

· 经验交流 ·

小儿急性阑尾炎的腹腔镜手术治疗

杨全安 邓素勤

【关键词】 腹腔镜检查; 阑尾炎/外科学; 治疗; 儿童

随着腔镜外科技术的发展,急性阑尾炎也成为腹腔镜手术的适应证。但由于小儿大网膜发育不成熟,病史不典型,病情进展快,阑尾壁薄,阑尾易发生坏疽、穿孔,风险较高,如何选择手术方式是临床上亟待关注的课题。作者总结了 2005 年 1 月至 2010 年 11 月收治的 14 岁以下急性阑尾炎患儿中 60 例腹腔镜手术治疗病例资料,现报告如下。

临床资料

一、一般资料

60 例中,男 32 例,女 28 例,年龄 0.5~14 岁,平均年龄 7.2 岁,均有腹痛,其中右下腹疼痛 47 例,初次发病 52 例。出现 2 次以上右下腹疼痛 6 例,3 次以上右下腹疼痛 2 例。入院时间 2 h 至 2 d 者 46 例,2~3 d 以上者 14 例。47 例患儿有转移性右下腹疼痛、反跳痛,右下腹有固定压痛点。腹部有 2 个象限压痛及反跳痛 28 例,2 个以上象限压痛 22 例,伴发热,其中 48 例体温 37.8℃~39.1℃,血常规检查提示白细胞计数偏高。

二、手术方法

常规备皮,术前排尿,采用全身麻醉或硬膜外麻醉加静脉复合麻醉。于脐上缘做 1.0 cm 皮肤切口,用巾钳提起切口上皮肤,插入气腹针,建立 CO₂ 气腹,腹内 CO₂ 压力 6~10 mmHg,自穿刺孔置入 10 mm Trocar 放入腹腔镜,在右耻骨结节上 2~3 cm 处置入 5 mm Trocar 作为副操作孔,左反麦氏点置入 10 mm Trocar 作为主操作孔,穿刺该两处应在腹腔镜直视下向阑尾位点穿刺,以免损伤肠管、膀胱及髂血管。切除阑尾,在腹腔镜下常规探查腹腔,吸净腹腔内渗液、脓液,用肠钳自主操作孔进入,拨开右下腹网膜及肠管,沿结肠带找到阑尾,自副操作孔置入

无齿抓钳,提起阑尾尖端膜,电钩自尖端烧灼阑尾系膜至基底部,因阑尾动脉位于系膜外侧缘,尖端为终末枝,向基底部烧灼时留少量外侧系膜,勿需上钛夹及结扎,于基底部用 4 号丝线在腹腔内打结并结扎,于距结 0.5~1.0 cm 处用血管钳夹紧,在血管钳下剪断阑尾,残端用电凝柄烧灼,将阑尾装入标本袋中自主操作孔取出。若阑尾基底部穿孔,则先切除阑尾,在基底部用 4 号丝线间断缝合 2 针,旁边放引流管自副操作孔引出,留置引流管 7~9 d,待瘘高峰期过后拔管。当腹腔脓液较多时用生理盐水洗净腹腔;有腹膜炎及肠管水肿较重时,在右侧盆腔放引流管 2~3 d。穿刺孔用 ZT 胶粘合,若取出阑尾时主操作孔被污染,则用双氧水及生理盐水清洗后,缝合腹外斜肌腱膜,皮肤切口开放。

三、结果

60 例均在腹腔镜下完成手术(其中 20 例阑尾穿孔,25 例存在弥漫性腹膜炎,未发现腹膜后阑尾),无中转开腹病例。6 例穿刺孔感染,经换药后痊愈。8 例出现肺部感染治愈。引流管拔除后无肠瘘及腹腔脓肿形成,45 例术后第 2 天进食流质,住院时间最短 3 d,最长 10 d,平均 6.0 d。获随访 43 例,平均 1.5 年,5 例发生术后粘连性肠梗阻,其中 3 例予保守治疗,2 例予手术治疗,均治愈。

