

不开刀, 肠镜下治疗阑尾炎, ERAT

甄晓月

唐山市工人医院 063000

摘要: 急性阑尾炎 (AP) 是一种常见的急腹症, 发病率约占 7%-8%, 好发于青壮年, 且多见于男性。其发病机制主要是由于粪石、淋巴滤泡增生、肿物堵塞等因素所致, 使阑尾腔内压力升高, 对血管造成压迫, 细菌侵入, 加重了阑尾的缺血坏死。不穿孔者有 1% 的死亡率, 穿孔的则有 5% 以上的可能。约有 70% 的阑尾炎患者会出现右下腹部转移性疼痛和反跳痛, 这些症状可以很快被确诊, 但是有将近 1/3 的老年人 (如老人) 依然存在, 免疫功能低下或功能低下, 以及妊娠或有阑尾解剖畸形的女性, 这些症状都是不典型的, 需要结合辅助检查, 以降低误诊、漏诊的风险。临床上白细胞计数无特异性, 超声、CT 检查对漏诊的影响较大。如果存在一种技术能够让患者以极小的伤口进行手术, 那么这种技术无疑是微创手术的一种。但是, 有一种方法可以使病人无创地进行阑尾切除术! 开放外科用于阑尾炎的治疗已经有一个多世纪了, 并且长期被认为是一种典型的阑尾炎疗法。近年来, 随着微创治疗理念的进步, 外科手术向微创方向发展, 很多脏器都能保留正常的生理功能。

关键词: 肠镜; 阑尾炎; 内镜逆行性阑尾炎治疗术

现阶段, 用于治疗阑尾炎的微创外科手术包括腹腔镜阑尾切除、通过自然通道进行的阑尾切除 (NOTES 手术), 但这些手术都涉及阑尾的切除。阑尾可以被用作身体的免疫反应器官。阑尾在正常情况下是由腹膜后淋巴结构成的淋巴管丛组成。近代医学对阑尾的研究已经取得了长足的进步。局部解剖学研究显示, 盲肠含有大量的淋巴组织, 它是机体的中央免疫器官, 参与了机体的细胞和体液免疫。另外, 有研究显示, 盲肠中存在大量分泌细胞, 可分泌生长激素、消化酶等, 且与内分泌及脑 - 肠轴关系密切。在内镜下行逆行阑尾炎时, 应采用插管, 造影, 冲洗及引流等方法, 不仅能保留阑尾的完整性, 还能迅速降低阑尾腔内的压力并缓解炎症^[1]。

一、阑尾炎的原因是什么?

阑尾炎分为急性阑尾炎和慢性阑尾炎, 引起阑尾炎的病因主要有:

1、细菌感染

阑尾腔里有很多的细菌, 需要及时治疗。分为厌氧和好氧两种。菌株的种类和结肠中的细菌相吻合。以大肠埃希菌为主。易损类杆菌、肠球菌等。

2、阑尾管腔的阻塞

阑尾腔又细又长。由于粪石、食物残渣、毛发、寄生虫等残留在盲肠狭窄的管腔中, 导致阑尾肿胀变形。

3、神经反射

由多种病因引起的胃肠机能失调。两者都能反射性地导致阑尾环状肌肉和盲肠动脉痉挛性收缩。

4、生冷刺激和不卫生的食物

如果吃生冷、不洁的食物, 可能会引起肠道功能失调、便秘等, 还会影响盲肠内的血循环和排空, 从而间接地为细菌的繁殖提供了机会。大肠杆菌及厌氧菌是临床上比较常见的病原菌。

5、饮食和生活习惯

另外, 患者的饮食习惯和生活习惯也会影响到阑尾炎的发生。

二、阑尾炎的表现

急性阑尾炎表现为阵发性或持续性胀痛、钝痛、腹部疼痛, 同时伴有恶心、呕吐、发热、大便次数增加等症状。在早期, 特别是阑尾腔阻塞的情况下, 可表现为右下腹部皮肤敏感。

慢性阑尾炎病人多在吃饱、活动、疲劳、受凉、久站等情况下会有断性隐痛或胀痛。病人多表现为不同程度的消化不良, 食欲减退。

12 岁以前的儿童急性阑尾炎, 一般都是因为感冒、扁桃体炎、腹泻等原因引起的, 主要症状是寒战、发热、恶心、呕吐和腹泻, 腹痛部位可以是右下腹、肚脐附近或者是全腹, 如果做了详细的查体, 还是右下腹有明显的触痛。

这位老人患有急性阑尾炎, 刚开始的时候, 病情并不严重, 也没有太过在意。老年人的阑尾壁已经开始萎缩、变薄、变脆, 容易出现穿孔、坏死, 同时老年人还容易患有糖尿病、心脏病、高血压等慢性疾病, 这会增加患者的治疗难度, 而且随着年龄的增加, 死亡率也会越来越高。

三、内镜下逆行阑尾炎(ERAT)治疗术的开展

受到 ERCP 技术的启发, 经内镜下逆行阑尾炎 (ERAT) 疗法, 基于阑尾炎阑尾腔梗阻理论及细菌感染理论, 认为其病因为阑尾腔阻塞及细菌感染, ERAT 治疗应从这两方面入手, 以解除梗阻, 消除细菌感染。在 X 线监控下, 采用微导丝 / 导管 (Seldinger) 技术, 在内镜引导下, 冲洗、排出、取出结石、电切, 解除梗阻, 降低阑尾腔内的压力, 抑制因阑尾高压引起的局部缺血、坏死, 达到治疗效果。刚开始的时候, 当他听到肠镜能治疗阑尾炎的时候, 他是很惊讶的。但是有些内镜医师的同仁们并不明白为什么会这样, 毕竟外科手术切割阑尾已非常成熟。当我一知半解时就产生了上述问题。是否仅仅是为腹部不留疤痕就做了这一方面的操作? 阅读有关文献, 内镜医师进行了大量相关调研, 确实不断更新认识。

