

• 临床研究 •

急性坏疽穿孔性阑尾炎的腹腔镜手术体会

张钰喆

南京市浦口区中心医院（江苏省人民医院浦口分院）

摘要：目的 探讨腹腔镜切除术治疗急性坏疽穿孔性阑尾炎的临床价值。方法 2014 年 1 月-2018 年 1 月对 36 例急性坏疽穿孔性阑尾炎施行腹腔镜下阑尾切除术，腹腔镜下探查腹腔，吸净脓液及渗液，提起阑尾显露系膜，用双极电凝钳切断阑尾系膜，编织线双重套扎阑尾根部，阑尾残端予以荷包包埋，放置腹腔引流。结果 36 例均顺利完成手术，无中转开腹，无并发症发生。手术时间 45-115min，平均 65min。术后引流管留置 2-4d。术后 5-7d 出院。33 例随访 3-6 个月，无腹痛、腹胀等表现。结论 腹腔镜阑尾切除术治疗急性坏疽穿孔性阑尾炎安全、有效，可直视下腹腔冲洗，放置准确有效。

关键词：腹腔镜阑尾切除术；急性坏疽穿孔性阑尾炎；腹腔引流术

中图分类号：R656.8

文献标识码：A

文章编号：1009-6647（2018）07-056-02

急性坏疽穿孔性阑尾炎是外科急腹症之一，因阑尾穿孔病程进展快，合并局限性腹膜炎，如不及时治疗，可导致感染性休克、阑尾周围脓肿、门静脉炎及肠梗阻等并发症。腹腔镜阑尾切除术视野好，能到达腹腔内各间隙，充分冲洗清理腹腔内脓液及渗液，引流管放置位置准确，从而减少术后切口感染及腹腔脓肿形成。2014 年 1 月-2018 年 1 月我科对 36 例急性坏疽穿孔性阑尾炎采用腹腔镜阑尾切除术，效果满意，报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 36 例，男 25 例，女 11 例。年龄 28-69 岁，平均 43 岁。病程 2-4d，平均 2.5d。均有发热，体温 37.6-39.2℃，13 例右下腹伴有局限性腹膜炎，23 例下腹部疼痛伴有弥漫性腹膜炎。术前腹部 B 超均提示有腹腔积液，19 例阑尾区混合性包块，11 例阑尾管状回声增粗，6 例未探及阑尾，但右下腹有液性暗区。术前 WBC (12-23) × 10⁹/L，平均 15 × 10⁹/L；中性粒细胞比例 79% ~ 96%，平均 87%。病例选择标准：①术前诊断阑尾炎明确；②病程 ≥ 48h，有发热；③ WBC ≥ 12 × 10⁹/L，中性粒细胞比例 ≥ 79%；④有弥漫性或局限性腹膜炎体征；⑤ B 超提示有腹腔积液。排除标准：①发病时间短（< 48h），急性单纯性阑尾炎；②无发热及腹膜炎体征；③考虑阑尾周围脓肿形成者。

1.2 方法

气管插管全麻，术前留置尿管。18 例术前有恶心、呕吐、腹胀及术前禁饮食 < 6h 者留置胃管。仰卧头低脚高位 15° - 20°、左侧倾斜 10° - 15°。在脐上缘穿刺建立 CO₂ 气腹，气腹压维持在 10 ~ 13mmHg (1mmHg=0.133kPa)，置入 10mm 腹腔镜，再于右侧麦氏和左侧反麦氏点处分别置入 5、10mm trocar。先探查腹腔，吸净腹腔内脓液及渗液，暂不冲洗，用带锁弯钳提起阑尾远端，显露系膜，如有粘连可用单极电凝钩紧贴阑尾予以松解。处理系膜采用双极电凝，边凝边剪断，直到阑尾根部。7 号编织丝线做成“渔夫结”，送入腹腔，双重套扎阑尾根部，在两结扎线之间予以剪断，残端用碘伏及酒精消毒。如果穿孔位于阑尾根部无法套扎，于穿孔处断离阑尾，再用丝线做“8”字缝合，关闭残端。阑尾标本直径如果 < 10mm，可经 trocar 取出，如果体积较大，置入标本袋内放置一旁，最后从右下腹扩大穿刺孔取出阑尾。根据炎症情况，在距阑尾根部 5mm 的盲肠壁上用小圆针弯成雪橇样，4 号编织丝线做荷包缝合，将阑尾残端包埋，如包埋不完全，可作浆肌层“8”字间断缝合或用大网膜及周围脂肪组织覆盖阑尾残端。用 0.2% 甲硝唑

