

急性阑尾炎腹腔镜阑尾切除术 186 例报告

林成杰 韩元鲜 尹 军 金 光

(吉林省珲春市医院普外科, 珲春 133300)

中图分类号: R656.8

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2010)12-1146-02

腹腔镜阑尾切除术具有安全、微创、术后并发症少、胃肠功能恢复快及术中应变能力等优点, 已得到认可。我院 2007 年 2 月~2009 年 12 月对 186 例急性阑尾炎行腹腔镜阑尾切除术, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 186 例, 男 84 例, 女 102 例。年龄 18~68 岁, 平均 36.5 岁。发病至手术时间 12~86 h, 平均 16.3 h, 其中 13 例发病时间 > 72 h。均有转移性右下腹痛或右下腹痛史。右下腹均有压痛, 反跳痛 149 例, 局限性肌紧张 48 例, 伴弥漫性腹膜炎体征 7 例。入院时体温 37.5~39.2℃ 119 例, 67 例体温正常。白细胞计数 $(10.0 \sim 23.4) \times 10^9/L$ 178 例, 余 8 例白细胞正常, 中性粒细胞偏高, $(7.0 \sim 8.2) \times 10^9/L$, 81.1%~93.2%。58 例因发病时间超过 72 h 或腹膜炎体征重触诊不满意而行 B 超检查排除右下腹包块和阑尾周围脓肿。5 例有弥漫性腹膜炎伴有肠鸣音弱, 腹部透视可见气液平面, 术前诊断伴有麻痹性肠梗阻。

病例选择: 无腹腔镜手术禁忌证的急性阑尾炎; 一般要求发病时间 < 72 h, 发病时间 > 72 h 时腹部查体未触及包块, B 超检查排除腹腔脓肿或腹部包块。

1.2 方法

根据病人的要求, 气管内插管静脉复合麻醉 134 例, 硬膜外麻醉 52 例。术前排空膀胱, 取头低脚高位, 手术床向左侧倾斜 $15^\circ \sim 30^\circ$ 。术者与助手均站在患者左侧。脐下缘切口进气腹针建立 CO_2 气腹, 压力 10~14 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 硬膜外麻醉时气腹压力不要超过 11 mm Hg^[2]。穿刺置入 10 mm trocar, 进 30° 腹腔镜探查腹腔, 未见

其他病变时脐与耻骨联合连线中点置 5 mm trocar 作辅助孔, 左侧腹直肌外缘脐水平上 2~3 cm 处进 10 mm trocar 作主操作孔。术者用无损抓钳提起阑尾头部充分暴露阑尾系膜, 用电凝切断阑尾系膜, 阑尾动脉处分段电凝后靠近阑尾电凝切断阑尾动脉。阑尾根部用 Hem-o-lok 结扎锁夹闭, 距结扎锁远端 0.5 cm 处用钛夹夹闭, 于两夹间用剪刀剪断阑尾, 用电钩电凝阑尾残端黏膜。阑尾从主操作孔 trocar 腔内取出或置入标本袋内取出。根部穿孔阑尾根部无法用夹子夹闭时用 3-0 可吸收线“8”字缝合后用大网膜覆盖^[3]。如果阑尾根部过于粗大, 可用套扎器结扎根部。腹腔渗出液多者用吸引器吸净, 用生理盐水和甲硝唑液冲洗后吸净冲洗液。腹腔污染重, 残端处理不满意时右髂窝放引流管, 从脐和耻骨联合中点的副操作孔引出。急性单纯性阑尾炎预防性应用抗生素, 急性化脓性阑尾炎用抗生素 3~4 d, 急性坏疽性阑尾炎术后联合应用抗生素 4~5 d。腹腔引流液 < 30 ml/d 后拔除引流管。

2 结果

本组 183 例完成腹腔镜阑尾切除术, 术后病理检查急性单纯性阑尾炎 23 例, 急性化脓性阑尾炎 113 例, 急性坏疽性阑尾炎穿孔 47 例; 3 例中转开腹, 均为盲肠后位无法暴露阑尾, 术后病理 3 例均为化脓性阑尾炎。183 例手术时间 15~95 min, 平均 36 min。5 例因术前伴有麻痹性肠梗阻 24 h 后进流质饮食, 余术后 6 h 后可下床活动, 并可进流质饮食。术后住院时间 2~5 d。36 例用止痛剂。8 例放腹腔引流管, 术后 1~3 d 拔除。无切口感染和脂肪液化, 无腹腔脓肿。165 例随访 1~5 个月, 平均 3 个月, 58 例电话随访, 107 例来院复查, 无腹痛、发热等不适, 血常规、B 超未见异常。

(下转第 1150 页)

3 讨论

经过 186 例腹腔镜阑尾切除术,我们有如下体会。

3.1 阑尾动脉的处理

我们将电凝钩紧贴阑尾,电凝切断阑尾系膜,阑尾动脉处分段电凝后靠近阑尾电凝切断。本组无术后出血,因此电凝切断阑尾动脉安全可行。

3.2 阑尾根部的处理

游离好阑尾后用分离钳多次钳夹阑尾根部,阑尾根部以 Hem-o-lok 结扎锁夹闭,根部过粗或者根部穿孔时用套扎器结扎或 3-0 可吸收线缝扎,残端用电凝烧灼即可。本组无一例发生残端漏。

3.3 腹腔积液的处理

急性化脓性阑尾炎和穿孔性阑尾炎的开腹手术切口感染率比较高,特别肥胖患者开腹手术切口感染率高达 91%^[3]。腹腔镜阑尾切除术时,腹腔内炎性渗出物和切除的阑尾与切口不接触^[4],从而切口感染率明显下降。腹腔炎症渗出物多时,传统的开

腹手术是很难冲洗干净的,往往需要腹腔引流;腹腔镜阑尾切除术时,在直视下先吸净腹腔渗出物,如果有炎性粘连,可用吸引器钝性分离,推拨的同时可吸出渗液,除了残端处理不满意者和弥漫性腹膜炎严重者之外,一般不需腹腔引流。本组 183 例中腹腔污染重、残端处理不满意的 8 例放腹腔引流管。本组无切口感染、腹腔脓肿、肠粘连等并发症。

对腹腔镜技术熟练的医生而言,腹腔镜阑尾切除术是一项安全、并发症少、恢复快的手术技术。

参考文献

- 1 娄建平,吴志明,沈华强,等.腹腔镜阑尾切除术 38 例报告.中国微创外科杂志,2008,8(7):657-658.
- 2 江涛,周旭坤,李平,等.腹腔镜阑尾切除术附 368 例报告.中国微创外科杂志,2006,6(3):193-194.
- 3 韩小宏,蒋建庭,李立波,等.肥胖女性患者腹腔镜阑尾切除术 53 例报告.中国微创外科杂志,2010,10(1):84.
- 4 潘晓明,施勇,林忠民,等.腹腔镜阑尾切除 102 例治疗体会.中国微创外科杂志,2010,10(5):470.

(收稿日期:2010-08-18)

(修回日期:2010-10-28)

(责任编辑:王惠群)