

文章编号:1005-2208(2015)05-0473-03

DOI:10.7504/CJPS.ISSN1005-2208.2015.05.04

微创外科时代外科急腹症诊治策略演变

孙益红

【摘要】 随着微创外科理念和技术的发展、影像诊断技术的进步以及循证医学的兴起,在微创、循证和损伤控制外科理念引导下,急腹症的诊治策略已发生深刻变化。术前诊断精细化、诊治方法规范化、治疗模式多元化以及外科手术微创化成为外科急腹症诊治策略演变的大趋势。临床应重视新型诊疗技术的开发和推广,在循证决策原则指导下,逐步完善外科急腹症的诊治规范,践行围手术期整体治疗和损伤控制理念,不断优化外科急腹症的诊疗决策和方法,以获得最佳诊治效果。

【关键词】 微创外科;急性腹痛;急腹症

中图分类号:R6 文献标志码:C

Management evolution of acute abdomen in the era of minimally invasive surgery SUN Yi-hong. Department of General Surgery, Zhongshan Hospital of Fudan University, Shanghai 200032, China

Abstract With the development of minimally invasive surgery, the improvement of advanced imaging diagnostic technologies and the progress of evidence-based medicine and the concept of damage control surgery, the evaluation and management of acute abdomen have been revolutionized hugely. Acute abdomen has been evaluated more reasonably and intensively and the diagnosis has become more efficient and accurate followed by timely therapeutic interventions with multiple choices. In the age of minimally invasive surgery, laparoscopy might be a good alternative to an open approach both in terms of diagnosis and treatment for the acute abdomen, but the practice should be based on the available scientific evidence, and be taken into the consideration of comprehensive treatments and damage control to achieve the best outcomes for patients with acute abdomen.

Keywords minimally invasive surgery; acute abdominal pain; acute abdomen

外科急腹症是以急性腹痛和腹部压痛为主要临床表现,通常须行急诊手术治疗的急性腹部疾

病^[1]。长期以来,其一直是外科临床上极具风险和充满挑战的领域。近年来,随着现代医学的迅猛发展,特别是微创外科理念和技术的进步,以腹腔镜技术为代表的微创外科新技术在急腹症诊治领域的应用日渐广泛,在开拓诊疗技术、改进诊疗流程、提高诊治效果及引领学科发展的同时,也逐步改变着传统外科对急腹症的诊治策略^[2]。

1 微创外科时代外科急腹症诊治策略变化趋势

1.1 诊断技术推陈出新,术前诊断精细化 20世纪90年代前,由于可供选择的辅助诊断手段较少,诊断决策路线相对较简单,对于临床表现不典型的病例,密切的临床观察和适时的剖腹探查成为明确诊断的主要方法,而能否及时确诊一方面取决于外科医师的经验和临床思维判断能力,另一方面也在很大程度上依赖于剖腹探查。因此,急腹症诊治普遍存在“四高”问题,即诊断延误率高、剖腹探查率高、术后并发症发生率高以及病死率高。20世纪90年代初,CT等影像诊断技术的推广应用显著提高了多种急腹症的术前诊断准确率,特别适用于腹部闭合性损伤、腹腔内出血、肠系膜血管病变以及腹膜后病变等疑难和复杂病例的诊断和鉴别诊断。进入21世纪后,随着诊断经验的积累以及多排螺旋CT、薄层扫描及CT血管成像技术的开发应用,CT的诊断效率和准确性显著提高。CT结合基本的临床评估及传统的辅助检查对急腹症的确诊率达61.6%~96.0%^[3]。目前,以彩色超声、CT为代表的影像诊断技术广泛应用于急腹症的病因诊断和病情评估,其最大优势在于可帮助外科医师在急腹症发病的较早阶段明确病因^[4]。

腹腔镜技术的进步是推动急腹症诊断走向精细化的另一重要因素。2002年,《克氏外科学》第16版首次论及急腹症腹腔镜探查;随着循证研究的进展,2年后该书第17版即将腹腔镜探查推荐为鉴别诊断急腹症的基本方法之一^[5]。为推动其规范应用,2006年欧洲内镜外科学会(EAES)发表了

作者单位:复旦大学附属中山医院普外科,上海 200032

E-mail:sun.yihong@zs-hospital.sh.cn

首个基于循证研究的《急腹症腹腔镜检查指南》^[6];在此基础上,2011年又发布了《急腹症腹腔镜手术的欧洲共识》,充分肯定了腹腔镜技术在多种外科急腹症诊治领域的价值。2012年,美国胃肠和内镜外科医师协会(SAGES)发布了第3版《SAGES手册》,详细阐述了急性腹痛和腹部外伤行急诊腹腔镜探查的适应证和技术原则,标志着腹腔镜探查作为急腹症诊断的标准技术之一已走向成熟^[7]。

