

腹腔镜手术治疗阑尾周围脓肿 31 例

胡海涛 赵 普

(广州新海医院普外科, 广州 510300)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜阑尾周围脓肿清除联合阑尾切除术的可行性。**方法** 2010 年 3 月~2012 年 12 月行腹腔镜阑尾周围脓肿清除联合阑尾切除术治疗阑尾周围脓肿 31 例,腹腔镜下腹腔探查,清除脓肿,寻找阑尾,处理阑尾残端。**结果** 31 例均行脓肿清除联合阑尾切除,无中转开腹。手术时间 40~120 min,平均 55 min。无出血、肠漏、切口感染、门静脉炎等并发症发生。病理结果均为急性坏疽性阑尾炎。术后 7~12 d 出院。31 例随访 6 个月,无残端炎、腹痛发生。**结论** 腹腔镜阑尾周围脓肿清除联合阑尾切除术治疗阑尾周围脓肿技术可行。

【关键词】 腹腔镜; 阑尾周围脓肿; 阑尾切除术

中图分类号:R656.8 文献标识:A 文章编号:1009-6604(2013)11-1049-03

Laparoscopic Surgery in the Treatment of Periappendicural Abscess: a Report of 31 Cases Hu Haitao, Zhao Pu. Department of General Surgery, Xinhai Hospital of Guangzhou, Guangzhou 510300, China

【Abstract】 Objective To explore the feasibility of laparoscopic clearance of periappendiceal abscess and appendectomy. **Methods** A total of 31 patients with periappendicural abscess underwent laparoscopic clearance of periappendiceal abscess and appendectomy. After abdominal exploration, abscess was cleared and appendiceal stump was handled under laparoscope. **Results** All the 31 cases went through clearance of periappendiceal abscess combined with appendectomy successfully, without conversion to open surgery. Operation time was 40-120 min (mean, 55 min). No bleeding, intestinal fistula, incision infection, portal vein thrombosis or other complications occurred. Pathological results showed all cases were acute gangrenous appendicitis. All the patients were discharged from hospital 7-12 d postoperatively. The 31 cases were followed up for 6 months, and no stump inflammation or abdominal pain was found. **Conclusion** Laparoscopic clearance of periappendiceal abscess combined with appendectomy in the treatment of appendiceal abscess is feasible.

【Key Words】 Laparoscope; Periappendicural abscess; Appendectomy

阑尾周围脓肿的传统治疗原则:病情稳定,宜用抗生素治疗,必要时穿刺引流或手术切开引流,非手术疗法复发率高,3 个月左右行阑尾切除术^[1],治疗时间长、抗生素使用多、费用高,是当前临床难题。腹腔镜阑尾周围脓肿清除联合阑尾切除术具有安全、有效、住院时间短、恢复快、并发症少等优点^[2],是我院目前治疗阑尾周围脓肿的首选方式。2010 年 3 月~2012 年 12 月我院行腹腔镜阑尾周围脓肿清除联合阑尾切除术治疗阑尾周围脓肿 31 例,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 31 例,男 14 例,女 17 例。年龄 19~74 岁,平均 50 岁。右下腹痛 31 例,腹痛持续时间 3~

12 d,其中发热 20 例,腹泻 5 例。右下腹有压痛、反跳痛 31 例,其中扪及右下腹包块 25 例,余 6 例右下腹压痛、反跳痛面积扩大至腹正中线。发病至就诊时间 3~12 d,平均 8 d。彩超示 31 例右下腹液性暗区。住院前均有使用抗生素史。

病例选择标准:①急性腹痛,病程<14 d,既往无慢性腹痛史、无大便习惯改变,②右下腹有压痛、反跳痛,或扪及右下腹包块;③彩超示右下腹液性暗区,白细胞计数 $>10\times10^9/L$ 。

1.2 方法

采用全麻。术前常规留置导尿管,腹胀明显者留置胃管减压。取头低足高位,左侧倾斜 20°。采用三孔法,穿刺点位置为脐孔 10 mm,为观察孔。经观察孔进镜,探查腹腔粘连范围,腹腔脓肿上缘的右侧锁骨中线处为 10 mm 主操作孔,正中线脐下 5 cm