注射液冲洗腹腔，并清理腹腔内脓苔，检查确定系膜无出血，在盆腔放置引流管，自右侧 trocar 孔引出，各切口全层缝合 1 针，创可贴粘合切口，术毕。

2 结果

36 例腹腔镜均有脓性液体，阑尾坏疽化脓，其中体部穿孔 28 例，根部穿孔 6 例，远端穿孔 2 例。28 例阑尾残端结扎成功；8 例因阑尾根部穿孔无法结扎，切除阑尾后“8”字缝合残端破口，予以包埋。2 例因盲肠壁水肿较重，无法包埋，将大网膜及周围脂肪组织拉拢覆盖缝合。手术时间 45-115min，平均 65min。术中出血 5-20ml，平均 15ml。无术后出血、肠漏、肠梗阻、腹腔脓肿及切口感染等并发症发生。术后 6-22h 下床活动。引流管留置 2-4d。术后住院 5-7d，平均 6d。术后病理：急性化脓性阑尾炎 9 例，急性坏疽性阑尾炎 27 例。33 例随访 3-6 个月，无腹痛、腹胀等表现。

3 讨论

腹腔镜阑尾切除术治疗急性坏疽穿孔性阑尾炎具有创伤小，恢复快，住院时间短，术野清晰，探查范围广，误诊率低等优点^[1]。肥胖、老年、病史较长、腹膜炎症状明显、估计腹腔内大量脓液及阑尾炎诊断不明确的患者尤其适合腹腔镜手术。肥胖患者脂肪层较厚，位置较深，开腹手术需要大切口才显露阑尾，腹腔镜手术可避免大面积的腹壁损伤，较大程度地防止切口感染等并发症的发生^[2]。术中能全面彻底地冲洗腹腔，可减少切口感染、腹腔脓肿、肠梗阻等并发症^[3]。

3.1 腹腔探查切除阑尾

急性坏疽穿孔性阑尾炎腹腔内均有脓性液体，回盲部多有大网膜包裹，肠管壁粘连、水肿，一般不难发现病灶，对于腹腔脓液较多也未找到病灶，应吸净脓液，再仔细探查腹腔，最终找到病灶。显露阑尾：急性坏疽穿孔性阑尾炎往往与周围粘连包裹，显露困难，可用吸引器或钝头分离钳小心分离，多数粘连为水肿性，较易分离，对粘连较紧时，可用电凝钩紧贴阑尾浆膜层分离，避免肠管损伤，操作时轻柔，亦可用自制纱布条钝性分离，直到阑尾完全显露。处理阑尾系膜及根部：阑尾系膜多水肿、肥厚，组织脆，对于显露充分的系膜可用双极电凝钳或超声刀予以切断，尽量靠近阑尾浆膜层，以避开阑尾动脉主干及大的分支，既能电凝止血，又无须使用组织夹或结扎。处理阑尾根部时，大多数穿孔阑尾根部水肿，组织脆，甚至穿孔位于根部，有条件时可用 7 号丝线套扎根部^[4]，如无法套扎，于穿孔处断离阑尾，再用丝线做“8”字

（下转第 58 页）

时间长等不足, 导致其在临床上的广泛应用受到限制^[4]。

腹腔镜手术作为一种微创手术, 具有多种优势, 如创伤性小、疼痛程度轻以及术后恢复时间短等。腹腔镜手术在对患者手术指征充分掌握下, 对胆结石的治疗具有较强的安全性与可行性, 可使患者的临床症状显著改善, 促使患者快速恢复^[5]。

本研究结果显示: 腹腔镜组患者手术时间、术中出血量、切口长度以及肠鸣音恢复时间、并发症发生率均优于开腹组, 说明腹腔镜手术治疗效果高于开腹手术。

总而言之, 与开腹手术相比, 腹腔镜手术对胆结石的治疗效果较高, 并发症发生率更低。

参考文献

[1] 马云涛, 田宏伟, 王芳, 等. 腹腔镜联合胆道镜与传

统开腹手术比较治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床研究 [J]. 甘肃医药, 2016, 35(6):426-428.

[2] 徐峰. 腹腔镜胆囊切除术与开腹手术治疗胆结石的临床比较 [J]. 医药前沿, 2016, 6(34):66-67.

[3] 游勤建, 袁发秀, 宋平. 腹腔镜联合胆道镜与传统开腹手术治疗胆囊结石合并胆总管结石的疗效对比 [J]. 河北医学, 2016, 22(5):721-724.

[4] 赵俊立, 马伟琳, 宋媛媛. 腹腔镜胆囊切除术与开腹手术治疗胆结石的临床效果对比分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(11):2111-2112.