1.2 循证指导决策、诊治方法规范化 20世纪90年代前,循证医学的概念尚未引入,急腹症诊治原则和流程的制定主要依据临床经验,规范性普遍较差。1992年,循证医学问世,循证外科应运而生,有关急腹症诊治的临床对照研究广泛开展,涉及诊断方法评价、新型治疗技术(如腹腔镜手术、内镜手术和介入外科手术)的疗效和安全性评估以及不同诊疗技术的卫生经济学评价等^[8]。同时,基于随机对照试验(RCT)研究和Meta分析的高级别循证医学证据越来越多地用于指导外科临床实践,有关急腹症诊断或治疗的共识、指南和规范不断推陈出新,引导急腹症的诊疗决策逐步走向规范化^[3]。在提高诊治决策科学性的同时,显著降低了急腹症的误诊率、手术并发症发生率和病死率,极大地改善了多种急腹症的诊治效果。

1.3 理念引导技术,外科治疗微创化 外科治疗微创化是当代外科发展的趋势之一。近年来,在此理念引导下,各种微创治疗技术逐渐被开发和推广,不断突破传统外科的局限,引导急腹症的外科治疗模式走向微创化和多元化。越来越多的证据表明,与传统外科手术相比,微创外科治疗技术不仅同样有效,且可降低并发症发生率和病死率,缩短住院时间,减少医疗费用,若适应证把握得当,其优势毋庸置疑。临床上可根据不同情况慎重选择,单独或联合序贯采用各种微创治疗技术,以获得最佳疗效。

目前,针对急腹症的微创外科治疗技术主要有以下3类。(1)内镜外科治疗技术:主要包括基于经内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)和乳头括约肌切开术(EST)的鼻胆管引流术(ENBD)和胆道内支架引流术(ERBD)、肠镜下结肠梗阻内支架减压导管引流术等^[9-10]。(2)介入治疗技术:主要包括基于超声或X线引导下的经皮经肝穿刺胆管引流术(PTCD)、胆囊引流术(PTGD)和腹腔脓肿引流术

等^[11]。(3)腹腔镜技术:包括腹腔镜辅助下的各类腹部外科急诊手术、全腹腔镜手术和双镜联合手术,随着高清腹腔镜和3D腹腔镜的推广应用,急诊腹腔镜手术涉及的范围日趋广泛,已经从简单的腹腔镜阑尾切除术扩展至急诊腹腔镜下胆囊切除与胆管探查、消化道穿孔修补、腹腔脓肿引流、肠切除以及嵌顿疝和粘连性肠梗阻手术等^[12]。过去20多年,笔者单位先后开展了上述各类治疗技术,常规用于各种外科急腹症的治疗,取得了十分满意的效果,在改变治疗理念的同时,也彻底打破了传统急腹症外科治疗均采用开腹方式的局面。

1993年,“损伤控制手术”概念的提出催生了“损伤控制性外科”理念。这一理念的确立和推广,不断推动越来越多的外科医师对急腹症的传统治疗进行反思,进而助推了多种急腹症治疗策略的转变,在严重急腹症及其并发症处理方面尤为明显,最具代表性的疾病为急性肠系膜血管病变、严重闭合性腹部损伤和急性重症胰腺炎等^[13]。以后者为例,回顾20多年来急性重症胰腺炎的治疗原则、手术指征和手术方法的演变,不难发现损伤控制原则贯穿始终。在这一原则指导下,胰腺炎的外科干预日趋谨慎,液体治疗日趋合理,支持和替代治疗日益重视,临床疗效也逐步改善^[14]。目前,急性重症胰腺炎的外科治疗已经发生根本性改变,“越少越好”的理念逐步强化,即少一点抗生素、少一点液体、少一些手术,可切实降低并发症发生率和病死率,若须引流,亦应尽量采用微创技术,如经皮穿刺或采用内镜引流^[15]。笔者认为,近年来急性重症胰腺炎治疗策略的颠覆性变化堪称外科急腹症领域损伤控制和微创外科理念临床实践的成功典范。

2 理念与技术并重,提高外科急腹症诊治规范性

随着新型诊断技术的开发和推广应用,在丰富急腹症诊断手段、提高诊断效率的同时,也对急腹症外科临床提出了新课题。为纠正目前临床上普遍存在的重视辅助检查,轻视临床思维的不良倾向,推动外科急腹症诊治规范化,外科医师首先应树立正确的理念,重视临床思维的培养,并做好临床基本技能培训。研究表明,单纯依据病史和体格检查,确定急腹症诊断的准确率亦可达43%~59%^[3]。优秀的急诊外科医师理应熟知各种常见急腹症的临床表现,并应洞悉这些复杂的临