为 5 mm 副操作孔,均与腹腔内粘连区域脓腔壁距离不小于 3 cm。观察腹腔病变情况,阑尾周围脓肿有 2 种类型:第一种情况是脓肿形成弥漫,由大网膜、小肠包裹,并与前腹壁、侧腹壁、陶氏腔广泛粘连;第二种情况是脓肿较局限,与前腹壁无粘连。处理第一种情况时,单用吸引棒在负压状态下,刮吸脓肿与前腹壁的粘连,该部位粘连较疏松,可以顺利分离粘连,将第一种情况转变为第二种情况。阑尾周围脓肿一般由回肠、盲肠、大网膜、肠脂垂组成脓壁。阑尾部位不明确及周围解剖复杂,为阑尾切除的难点。一般从脓肿周围粘连上缘结肠旁沟开始分离,吸引棒间断负压状态下,刮吸粘连、脓壁、脓腔,寻找结肠带,并沿结肠带向下顿性分离小肠、大网膜粘连,部分粘连带牢固,在排除重要血管、输尿管情况下,用电钩、超声刀离断,分离至回盲部。该部位以脓液、坏死组织为多,在单纯刮吸过程中,结合用水冲洗,使组织解剖易识别。27 例顺利发现阑尾根部,4 例沿三条结肠带汇集处找到阑尾,电钩沿阑尾壁裸化阑尾至根部,7 号丝线结扎阑尾,结扎线远端 0.4 cm 处切断阑尾,电灼残端。1 例根部穿孔,先于穿孔部位离断阑尾,7 号丝线于体外打活结,经 10 mm trocar 放入腹腔,线环放在阑尾残端的回盲部,阑尾钳同时钳夹阑尾残端及线环一端,线环在离穿孔部位约 0.5 cm 处的回盲部收紧并加一个结成外科结,观察无粪漏,电灼残端。取出标本,鉴于腹腔内污染严重、标本较大较多、trocar 孔较细,使用标本袋需要扩大手术切口、污染切口,失去微创手术意义,但标本经 10 mm trocar 内取出,可以避免标本与切口直接接触。对于阑尾及周围脂肪组织直径 > 10 mm,经 10 mm trocar 内直接取出困难时,剪刀修剪阑尾。剪刀在电切状态下,功率为 40 ~ 60 J,沿阑尾壁,分离阑尾及周围组织,直至可以经 10 mm trocar 取出。若有大网膜呈炎性肉芽肿改变,用超声刀离断,并剪成条状,从 10 mm trocar 取出,可以保证 trocar 孔外的切口无污染。4% 甲硝唑液 100 ml 冲洗右下腹腔,并吸净腹腔、盆腔内积液,经 10 mm trocar 置入 F₂₆ 橡胶引流管,远端至盆腔,近端由 10 mm trocar 孔引出。留取脓液,行细菌培养 + 药敏,指导术后抗生素使用,常规使用三代头孢 + 左氧氟沙星抗炎。

2 结果

31 例均在腹腔镜下完成阑尾周围脓肿清除 + 阑尾切除 + 留置腹腔引流管,无中转开腹。术中见

坏疽性阑尾炎合并穿孔 12 例,坏疽性阑尾炎 19 例,其中根部穿孔 1 例,余穿孔、坏疽部位均位于阑尾中段或远端。脓肿长径 5 ~ 20 cm,平均 8 cm,最大者至结肠肝曲。手术时间 40 ~ 120 min,平均 55 min。术后 7 ~ 12 d 出院。无出血、肠漏、切口感染、门静脉炎等并发症发生。病理结果均为急性坏疽性阑尾炎。脓液细菌培养结果:大肠埃希菌 23 例,变性杆菌 5 例,无细菌生长 3 例,22 例耐药者,术前均使用三代头孢抗生素时间 > 3 d,均耐不带酶的三代头孢、二代头孢、三代喹诺酮,对亚胺培南、带酶的头孢哌酮舒巴坦和哌拉西林舒巴坦、四代喹诺酮敏感。5 例术后第 3 天出现腹泻,更改敏感抗生素抗炎治疗 2 ~ 5 d 后,腹泻停止。31 例使用抗生素 7 ~ 12 d,平均 9 d。31 例随访 6 个月,无残端炎、腹痛发生。

