

婴儿急性阑尾炎的临床分析

雷 斌¹ 戚雯琰² 徐 维¹

【摘要】 目的 探讨婴儿急性阑尾炎的临床特点和诊疗方法。**方法** 2008 年 8 月至 2014 年 1 月作者收治婴儿急性阑尾炎 36 例,其中 4 例采取保守治疗,32 例采取手术治疗。**结果** 36 例中,35 例获治愈(97.22%),1 例因多器官功能衰竭死亡(2.78%)。32 例手术患儿术后并发切口感染 6 例(18.75%),腹腔残余感染 6 例(18.75%),粘连性肠梗阻 3 例(9.38%)。**结论** 婴儿急性阑尾炎诊断困难,并发症的发生率高,需根据病情和病史结合辅助检查,选择合理的治疗与手术方案。

【关键词】 阑尾炎;急性;临床分析;婴儿

Clinical analysis of infant acute appendicitis. LEI Bin¹, QI Wen-yan², XU Wei¹. 1, Pediatric department of general surgery in Children's Hospital of Jiangxi Province, Jiangxi, Nanchang, 330006, China, 2, Department of nursing in Jiangxi Nursing Vocational College, Jiangxi Nanchang 330201, China

【Abstract】 Objective To investigate the clinical characteristics, diagnose and treatment of acute appendicitis in infants. **Methods** A total of 36 cases with infant acute appendicitis, from 2008.8 ~ 2014.1, were retrospectively analyzed 4 cases were received conservative treatment, and 32 underwent surgery treatment. **Results** 35 patients were cured (97.22%) and 1 died of multiple visceral organ failure (2.78%). After surgical treatment of 32 cases, 6 cases got incision infection (18.75%), 6 cases had abdominal residual infection (18.75%), 3 cases suffered adhesive intestinal (9.38%). **Conclusions** Infant acute appendicitis has the characteristics of difficult diagnosis and high complication, therefore, reasonable treatment and operation should be selected according to the condition, history and supplementary examinations.

【Key words】 Appendicitis; Acute; Clinical Analysis; Infant

婴儿急性阑尾炎较少见,常因误诊以其他诊断进行手术时发现。因延误治疗,其并发症的发生率及死亡率较高。2008 年 8 月至 2014 年 2 月,作者收治该类患儿 36 例,现报告如下:

资料与方法

一、临床资料

1. 一般资料:2008 年 8 月至 2014 年 2 月作者收治婴儿急性阑尾炎 36 例。病例入选标准:①年龄 ≤ 1 岁;②结合临床及彩超诊断为阑尾脓肿;③通过手术和病理检查证实为阑尾炎,患儿符合①②或①③项,即入选。病例排除条件:①病理诊断为单纯性阑尾炎;②肠套叠及嵌顿性腹股沟斜疝等疾病造成阑尾损伤和坏死;③腹腔炎症或其他感染性

疾病累及阑尾,符合任一项,即排除。本组入选 36 例中,男性 19 例,女性 17 例;年龄 16 天至 11 个月 20 天,平均年龄 (8.87 ± 2.11) 个月。

2. 辅助检查:①36 例均检查血常规,其中 WBC 升高 31 例(占 86.11%),为 $(13.70 \sim 31.25) \times 10^9/L$;WBC 降低 5 例,为 $(1.91 \sim 3.56) \times 10^9/L$ 。②15 例行 C 反应蛋白检查(C-reactive protein, CRP),其中 12 例(占 80%)升高,为 $(4 \sim 131) \text{ ml/L}$ 。③12 例检查降钙素原(procalcitonin, PCT),均升高(100%),为 $(0.63 \sim 7.91) \text{ ng/mL}$ 。④36 例均行腹部立位平片检查,19 例有阳性发现(占 52.78%,25/36),其中膈下游离气体 3 例,宽大液平并盆腔气体减少 16 例。⑤36 例行彩超检查,25 例有阳性发现(69.44%),其中右下腹低回声包块 6 例,阑尾肿胀 4 例,腹腔积液 7 例,腹腔积脓 6 例,肠管高度扩张 2 例。

3. 诊断:①16 例反复呕吐、腹胀、便秘,结合腹部立位平片术前诊断为肠梗阻。②6 例发热、腹泻、纳差,入院诊断为急性胃肠炎,经抗感染后复查彩超,诊断为阑尾脓肿。③4 例发热、呕吐,结合彩超

术前诊断为阑尾炎。④3 例高热、腹胀,结合腹部立位平片术前诊断为空腔脏器穿孔。⑤3 例发热、呕吐、腹部拒按,诊断为弥漫性腹膜炎。⑥1 例发热、腹泻、腹壁红肿,诊断为坏死性小肠结肠炎。⑦1 例反复腹胀、腹壁红肿,诊断为胎粪性腹膜炎。