[5] 杨贵江, 胡晓芳. 对比分析腹腔镜胆囊切除术与传统开腹切除术治疗胆结石的临床效果 [J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(11):75-76.

(上接第 53 页)

者进行治疗取得了显著的效果, 不仅创伤小, 有利于患者术后恢复, 且能够对患者增生部位进行汽化切除^[3]。

研究表明, 实验组患者术中出血量 (102.12 ± 11.56) ml 及手术时长 (60.11 ± 3.25) min 显著低于对照组, 实验组患者并发症发生率 5.13% 显著低于对照组 30.77%, 差异明显, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。可见, 采用经尿道等离子双极电切治疗这一病症治疗效果显著。

综上所述, 经尿道等离子双极电切治疗良性前列腺增生的应用效果显著, 能够降低并发症发生率。值得在临床中推广应用。

(上接第 55 页)

治疗组仅仅依靠盆腔侧枝循环回流的患者, 常伴有下肢静脉高压的情况, 其 PTS 发生率、血栓复发率随之升高, 而支架置入的患者可以明显缓解静脉高压, 主要通过维持长期髂静脉通畅从而降低 PTS 发生率和血栓复发率。

综上所述, 足背静脉溶栓、深静脉置管接触式溶栓、全身抗凝等方法综合治疗后能有效治疗急性下肢 DVT, 髂静脉支架置入组患者治疗效果明显, 通畅率良好, 同时能有效减低 PTS 的发生率和血栓复发率, 建议在临床上推广应用。

参考文献

[1] Comerota AJ, Kamath V. Thrombolysis for iliofemoral deep venous thrombosis. Expert Rev Cardiovasc Ther, 2013, 11(12):

1631-1638.

[2] 李晓强, 段鹏飞, 钱爱民, 等. 介入联合手术治疗急性下肢深静脉血栓形成 [J]. 中华普通外科杂志, 2006, 21(9):660-661.

[3] 段鹏飞, 肖璋生, 李晓强. 导管溶栓联合髂静脉介入治疗急性下肢深静脉血栓形成 [J]. 中华普通外科杂志, 2012, 27(3):193-196.

[4] 张玉超, 李维敏, 黄英, 等. 腔内介入治疗髂静脉受压综合征 [J]. 中国血管外科杂志: 电子版, 2013, 5(1): 35-37, 50.

[5] 薛冠华, 黄晓钟, 梁卫, 等. 髂静脉受压综合征的支架治疗 [J]. 中国血管外科杂志: 电子版, 2014, 6(1): 19-22.

(上接第 56 页)

缝合, 关闭残端。将残端予以包埋。如盲肠壁水肿严重, 残端可以不包埋, 可将周围大网膜或脂肪组织拉拢覆盖^[6]。术中不需使用钛夹及可吸收夹, 全部用“慕丝”编织丝线结扎, 丝线性质稳定, 无致热源, 安全可靠, 且丝线结扎不受阑尾根部水肿、粗细所限, 无术后金属异物长期残留体内的顾虑。

3.2 腹腔内脓液的处理及放置引流管

先吸净脓液, 阑尾处理完毕后可用生理盐水和甲硝唑溶液彻底冲洗, 右侧结肠旁沟及盆腔底处理干净。本组全部放置腹腔引流管, 均从右下腹穿刺孔引出。术后清醒半卧位, 6~12h 下床活动, 能有效防止发生腹腔脓肿形成及肠粘连的发生。腹腔镜阑尾切除术需要镜下显露阑尾, 要求术者不仅有缝合结扎的熟练技术, 更要有较强的责任心和足够的耐心。随着腹腔镜技术的普及及器械不断的完善, 急性坏疽性穿孔

性阑尾炎将成为腹腔镜手术的适应证。

参考文献

[1] 宁宁, 马冰, 彭勃, 等. 腹腔镜技术在上消化道穿孔中的应用. 腹腔镜外科杂志, 2014, 19(7):537-540.

[2] 车军. 腹腔镜与开腹手术治疗急性阑尾炎的临床对比分析. 腹腔镜外科杂志, 2014, 19(2):138-140.

[3] 徐刚潮, 郑周红, 陈勇平. 复杂性阑尾炎的腹腔镜手术经验与体会 (附 220 例报告). 腹腔镜外科杂志, 2014, 19(2):141-143.

[4] 张震波, 主编. 实用腔镜外科技术理论与实践. 西安: 陕西科学技术出版社, 2011.69-81.

[5] 张永康, 王玉珍, 杜明国, 等. 腹腔镜阑尾切除术阑尾残端荷包包埋与 Hemo-lok 的比较. 中国微创外科杂志, 2014, 14(6):512-515.