203)

【摘要】 目的 评价外科急诊手术患者术前感染性指标不同检测方法的筛查效果增强医护人员职业防护意识, 减低医务工作者的风险。**方法** 对该院部分骨科急诊手术患者的血清(4 130 份)采用胶体金免疫层析法(GI-CA)、酶联免疫吸附试验(ELISA)分别进行乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、丙型肝炎病毒抗体(抗-HCV)、人类免疫缺陷病毒抗体(抗-HIV1/2)、梅毒螺旋体特异性抗体(抗-TP)检测。**结果** 外科急诊手术患者术前感染性指标检测采用胶体金免疫层析法、ELISA 检测, 二者得出的结果差异无统计学意义($P>0.05$)。4 130 份急诊手术患者血清中 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 和抗-TP 胶体金免疫层析法特异性分别为 99.63%、99.9%、99.95%和 99.85%, 灵敏度分别为 96.77%、92.30%、98.29%和 95.27%; ELISA 特异性分别为 99.37%、99.00%、99.97%和 99.92%, 灵敏度分别为 98.37%、93.24%、99.89%和 97.47%。**结论** 与 ELISA 相比, 胶体金免疫层析法检测在操作简便、快速得出结果等方面更优于 ELISA, 故在外科急诊手术患者术前感染性指标检测应首先采用胶体金免疫层析法进行快速检测, 然后用 ELISA 复检, 这样能在最短时间内给手术医生回报结果, 增强医护人员职业防护意识, 减低医务工作者的风险, 减少职业暴露的发生。

【关键词】 骨科手术; 酶联免疫吸附试验; 胶体金免疫层析法; 乙型肝炎病毒表面抗原; 丙型肝炎病毒抗体; 人类免疫缺陷病毒抗体; 梅毒抗体

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.05.046 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)05-0597-02

骨科急诊手术患者进行术前感染性指标检测, 目前存在一个较大的问题, 检验科检验结果发出报告时间和患者手术时间有较大差距, 因目前检验科检测乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、丙型肝炎病毒抗体(抗-HCV)、人类免疫缺陷病毒抗体(抗-HIV1/2)、梅毒螺旋体特异性抗体(抗-TP)通常采用酶联免疫吸附法(ELISA)进行检测, 每个项目检测时间为(2±0.5)h, 且检验科进行此类项目检测都为一定时间段, 等检验科发出检测结果后, 很多患者已经错过了最佳手术期。因此作者通过对 4 130 份手术患者样本采用胶体金免疫层析法、ELISA 分别检测 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 和抗-TP, 对其检测结果进行分析, 探讨哪种方法最适合外科急诊手术患者术前感染性指标检测。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2010 年 5 月至 2012 年 5 月在武警海南总队医院骨科进行急诊手术的 4 130 例患者血清。

1.2 试剂 胶体金免疫层析法检测 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 和抗-TP 的试剂由厦门英科新创公司提供, ELISA 检测试剂由上海荣盛公司、北京万泰公司提供, 梅毒螺旋体抗体明胶颗粒凝集试验(TPPA)试剂由日本富士公司提供, 产品皆在有效期内, 实验操作严格按照试剂说明书进行。

1.3 仪器 酶标仪 TA-200 用于 HBsAg、抗-HCV、抗-TP 检测, 酶标仪 FAX-2100, 洗板机 RT-3100 用于抗-HIV 的检测。

1.4 方法 对 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 和抗-TP 分别采用胶体金免疫层析法、ELISA 试剂进行检测, 对 HBsAg、抗-HCV 阳性者采用不同厂家的试剂进行复查, 只有二者皆为阳性才判为阳性, 抗-TP 阳性者采用 TPPA 方法进行复检确认, 抗-HIV 初筛阳性者按照《全国艾滋病检测技术规范》^[1]送省疾

病预防控制中心进行确认试验。结果以省疾病预防控制中心回报结果为准。

1.5 统计学方法 结果采用简明统计软件 CS 进行数据处理, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

胶体金免疫层析法、ELISA 检测 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 和抗-TP 的结果见表 1。其中 HIV 阳性血样经省疾病预防控制中心确诊 5 例阳性; TP 阳性者进行 TPPA 确认试验 30 例为阳性; HCV 阳性者复检后确认阳性为 48 例; HBsAg 阳性者复查后确认阳性为 315 例。两种方法检测 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV 和抗-TP 所得结果差异无统计学意义($P>0.05$)。胶体金免疫层析法特异性分别为 99.63%、99.90%、99.95%和 99.85%, 灵敏度分别为 96.77%、92.30%、98.29%和 95.27%; ELISA 特异性分别为 99.37%、99.00%、99.97%和 99.92%, 灵敏度分别为 98.37%、93.24%、99.89%和 97.47%。但 ELISA 得出检测结果时间为(2±0.5)h, 回报结果为(16±8)h, 而胶体金免疫层析法得出检测结果时间为(20±5)s, 结果即可回报。

表 1 两种不同方法所得结果阳性情况[n(%)]

项目	<i>n</i>	HBsAg 阳性	HCV 阳性	TP 阳性	HIV 阳性
ELISA	4 130	339(8.2)	54(1.3)	33(0.8)	6(0.1)
胶体金免疫层析法	4 130	329(7.9)	50(1.2)	36(0.9)	7(0.2)

3 讨论

骨科急诊手术的特点是, 来势急、病情重、时间性强^[2], 患