四、与阑尾切除术相比较, ERAT 技术具有优越性:

与传统手术相比, 阑尾切除术具有恢复快, 创伤小,

不留疤痕,不影响阑尾的功能等优点。

与药物保守疗法比较,它的复发率显著下降,对慢性阑尾炎也具有同等的效果。

ERAT是一种极具潜力的急性非复杂阑尾炎诊治方法。

医疗建议

目前,我院在消化科已经进行了多次经内窥镜下行阑尾切除术(ERAT)的手术,手术效果很好,病人的恢复也很好。该方法的成功实施,为临床上无瘢痕、恢复快、创伤小、无瘢痕的急性阑尾炎提供了一条新的途径[2]。

五、为何推崇内镜逆行阑尾炎治疗术

阑尾切除术和药物保守治疗在急性阑尾炎治疗中始终占据主导地位。

在临床上会有一部分病人会优先考虑保守治疗,这很容易理解外科手术无论多么成熟都会动刀,动刀都会带来危险,在万不得已的情况下,他们不会优先考虑外科切除。资料显示,阑尾切除术常见并发症有切口感染(6%)、腹腔感染(1.6%~3%)、小肠粘连梗阻(0.4%~1.3%)、切口疝(0.4%)等,其他并发症如间质性肺炎(2.5%)、泌尿系感染(1.1%)、心血管意外(1.1%)等。与此同时,急性阑尾炎的药物保守治疗面临一个不可回避的难题:(1)急性阑尾炎伴阑尾粪石者占了相当比例,但是此类病人并不适合做药物保守治疗之对象;(2)保守治疗所选用之广谱抗生素无疑会提高抗生素耐药及艰难梭菌感染之可能性。

但ERAT属内镜下微创治疗范畴,对合并阑尾粪石急性阑尾炎者,又恰为ERAT最佳适应证,一项多中心研究收集2009—2014年期间在8家医院进行ERAT诊断和治疗且满足特定条件病人的数据。结果118例纳入分析病例中,插管成功,107例,插管成功率91%。100例确诊为急性阑尾炎的患者中,97例患者的腹部疼痛缓解时间为12小时(6~72小时),腹部疼痛24小时(24~72小时),内镜下治疗的成功率为97%。患者平均住院天数为3天(2~4天)。其中3例未获有效处理,2例出现穿孔,且并发症较多。平均追踪12个月,7例(7%)有复发。

这项研究虽然没有和其它的疗法相比,但是根据文献的报告,它的疗效是类似于外科手术的,它的并发症比阑尾切除的要少,而且它的复发率也比单独的抗生素要低。值得一提的是以上研究的7个病例通过ERAT消除了急性阑尾炎并避免了阴性切除阑尾。阴性切除亦有部分病人原来并非阑尾炎而被作为阑尾炎摘除。据报道,对于一些

不典型的阑尾炎,由于难以确诊,所以切除率只有20%~30%,并且ERAT不但能直接观察到阑尾的开口,还能更好地判断阑尾炎的病情,还能排除结肠和回肠末端的其它病变,而且对阑尾炎诊断有独特优势。

ERAT可根据(1)内镜检查发现:阑尾口有水肿,有无脓渗出,有无水肿;(2)逆行内窥镜检查:阑尾腔增厚6mm以上,局部变窄,管壁变薄,蠕动变弱,充满缺损,造影剂外溢(考虑是穿孔性阑尾炎合并阑尾周脓肿)。

六、经盲肠在内镜下逆行微创取出阑尾

对于一些无法保存阑尾的患者,需要做阑尾切除手术。胃肠内窥镜下阑尾炎的替代方法:内窥镜下的盲端逆行性微创阑尾切除术。内镜下行盲道逆行阑尾切除术具有无需开腹、无术后疼痛等优点,但也是造成一些内镜医生对其认识上的误区的重要原因。因为许多医生心里都觉得不能简单地体表没有疤痕就去选择更困难的手术,毕竟阑尾手术切除已很成熟了,但作为一名消化内镜医师对ERAT的推崇仍是十分必要的。

七、结束语

内镜技术的飞速发展,改变了传统的诊断和治疗方法。根据内镜下阑尾的形态学特征、逆行造影、活检等诊断,尤其在临床症状不典型、辅助检查为阴性的情况下,可大大减少误诊、漏诊的几率。经内视镜逆行阑尾切除术,能使阑尾腔内插管、引流、冲洗和放置支架,具有保护阑尾、损伤小、疗效好等特点,是一种很有前景的治疗方法。腹腔镜下阑尾周围脓肿的疗效还有待进一步的研究证实。对于复杂、保留腹腔镜下阑尾切除术效果不佳的复杂阑尾炎,经腹腔镜下无疤痕的治疗方法具有很大的发展前景和发展前景,但仍有许多限制和挑战,如如何建立合适的通道,如何准确地定位内窥镜的位置,如何实现气腹的安全性,如何治疗并发症,如何改进设备,都是有待进一步研究的重点。随着内镜技术的进步和发展,内镜下的内镜诊疗手段必将越来越普及,使更多的患者受益。

参考文献:

- [1] 衣晓峰,史阳.新技术改变阑尾炎“一切了之”的传统[N].健康报,2023-11-08(006).
- [2] 宋秀梅,卢秀珊,张园.内镜下逆行阑尾炎治疗术对急性阑尾炎的疗效及护理要点[J].基层医学论坛,2023,27(30):14-16.