讨 论

小儿急性阑尾炎的发生率比成人低,约占 4%~5%,2 岁以下婴儿仅占 0.1%^[1]。其特点:①伴上呼吸道感染和肠炎的机会较成人多。急性阑尾炎的临床表现常因这些疾病的固有症状而不典型。②对炎症反应灵敏,发热、恶心、呕吐等全身反应和胃肠道症状出现早,且比成人明显。一般发热较高,发病早期可能就有呕吐。③阑尾壁薄,可因血运障碍而很快发生穿孔。发病 24 h 后就诊者穿孔率可达 30%~50%。④大网膜短而薄,局限感染能力差,穿孔后容易发展为弥漫性腹膜炎,以致出现严重的全

身中毒症状。⑤转移性右下腹痛病史常不典型,且腹肌紧张不如成人明显。⑥不能正确诉说病症,易误诊,死亡率高^[2]。因此一旦确诊,应早期手术,术式包括开腹手术和腹腔镜手术,除阑尾周围脓肿外,其余各型阑尾炎均为腹腔镜手术的适应证,腹腔镜手术的优点:①创伤小,疼痛轻,对腹腔干扰小,术后肠功能恢复快,肠粘连、肠梗阻等并发症少。②具有治疗、减少漏诊其他疾病的功能,开腹手术受切口限制不能较全面的探查腹腔脏器,腹腔镜手术能探查腹腔脏器,早期发现腹内其他合并病症,降低阑尾炎的误诊率和误切率。③能在直视下抽吸腹腔、盆腔内渗液、脓液,且引流管放置方便,减少了术后腹腔脓肿的发生。④免疫损害、心肺并发症均较开腹手术低^[3]。

术中阑尾系膜自尖端烧断,勿需结扎及上钛夹,基底部在腹腔内用 4 号丝线打结,可防止滑脱及残

端瘘,优于 Roeders 结,因其是滑结,有滑脱的可能,基底部穿孔时直接缝合,不能使用 Roeders 结。另外,在操作孔的选择上,副操作孔选择麦氏点以下,便于将阑尾上提,使打结方便且戳孔隐蔽,主操作孔取出阑尾时易污染,可不缝合皮下及皮肤,不用 ZT 胶粘合,防止切口感染。

参考文献

- 1 吴孟超. 腹部外科学[M]. 上海:上海科学技术文献出版社,1992:159.
- 2 吴孟超,吴在德. 黄家驷外科学[M]. 第七版. 北京:人民卫生出版,2008:1583.
- 3 王秋生,张阳德. 内镜腹腔镜外科学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2000:33.

·消息·

全国小儿肝胆、肛肠及新生儿外科学术研讨会征文通知(第 1 轮)

为促进小儿肝胆外科、肛肠外科及新生儿外科实验研究与临床技术水平的提高,由中华医学会小儿外科学分会主办、山东省分会和青岛大学医学院附属医院承办的“全国小儿肝胆、肛肠和新生儿外科学术研讨会”定于 2011 年 10 月在山东省青岛市召开。本次会议将介绍小儿肝胆、肛肠和新生儿外科医学技术新进展,邀请国内外著名专家讲学,通过小儿肝胆、肛肠和新生儿外科医学在实验技术、基础应用研究及临床新技术等方面的交流,提高研究水平和质量,加强各地区的科研合作与交流,进而促进小儿肝胆、肛肠和新生儿外科医学整体学术水平的提高。本次会议为国家级继续医学教育项目(授予 I 类国家级继续教育学分 10 分)。

一、征文内容

小儿肝胆、肛肠和新生儿外科医学各专业基础与临床研究的新成果、新技术和新思路。

二、征文要求

所投稿件未在全国性学术会议上交流,未在杂志上发表;为中文稿件,附 500~800 字摘要,包括研究目的、方法、结果和结论;稿件左上角注明专业。采用网上投稿,截稿日期:2011 年 8 月 10 日,E-mail:jiampyk@126.com。

三、会议联系人

郝希伟医师:hwx972@163.com,电话:13969623228,0532-82911113;董蓓教授:dong.qian@sohu.com,电话:0532-82911858。

四、联系人地址

山东省青岛市青岛大学医学院附属医院小儿外科(山东省青岛市江苏路 16 号,邮编:266003),收件人:郝希伟、董蓓。