

· 临床论著 ·

基层医院开展腹腔镜阑尾切除术

刘璐庆 盛建平 张宝杭 郑胜利

(浙江省玉环县人民医院普外科, 玉环 317600)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜阑尾切除术(laparoscopic appendectomy, LA)治疗阑尾炎的疗效。**方法** 2007年7月~2008年10月行LA 64例,在气管插管全麻下,头低脚高仰卧位,三孔法,超声刀切断阑尾系膜及阑尾根部,打结法结扎阑尾根部。**结果** 64例LA顺利完成手术,术中发现阑尾周围粘连严重5例(阑尾周围脓肿3~6个月后),阑尾坏疽穿孔4例,腹腔脓液较多合并弥漫性腹膜炎3例,均放置引流管。手术时间30~110min,平均35min。住院时间3~7d,平均4d。1例术中发现结核性腹膜炎;1例戳孔(脐部)感染经换药治疗痊愈;1例术后B超提示右髂窝少量积液,保守治疗治愈。49例术后随访3~6个月,平均4.5月,无术后出血、残株炎、盆腔脓肿、肠粘连等并发症。**结论** LA治疗阑尾炎效果满意,安全可行,操作简单,可在基层医院应用和推广。

【关键词】 腹腔镜; 阑尾切除术; 超声刀

中图分类号:R656.8

文献标识:A

文章编号:1009-6604(2009)03-0279-02

随着人们对腹腔镜手术认识的深入,腹腔镜阑尾切除术(laparoscopic appendectomy, LA)正逐渐被广大外科医生及患者所接受^[1]。LA具有术后疼痛轻、住院时间短、恢复快、并发症少等优点。目前,LA正在基础医院广泛的开展和应用。我院2007年7月~2008年10月行LA 64例,效果满意,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组64例,男28例,女36例。年龄18~52岁、平均28.5岁。慢性阑尾炎急性发作15例、急性化脓性阑尾炎45例、坏疽及穿孔4例。均有转移性右下腹痛或右下腹痛病史。腹部查体右下腹压痛64例、反跳痛54例、肌紧张12例。白细胞正常8例,($10 \sim 18$) $\times 10^9/L$ 56例, $N < 80\%$ 10例, $> 80\%$ 54例。术前常规行B超检查提示无异常7例、阑尾肿胀、增粗51例、伴积液6例,均未发现右下腹包块、卵巢疾病及右输尿管结石。合并高血压病1例,2型糖尿病4例。

病例选择标准:发病时间24~72h以内,慢性急性发作、化脓性、坏疽性、穿孔性阑尾炎,包括腹膜炎体征者;排除阑尾周围脓肿、右下腹可触及或B超提示右下腹包块者;心肺功能正常,无下腹部手术史。

1.2 方法

气管插管全麻。术前排空尿液,术前半小时内应用抗生素。术中不留置尿管及胃管,估计手术时间长一定留置导尿管,双上肢固定于身体两侧。于脐

部(上或下缘)做10mm切口,气腹针穿刺注入CO₂建立人工气腹,腹内压力维持在11~15mmHg,再穿刺置入10mm trocar和腹腔镜,探查腹腔明确诊断,排除胃肠道穿孔、出血等急腹症及其他病变。我们采用2个5mm操作孔;脐部与耻骨联合中点置一个5mm trocar,右腹直肌外缘平脐稍下,置另一个5mm trocar,右侧作主操作孔,脐下作辅操作孔。患者取头低脚高位20°左右,向左倾斜10°左右,尽量显露回盲部。若无粘连用超声刀直接离断阑尾系膜、阑尾根部以圈套线结扎两次,距阑尾根部0.5cm超声刀直接离断,离断时要凝切交替、到粘膜时尽量用凝,残端不包埋。若粘连严重先用超声刀游离粘连,显露阑尾。脓液较多先吸尽脓汁再行阑尾切除,标本取出后冲洗,这时头高脚低位、吸尽盆腔渗出。对于阑尾残端(阑尾坏疽穿孔)结扎不可靠应行腹腔镜下8字缝合包埋或大网膜覆盖。阑尾标本放入手套连同10mm trocar一并取出。脐部需要缝合,以免疝发生,5mm孔不需处理。3例腹腔脓液较多合并弥漫性腹膜炎,用生理盐水反复冲洗并放置引流管,24h内渗出<10ml可拔除引流管。手术时间为切开皮肤至缝合皮肤时间。术后应用抗生素。

2 结果

64例LA顺利完成,手术时间30~110min,平均35min;术中出血量5~10ml;住院时间3~7d,平均4d。术中发现阑尾周围粘连严重5例(阑尾周围脓肿3~6个月后),阑尾坏疽穿孔4例,腹腔脓液较多合并弥散性腹膜炎3例,均放置引流管,24~

48 h 后拔引流管。结核性腹膜炎 1 例,术中发现腹膜及肠管、阑尾均有粟粒样结节灶,病理检查证实为结核灶,术后行抗结核治疗后痊愈。术后并发症:1 例戳孔(脐部)感染经换药治疗痊愈;1 例右髂窝少量积液,保守治疗治愈。49 例随访 3~6 个月,平均 4.5 月,无残余感染、残株炎、肠粘连症状、肠损伤等严重并发症。