3 讨论

阑尾周围脓肿传统治疗原则以抗炎、保守治疗为主,3 个月后进行二期阑尾切除术,原因为阑尾周围脓肿形成急诊行阑尾切除,手术难度大、寻找阑尾困难,术后出现粪漏、切口感染可能性大,为安全起见行保守治疗。但保守治疗时间长,易出现严重腹腔粘连,易出现急性弥漫性腹膜炎、门静脉炎,女性患者易发生盆腔炎、附件炎等并发症。腹腔镜技术的进步为治疗阑尾周围脓肿开辟了另一条路径。

3.1 阑尾及其血管解剖学

阑尾呈漏斗条索状肠管,阑尾腔狭窄并且由根部至尖端,逐渐变细,并且阑尾动脉血管位于其系膜缘,通过毛细血管弓供应阑尾血液^[3],系膜短,阑尾呈屈曲状,阑尾腔易梗阻而出现阑尾炎,这决定了阑尾化脓、坏疽、穿孔部位以中远段为主,而阑尾根部基本正常或轻度水肿,仅极少患者出现阑尾根部病变,术后出现肠漏^[4],说明腹腔镜下处理阑尾根部可行。鉴于阑尾病变程度不同,系膜及残端处理方式有多种,具有安全性、可行性^[5]。本组处理阑尾根部穿孔的残端,丝线单纯结扎回盲部封闭残端,简单、可行。

3.2 腹腔粘连分期

腹部手术后腹腔内粘连分期:2 周内早期炎性粘连,可以通过手指顿性分离^[6]。急性阑尾炎腹腔内出现粘连为急性期粘连,与一般开腹手术后腹腔内粘连有类似特点,可以借鉴。根据以上腹腔粘连特点,阑尾周围脓肿形成早期 2 周内,尽早手术可行、安全。

3.3 阑尾周围脓肿的治疗方法探讨

阑尾周围脓肿传统方法以保守治疗为主,但有诸多缺点,不少有经验的外科医生向传统治疗原则挑战,急诊行阑尾切除术+周围脓肿清除引流术,相比保守治疗,慢性腹痛短时间内缓解,康复时间明显缩短,再次证明阑尾周围脓肿形成早期手术效果好^[7]。随着腹腔镜技术的进步,腹腔镜治疗阑尾周围脓肿较传统开放及保守治疗明显缩短阑尾周围脓肿的病程^[8,9]。

3.4 手术难度

急诊腹腔镜手术与平诊腹腔镜手术相比有较大难度,常见于两点。①多个不确定性:病变部位解剖复杂、阑尾位置不明确、患者个体差异、腹腔严重粘连等等;②操作技术难点:松解腹腔粘连、游离阑尾根部、取标本、避免损伤周围组织等。该术式开展早期,一台手术需 2 h 或更长,操作熟练后,平均在 55 min 左右。因此,术者应具备丰富的阑尾切除经验,有熟练腹腔镜操作技巧,最好在有此类经验的医师指导下进行操作。

参考文献

- 1 吴孟超,吴在德,主编.黄家驷外科学.第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.1577-1578.
- 2 吴延立,江瑞范,李瑞亭.阑尾周围脓肿外科治疗的体会.局解手术学杂志,2009,18(1):37.
- 3 吴孟超,吴在德.黄家驷外科学.第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.1571.
- 4 董新争,史录琴.阑尾切除术后肠痿 6 例临床资料分析.甘肃医药,2013,32(1):65-66.
- 5 伍家发.腹腔镜阑尾切除术系膜及残端处理技巧.广西医科大学学报,2009,26(5):791-792.
- 6 李幼沈,黎介寿.再论术后早期炎症性肠梗阻.中国实用外科杂志,2006,26(1):38-39.
- 7 李贵全.阑尾周围脓肿不同治疗方法的临床对比研究(附 423 例临床病例).中国社区医师,2012,14(13):93.
- 8 黄奕江,龚兵,侯金华,等.腹腔镜结合小切口手术处理急性复杂性穿孔阑尾炎.中国微创外科杂志,2011,11(8):754-755.
- 9 陆涛,浦润,汪建初,等.腹腔镜治疗阑尾周围脓肿临床探讨.中华腔镜外科杂志(电子版),2008,1(1):60-64.

(收稿日期:2013-06-09)

(修回日期:2013-08-22)

(责任编辑:李贺琼)