床现象背后所隐含的解剖、生理和病理学机制。遵循外科急腹症诊断的基本原则,依据翔实的病史、临床体征和简单的辅助检查,通过慎密的临床思维过程,在尽可能短的时间内,对常见典型外科急腹症的病因和病情作出尽可能准确的诊断。切不可过分依赖辅助检查而忽视临床基本信息和科学诊断思维的重要性。

急腹症病因众多,临床背景十分复杂,目前尚缺少对急腹症诊断的高效标准化路径,有效实施规范化诊疗仍存在困难。Gans等^[3]检索了急性腹痛相关的文献,对非创伤性成年急腹症病人临床数据进行分析研究,尝试制定了急性腹痛的诊断流程和路径,为急腹症的规范化诊断提供参考。为了提高外科急腹症的诊断效率,降低误诊率,达到早诊、早治、早愈的目的,应在循证决策原则指导下,逐步完善外科急腹症的诊治规范,制定和推广外科急腹症的规范化诊疗流程。

外科急腹症新型诊疗技术的开发和推广对外科医师的基本技能培训也提出了更高的要求。例如,目前腹腔镜技术在急腹症诊疗中应用受限制的主要原因并非其适应证和禁忌证,而是外科医师对腹腔镜技术的掌握、团队建设以及急诊实施条件。Vincenzo等^[8]认为,急腹症的腹腔镜诊疗绝对和相对禁忌证应等同于择期腹腔镜手术,其应用虽然不适合于所有的急性腹痛,但如果具备相应团队,病人无禁忌证且知情同意,应结合基本的临床评估,积极考虑和实施腹腔镜诊疗。外科医师丰富的腹腔镜手术经验是开展急腹症腹腔镜诊疗的前提,故该研究建议急诊外科医师应转变急腹症的诊疗理念,系统地接受的腹腔镜手术训练,病人及医师均可从中受益。

综上所述,对严重外科急腹症及其并发症病理生理认识的深入、循证医学的发展、损伤控制外科理念的推广以及微创外科理念和技术的进步,将不断推动外科急腹症诊疗策略的演变,使其诊断精细化、治疗微创化。从表面看,上述演变正解放着外科医师的头脑和双手,但对于充满风险和挑战的外科急腹症,目前缺乏高效、标准的诊疗流程,一定程度上对急诊外科医师提出了更高的要求。临床上,不但要树立规范化的急腹症诊疗理念,重视基础知识,强化基本技能训练和临床思维

培养,还须掌握外科新理念和微创外科技能,在循证决策原则指导下,逐步完善外科急腹症的诊治规范,不断优化外科急腹症的诊疗决策和方法。

参考文献

- [1] Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, et al. Sabiston textbook of surgery [M]. 19th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2012:1141-1159.
- [2] 黄志强. 微创外科——不断发展的技术与理念[J]. 中国实用外科杂志, 2010, 30(3):161-163.
- [3] Gans SL, Pols MA, Stoker J, et al. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain [J]. Dig Surg, 2015, 32(1):23-31.
- [4] Stoker J, van Randen A, Laméris W, et al. Imaging patients with acute abdominal pain [J]. Radiology, 2009, 253(1):31-46.
- [5] Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, et al. Sabiston textbook of surgery [M]. 17th ed. St. Louis: WB Saunders, 2004: 1219-1239.
- [6] Sauerlenad S, Agresta F, Bergamaschi R, et al. Laparoscopic for abdominal emergencies. Evidence based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery [J]. Surg Endosc, 2006, 20(1):14-29.
- [7] Soper NJ, Scott-Conner CEH. The SAGES Manual [M]. 3th ed. New York: Springer, 2012: 207-214.
- [8] Vincenzo Mandalù. The role of laparoscopy in emergency abdominal surgery (updates in surgery) [M]. New York: Springer, 2012:1-7.
- [9] Zhou PH, Yao LQ, Zhang YQ, et al. Endoscopic biliary drainage for biliary obstruction [J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2003, 2(4):598-601.
- [10] 周嘉敏, 钟芸诗, 姚礼庆. 结直肠支架应用进展 [J]. 中国实用外科杂志, 2013, 33(11): 982-985.
- [11] Liu FL, Li H, Wang XF, et al. Acute acalculous cholecystitis immediately after gastric operation: Case report and literatures review [J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(30): 10642-10650.
- [12] Di Saverio S. Emergency laparoscopy: a new emerging discipline for treating abdominal emergencies attempting to minimize costs and invasiveness and maximize outcomes and patients' comfort [J]. J Trauma Acute Care Surg, 2014, 77(2): 338-350.
- [13] 李宁. 外科新理念: 损伤控制性手术 [J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(1):28-32.
- [14] Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis [J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(9): 1400-1415.
- [15] De Waele JJ. Acute pancreatitis [J]. Curr Opin Crit Care, 2014, 20(2):189-195.

(2015-02-10收稿)