

• 临床研究 •

儿童慢性阑尾炎腹腔镜治疗 28 例临床分析

吕成超 黄 河

【摘要】 目的 探讨儿童慢性阑尾炎腹腔镜手术治疗的临床应用价值。**方法** 回顾性分析 2004 年 4 月至 2010 年 10 月安徽省立儿童医院经腹腔镜手术治疗的 28 例小儿慢性阑尾炎患儿临床资料。**结果** 24 例成功完成腹腔镜手术,有 4 例中转开腹手术,平均手术时间 88 min,术后平均住院时间 3.8 d,无明显手术并发症。**结论** 儿童慢性阑尾炎行腹腔镜手术治疗安全可行,具有创伤小,恢复快,并发症少的优点,但手术时间无明显优越性。

【关键词】 腹腔镜;阑尾炎/外科学;儿童

儿童慢性阑尾炎采用腹腔镜技术行阑尾切除在国外已成为常规手术方式,但国内腹腔镜阑尾切除术多用于急性阑尾炎的治疗,相对于急性阑尾炎,慢性阑尾炎的诊断和处理均较复杂。本文总结安徽省立儿童医院 2004 年 4 月至 2010 年 10 月收治的 28 例应用腹腔镜治疗的慢性阑尾炎病例资料,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

本组 28 例,其中男 18 例,女 10 例。年龄 17 个月至 10 岁,平均年龄 4.1 岁。术前均行 B 超检查,除 2 例提示右下腹肠管蠕动欠佳外,其余未发现肝胆及生殖系统疾病。慢性阑尾炎的诊断标准:①既往有明确阑尾脓肿保守治疗病史,起病 3~6 个月入院行手术治疗;②经钡灌肠阑尾造影提示慢性阑尾炎;③部分患儿有纳差、便秘及右下腹深压痛。

二、方法

均采用气管插管静脉吸入复合麻醉,经脐切开直视下进腹,并建立气腹,气腹压力 8~12 mm Hg,于右中上腹及左下腹分别置入 10 mm、5 mm Trocar,先常规探查腹腔,重点探查回盲部寻及阑尾,女婴探查子宫及附件,阑尾系膜电凝或结扎切断,阑尾根部以钛夹、HEM-O-LOK 可吸收夹或丝线结扎切断,残端黏膜电灼处理。检查阑尾术野及各 Trocar 孔无渗血,放气腹,关闭 Trocar 孔,皮内缝合切口,结束手术。术前常规放置胃管及导尿管,术毕拔出,记录手

术时间及出血量。

术中见 23 例患儿阑尾呈不同程度增粗、僵硬、卷曲、折叠及粘连,其中阑尾壁增厚,管腔狭窄,粗细不均 21 例,阑尾系膜增厚 6 例,合并粪石 9 例,2 例合并回盲部致密粘连,2 例阑尾位于浆膜下,5 例阑尾肉眼观无明显异常,切除的阑尾均做病理检查,提示有慢性炎症增生性改变。

结 果

本组 28 例患儿术中均找到真正病变,24 例完成腹腔镜手术,2 例合并回盲部致密粘连无法分离,中转开腹手术,2 例阑尾位于浆膜下亦中转开腹手术,1 例术中发现合并 Meckel 憩室,于脐部扩大切口拖出病变肠管行肠切除肠吻合术。多数患儿回盲部肠管存在不同程度粘连,平均手术时间 88 min,术中几乎无出血,术后恢复顺利,术后第 1 天排气,第 2 天排便,第 3~5 天痊愈出院,切口甲级愈合,手术效果满意。

讨 论

急性阑尾炎是小儿外科常见的外科急腹症之一,在临床工作中已受到足够重视,其症状不典型,误诊率较高,故仍有部分患儿得不到及时诊断和有效治疗,导致病情延误转变成阑尾脓肿或慢性阑尾炎。关于慢性阑尾炎的诊断,目前认识尚未统一,临床上能否作为一种独立的疾病,意见尚有分歧。作者认为慢性阑尾炎的诊断要点包括:①急性阑尾炎病史,本组患儿均为阑尾脓肿保守治疗后 3~6 个月;②钡剂灌肠回盲部位置固定及阑尾排空延迟,

阑尾形态僵硬、不规则膨大或不显影,给手术提供参考;③没有典型阑尾炎发作史的患儿,应特别注意右下腹固定压痛点的存在,是否同时伴有腹泻、腹胀、便秘等其它消化道症状;④B 超等检查除外其他可能引起类似症状的妇科、泌尿科疾病;⑤术后病理检查提示阑尾慢性炎症,慢性阑尾炎的最后确诊不是病理,而是手术后临床症状完全消失。病理学上的慢性阑尾炎与临床上的慢性阑尾炎并不总是相符的。病理检查提示有慢性炎症存在,有典型临床表现、切除后阑尾病理检查为慢性阑尾炎,但患儿术后效果不满意。