二、治疗方法

4 例阑尾脓肿采取保守治疗获成功。32 例采用手术治疗,其中:①3 例空腔脏器穿孔患儿行剖腹探查术,术中发现为阑尾化脓穿孔,予阑尾切除术;②16 例肠梗阻患儿行剖腹探查术,术中见阑尾穿孔,脓肿形成,合并肠粘连,行肠粘连松解并阑尾切除术;③3 例弥漫性腹膜炎和 2 例坏死性小肠炎患儿,术中均见阑尾化脓穿孔并腹腔积液,行阑尾切除术并腹腔引流;④4 例诊断阑尾炎患儿,3 例术中见阑尾化脓,1 例见阑尾穿孔,均行阑尾切除术;⑤1 例阑尾脓肿患儿在保守治疗中出现肠梗阻,行肠粘连松解阑尾切除术;⑥1 例阑尾脓肿患儿在保守治疗中出现反复高热、腹膜炎体征,行阑尾切除术并腹腔引流术。

结 果

36 例患儿中,35 例痊愈出院(占 97.22%),1 例因多器官功能衰竭死亡(占 2.78%)。住院时间 8~19 d,平均(11.20±4.55)d。出院后随访 6 个月。4 例保守治疗患儿中,出院后复发阑尾炎 1 例(25.00%),行阑尾切除术。32 例手术患儿术后并发症:①切口感染 6 例(18.75%),经换药治疗后痊愈。②腹腔残余感染 6 例(18.75%),经抗感染治疗后痊愈。③粘连性肠梗阻 3 例(9.38%),经手术治疗痊愈。

讨 论

婴儿急性阑尾炎临床发病率较低,但由于婴儿语言表述能力差,临床表现不典型,易漏诊误诊,难以早期诊断,又因为婴儿的解剖生理特点,易延误治疗造成穿孔,引起严重并发症,甚至危及生命。本组 32 例手术患儿,术后出现并发症 15 例(46.88%),死亡 1 例(3.13%)。有文献报道阑尾炎的穿孔率随着年龄降低而逐渐增加,婴幼儿阑尾穿孔率达 43.3%~69.2%^[1-3]。本研究提示 1 岁以内手术的患儿 32 例,术中发现阑尾穿孔 29 例,穿孔率达 90.63%。

婴儿阑尾炎的解剖特点为基底部较宽,不易发生阑尾腔内梗阻,故发病率较低。但因阑尾壁薄,血供少,一旦感染,易化脓穿孔,造成感染扩散,且婴儿抵抗力低下,网膜较短,若发生阑尾化脓穿孔,难以包裹局限,易形成弥漫性腹膜炎。本组病例中感染局限,形成脓肿者仅 6 例(16.66%)。

婴儿急性阑尾炎的诊断有一定困难。分析原因:①临床表现为纳差、呕吐、发热、腹胀等不典型症状。②婴儿不具备语言表达能力,无法获得准确病史,无法配合体检。③发病率较低,临床医生易忽视,往往诊断为其他疾病,在剖腹探查术中发现^[4]。32 例手术患儿术前诊断正确 4 例(12.50%)。作者认为临床医生在诊断婴儿急性阑尾炎时,可适当借助部分辅助检查:①WBC、CRP 等非特异性炎症指标升高,可反映体内炎症严重程度,对婴儿急性阑尾炎的诊断有一定帮助,但鉴别意义不大^[5]。同时需注意部分 WBC 低于正常值,可能提示患儿感染严重和免疫能力降低。本研究中,有 1 例入院诊断为坏死性小肠结肠炎,WBC 为 $1.91 \times 10^9/L$,术中见阑尾化脓穿孔和腹腔大量积液,术后死于多器官功能衰竭。中性粒细胞比例对本病的诊断意义不大,是因为在生理状态下婴儿的中性粒细胞比例较低,即使严重感染,其升高也可不明显。②PCT 作为新的炎症标志物,对阑尾炎术前诊断及分型有一定帮助^[6-7]。本组有 12 例 PCT 检查均有不同程度升高。③腹部立位平片有助于本病诊断(阳性率 52.78%)。婴儿腹部立位平片发现膈下游离气体,需考虑穿孔性阑尾炎的可能,而大龄儿童阑尾穿孔时,膈下一般无游离气体。部分婴儿急性阑尾炎不及时治疗,可形成大量腹腔脓苔导致肠粘连,故腹部立位平片提示肠梗阻或不全肠梗阻,需考虑阑尾炎为原发病可能。④胃肠道彩超可提高婴儿急性阑尾炎的诊断率(阳性率为 50%)^[8-9]。对有哭闹不安,发热,呕吐,腹胀,腹壁红肿等疑似临床症状的患儿,应行彩超检查^[10]。

我们体会:①对阑尾炎病史短,诊断明确的患儿,可在麦氏切口下行阑尾切除术。②对早期怀疑阑尾炎的婴儿,考虑腹腔镜探查。③对炎症局限化,形成脓肿的患儿若无肠梗阻症状,可给予抗生素保守治疗。④对病史较长,且有肠梗阻等表现的患儿,应行剖腹探查。

总之,婴儿急性阑尾炎临床表现多样,体征无特异性,有赖于临床医生提高对婴儿急性阑尾炎的认识,对疑似病例应反复体检,结合 (下转第 434 页)