

腹腔镜阑尾切除术 308 例报告

王维志 姚继勇 康宗益

(山东省蓬莱市中医院外科, 蓬莱 265600)

中图分类号: R656. 8

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2007) 06-0585-01

2003 年 8 月~2005 年 10 月, 我院行腹腔镜阑尾切除术 308 例, 获得满意疗效, 报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 308 例, 男 136 例, 女 172 例。年龄 6~80 岁, 平均 31 岁。急性阑尾炎 276 例(单纯性阑尾炎 135 例, 化脓性阑尾炎 95 例, 坏疽性阑尾炎 32 例, 穿孔性阑尾炎 14 例, 其中阑尾根部穿孔 4 例, 体部穿孔 8 例, 尖端穿孔 2 例), 从发病到手术时间 8~96 h; 慢性阑尾炎 32 例(其中腹膜后阑尾 6 例), 病程 2~4 年。有腹部手术史 12 例(胃大部切除术 5 例, 胆囊切除术 2 例, 剖宫产手术 5 例)。

1.2 手术方法

术前准备同常规开腹手术, 排尿后进入手术室。全麻下三孔法操作。取头低左倾位。先在阑尾根部系膜戳孔, 7 号线结扎阑尾根部远近端(近端距离盲肠 0.5 cm), 中间剪开, 电凝阑尾残端黏膜。阑尾系膜的处理常用两种方法: 一是分段钳夹结扎系膜, 每段结扎一道即可, 近阑尾侧无须结扎; 二是分离钳分段电凝剪断系膜。均应尽量靠近阑尾侧, 以利于阑尾取出。对于化脓、坏疽、穿孔性阑尾炎, 先洗净阑尾周围及腹腔盆腔脓液后再处理阑尾。其中 4 例根部穿孔的阑尾炎, 先在浆膜层用 7 号线荷包缝合阑尾根部, 切除阑尾后, 结扎根部。

2 结果

308 例手术顺利, 无中转开腹, 无术中并发症。手术时间 15~70 min, 平均 30 min。住院时间 2~5 d, 平均 3 d。2 例操作孔感染(取阑尾孔标本袋破裂), 无阑尾残端漏。308 例术后 1 个月随访, 6 例观察孔有皮下可吸收线反应, 1 例右下腹戳孔内下方约 8 cm×7 cm 表皮神经损伤反应, 6 例术后局限性腹膜炎术前严重, 分析与电灼系膜热力灼伤组织较多有关, 无特殊处理, 1 周内症状均消失。308 例随访 1 年, 无切口疝、肠瘘、肠粘连、肠梗阻等并发症。

3 讨论

本组 308 例阑尾炎治疗结果表明, 腹腔镜阑尾切除术疗效满意, 几乎可以代替传统的手术方法。我们的经验体会如下。

3.1 阑尾系膜和根部的处理

各种类型阑尾炎我们多数先用分离钳电灼阑尾根部系膜戳孔逆行法切除阑尾。对于根部穿孔的阑尾炎采用 7 号线荷包缝合结扎闭合残端。本组 4 例根部穿孔, 如此处理效果可靠。

3.2 腹腔处理及阑尾取出

化脓、坏疽、穿孔性阑尾炎腹腔脓液较多, 我们首先用生理盐水、甲硝唑冲洗腹腔数次, 再调节体位行阑尾切除操作, 之后再次冲洗腹腔, 将阑尾装入标本袋, 从观察孔一并取出, 可明显减少标本袋外表面污染。46 例坏疽阑尾炎均未放置腹腔引流管。

3.3 中转开腹问题

对于腹膜后阑尾有人认为不宜施行腹腔镜阑尾切除^[1], 但我院遇到的 6 例手术均较顺利, 只需切开侧腹膜, 尤其采用逆行法切除, 并无困难。对于根部坏疽也有不主张腹腔镜手术的^[2], 杨明川^[3]成功地实施了腹腔镜手术, 未因此中转开腹。

尽管腹腔镜阑尾切除比传统的阑尾切除优点多, 但是不可能完全代替开腹手术, 如中晚期妊娠或心肺功能不全合并阑尾炎等均需要开腹手术。

参考文献

1 彭志万, 舒柏荣, 张克难, 等. 电视腹腔镜阑尾切除术 1148 例分析. 中国内镜杂志, 2001, 7(1): 48-49.
2 周汉新. 腹腔镜外科学基础. 武汉: 武汉出版社, 1995. 176-177.
3 杨明川. 电视腹腔镜阑尾切除 114 例报告. 中国微创外科杂志, 2003, 3(1): 76.

(收稿日期: 2006-12-01)

(修回日期: 2007-03-14)

(责任编辑: 王惠群)