1990 年 Gotz et al 等首次报告了经腹腔镜小儿阑尾切除术^[1]。对于慢性阑尾炎采用腹腔镜方法行阑尾切除在国外已成为常规手术方式^[2-5]。国内腹腔镜阑尾切除多用于急性阑尾炎的治疗^[6-7]。腹腔镜治疗小儿慢性阑尾炎报道极少,随着国内腹腔镜阑尾切除术常规的出台,儿童慢性阑尾炎行腹腔镜手术有逐渐增多的趋势^[8]。作者体会,腹腔镜慢性阑尾切除术手术时间较开腹手术无明显优越性,可能与阑尾脓肿保守治疗后存在炎症粘连有关,本组病例术中见绝大部分粘连明显,甚至有 4 例中转开腹手术,另与手术医师腹腔镜操作技巧相关,伴随腹腔镜技术的开展,手术技能的提高,手术时间可随之相应缩短,手术时间的差异性是我们进一步研究的方向。腹腔镜手术视野开阔,不受阑尾位置和肥胖等因素的影响,寻找阑尾方便准确,切除阑尾也简易快捷,对腹腔内脏器干扰小,同时可探查腹腔内其他脏器,若发现阑尾外其他病变可一并解除,免除患儿再次手术的痛苦,本组病例术中发现大多数存在不同程度肠粘连,1 例合并有 Meckel 憩室者同时予以切除。腹腔镜手术中几乎无出血,为“无血手术”。操作简单,创伤小,疼痛轻,安全可靠,能避免肠管以外其他脏器的触摸刺激,有利于肠功能恢复,患儿肠功能恢复快,很少出现腹胀,胃肠功能恢复快,近期生活质量高,且最大限度地减少了手术瘢痕,符合美观的要求。但住院费用较高,选择腹腔镜手术需要和患儿家属充分沟通。

粘连松解、显露阑尾,根部及系膜的术中处理是慢性阑尾炎腹腔镜切除术的主要内容和关键。作者体会如下:慢性阑尾炎由于阑尾脓肿炎症病史或反复发作,回盲部肠管常与侧腹壁粘连紧密,尤以阑尾头端明显,无法判断阑尾血管分布或阑尾管腔的走行情况,导致阑尾暴露不清,可先通过结肠带找到阑

尾根部,仔细分离粘连,如呈膜性或束带粘连,可用分离钳或电钩沿侧腹膜作钝性分离,必要时可用剪刀作锐性分离。如有出血,尽量远离肠管电凝止血,对与后腹膜之间粘连的松解,一定要细致操作避免损伤同侧输尿管。对于致密性粘连无间隙可循、松解时出血不止或松解有损伤肠管可能,此时中转开腹手术是比较明智的选择。慢性阑尾炎的阑尾其系膜常呈萎缩僵硬卷曲状,应尽可能将阑尾系膜呈帆状拉起,紧贴阑尾管腔电凝系膜,阑尾系膜电凝处理时不要太接近根部,即使没有器械直接损伤盲肠,有时热传导也会间接损伤。阑尾根部僵硬、肿胀及增粗明显者,建议用 4 号线双重结扎处理,避免用钛夹或 HEM-O-LOK 钳夹,防止将其切割断。对于特殊位置阑尾,如腹膜后位或盲肠浆膜下阑尾,分离暴露阑尾难度较大,极易出现副损伤,不可强行操作,宜中转开腹手术。

参考文献

- 1 Gotz F, Pier A, Bacher C. Modified laparoscopic appendectomy in surgery. A report on 388 operations [J]. *SurEndosc*, 1990, 4(1): 6-9.
- 2 Herman J, Duda M, Lovecek M, et al. Open versus laparoscopic appendectomy [J]. *Hepatogastroenterology*, 2003, 50(53): 1419-1421.
- 3 Oka T, Kurkchubasche AG, Bussey JG, et al. Open and laparoscopic appendectomy are equally safe and acceptable in children [J]. *SurEndosc* 2004, 18: 242-245.
- 4 Pandza H. Laparoscopic treatment of lower abdominal pain related to chronic appendicitis [J]. *Med Arh*, 2008, 62(5-6): 268-270.
- 5 Yagnik VD, Rathod JB, Phatak AG. A retrospective study of two-port appendectomy and its comparison with open appendectomy and three-port appendectomy [J]. *Saudi J Gastroenterol*, 2010, 16(4): 268-271.
- 6 王小林, 张文, 魏明发, 等. 腹腔镜与开腹阑尾切除术治疗儿童复杂性阑尾炎的回溯性研究 [J]. *临床外科杂志*, 2010, 18(2): 118-120.
- 7 高群, 卢贤映, 潘祝彬, 等. 小儿腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的对比研究 [J]. *临床小儿外科杂志*, 2010, 9(3): 218-219.
- 8 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜科学组. 腹腔镜阑尾切除术常 [J]. *腹腔镜外科杂志*, 2006, 11(4): 359-360.