3 讨论

1982 年德国妇科教授 Semm 在妇科腹腔镜手术时,同时完成第 1 例阑尾切除术。但一直以来腹腔镜阑尾切除术还存在争议,有人认为常规通过一个小的切口进行阑尾切除,创伤不大,因此不主张普及 LA。但传统阑尾切除术有较高的切口并发症,切口感染率为 4%~7%^[2],且有不同程度的肠粘连,如果患者较胖,有糖尿病或阑尾坏疽穿孔时,这些并发症也随之增加,而 LA 的优势恰是低的切口并发症和肠粘连的发生率。本组 64 例 LA,脐部感染 1 例(感染率 1.6%),阑尾切除后装标本袋直接从 Trocar 取出,不与切口接触,当时标本袋破裂污染(首例)造成;腹腔积液 1 例,由于腹腔感染重,冲洗后未放置引流管造成。患者住院时间短,应用抗生素时间短。LA 不必过分牵拉组织,腹腔脓液吸引彻底,术后恢复快、进食早(本组 6~24 h 进食),未发生明显腹胀、腹痛。腹腔镜检查范围广,可发现其他病变,1 例(术前无结核临床表现),术中发现结核性腹膜炎。49 例随访 3~6 个月,平均 4.5 月,无残余感染、残株炎、肠粘连症状、肠损伤等严重并发症。

虽然腹腔镜手术较开腹阑尾切除术具有明显优势,但避免其潜在的严重并发症。我们体会要从简单到复杂,要严格选择病例,首先选择慢性阑尾炎(10~20 例);其次选择相对年轻、体形偏瘦、发病时间较短的急性单纯性或轻型化脓性阑尾炎患者(10~20 例);随着技术的提高和经验的积累,可把不同年龄组、发病时间较长(36~48 h)、感染较重的患者。LA 的指征同开腹阑尾炎手术指征,但一定根据术者腹腔镜技术能力和经验,术中发现其他病变、出血不止、阑尾与回盲部粘连严重、脏器损伤、阑尾残端处理不可靠等,一定要中转开腹;LA 禁忌证是心肺功能不全、不能耐受全麻的患者;下腹部手术史者;阑尾脓肿者。本组患者没有孕妇,目前我们还没有把孕妇阑尾炎列入 LA 中。

阑尾系膜处理不当引起的出血是阑尾术后早期的严重并发症,发现不及时或处理不当会危及患者

生命。术中妥善处理阑尾系膜是避免发生此类并发症的关键。目前腹腔镜处理阑尾系膜的方法有多种,如电凝凝固切断、线型切割器直接切断系膜、钛夹分道夹闭断离等各有优缺点^[3]。我们采用超声刀直接处理阑尾系膜。用其直接处理阑尾系膜具有快捷、烟雾少、焦痂少、止血效果确切且无异物残留和术野清晰、时间短等优点。本组行 LA 均使用 Olympus 长形超声刀(长弯屈形剪刀长 210 mm、枪式手柄)处理系膜及阑尾,超声刀不仅有良好的切割功能,并可使直径 3mm 以下的小动脉凝固封闭^[4]。这种可以边凝边切的功能给术者带来很多方便,松解腹腔内粘连方便^[5],尤其是阑尾粘连严重的患者,使手术更加简单及安全。阑尾显露困难时,要使患者头低脚高位、左侧倾斜,用无损伤钳牵拉小肠或提起阑尾,然后超声刀处理阑尾系膜。阑尾根部坏疽,提起阑尾出现断裂,要仔细游离、离断系膜后,充分暴露阑尾根部,用带线小圆针 8 字缝合,有时在此基础上再缝合使残端包埋或大网膜覆盖,若觉不满意应考虑开腹处理。我们认为处理这种情况,必须要熟悉常规开腹手术,腹腔镜操作技术熟练,仔细认真处理,多数是可以解决。若腹腔脓液多,回盲部及周围组织充血水肿明显,一般术中冲洗后应放置引流管 1 根于盆腔低处。遇到阑尾粗大带坏死网膜组织,可以先放入标本袋、剪成若干段,这样标本容易取出。

总之,LA 治疗阑尾炎安全、可行,效果满意。有阑尾开腹手术经验,熟练的腹腔镜技术是保证手术和减少并发症的关键。对于初学者一定要严格把握指征,随着开腹及腹腔镜手术经验的积累,LA 的指征可以逐步扩大,由容易到复杂。

参考文献

- 1 Katkhouda N, Mason RJ, Towfigh S, et al. Laparoscopic versus open appendectomy. A prospective randomized double-blind study. *Ann Surg*, 2005, 242(3): 439-450.
- 2 Krukowski ZH, Lrw ST, Denhom S, et al. Preventing wound infection after appendectomy. a review. *Br J Surg*, 1988, 75(10): 1023.
- 3 包炎毅, 阎波, 朱雯怡, 等. 腹腔镜阑尾切除术阑尾系膜不同处理方法的比较. *腹腔镜外科杂志*, 2008, 13(1): 57-58.
- 4 柯重伟, 郑成竹, 施俊义, 等. 经乳房途径腔镜甲状腺手术的应用. *中国实用外科杂志*, 2004, 24(5): 297-299.
- 5 刘顺顺, 周旭坤, 李平, 等. 急性阑尾炎腹腔镜切除术 231 例报告. *中国微创外科杂志*, 2007, 7(1): 33-34.

(收稿日期:2008-12-02)

(修回日期:2009-01-19)

(责任编辑:李贺琼)