

## · 经验交流 ·

## 小儿阑尾周围脓肿的治疗

廖伟敏 张陵武

【关键词】 阑尾切除术; 脓肿; 治疗; 儿童

小儿阑尾周围脓肿的治疗方法包括保守治疗及手术治疗, 两种方法各有利弊。广西省北海市人民医院 2002 年至今收治 126 例, 现报告如下。

## 临床资料

## 一、一般资料

126 例中, 男 70 例, 女 56 例, 年龄最小 1.6 岁, 最大 14 岁, 平均 6.2 岁, 其中 3 岁以下 38 例。发病至入院时间最短 2 d, 最长 8 d, 平均 5 d。临床表现: 腹痛 126 例 (100%); 恶心、呕吐 57 例 (57/126, 45.3%); 发热 116 例 (116/126, 92.1%), 其中体温  $38.5^{\circ}\text{C}$  以上 86 例 (86/126, 68.2%); 巩膜黄染 4 例 (4/126, 3.2%); 右下腹触及包块 88 例 (88/126, 68.8%)。126 例均经腹部 B 超确诊, 腹部包块最小  $3.2\text{ cm} \times 4.5\text{ cm}$ , 最大  $10.3\text{ cm} \times 12.4\text{ cm}$ 。白细胞计数均升高,  $>20 \times 10^9/\text{L}$  者 54 例 (42.9%)。入院前均经抗感染治疗。

## 二、治疗方法

82 例予手术治疗, 8 例为保守治疗一段时间后转手术治疗, 采取阑尾切除加腹腔冲洗术 72 例, 一期切除率为 83% (72/82), 32 例术后予腹腔引流; 采取单纯腹腔引流术 10 例。44 例予静脉滴注抗生素、局部外敷中药或物理治疗等保守治疗。

## 三、结果

82 例手术患儿均痊愈, 无复发, 其中 72 例顺利切除阑尾; 5 例术后形成盆腔脓肿, 其中 3 例经保守治疗、2 例予再次腹腔引流, 6 例合并切口感染; 单纯腹腔引流 10 例, 3 例合并切口感染。44 例保守治疗患儿中, 治愈 38 例; 5 例好转, 出院时脓肿尚未完全吸收; 1 例死亡, 死于脓肿破裂、中毒性休克; 12 例出院 2~5 个月后复发, 复发率 27.4%。

## 讨 论

小儿急性阑尾炎病史不典型, 主诉不清楚, 加上小儿体检欠合作, 易误诊。有报道 12 岁以下小儿急性阑尾炎早期误诊率达 28%~57%, 新生儿为 100%<sup>[1]</sup>。小儿阑尾周围脓肿是由于急性阑尾炎未及时治疗, 导致阑尾被大网膜粘连包裹, 形成炎症包块, 继而导致阑尾坏死穿孔, 形成局限性腹膜炎、阑尾周围脓肿, 约占小儿阑尾炎的 4%~10%<sup>[2]</sup>。临床主要表现为腹痛、恶心、呕吐、发热、腹部包块。右下腹包块是诊断阑尾周围脓肿的主要依据。腹部 B 超检查对诊断有重要意义。

小儿阑尾周围脓肿的治疗以往多以非手术治疗为主, 其原因是 I 期切除阑尾困难, 可能发生并发症, 如切口感染、炎症扩散、腹腔残余感染、肠瘘、粘连性肠梗阻等<sup>[3]</sup>。近年来有学者主张一期切除阑尾, 认为保守治疗时间长, 疗效不满意, 易复发, 保守治疗后, 病变周围粘连及纤维束带压迫将影响阑尾的蠕动及排空, 复发率更高<sup>[4]</sup>。有报道含粪石的脓肿复发率达 60%<sup>[5]</sup>。在保守治疗过程中存在脓肿破溃引起弥漫性腹膜炎、中毒性休克的危险。目前小儿阑尾周围脓肿一期切除率已有很大提高, 手术并发症不断下降, 因此小儿阑尾周围脓肿的手术指证宜放宽。小儿特别是婴幼儿大网膜发育差, 常不能使炎症局限, 阑尾周围脓肿较成人易破溃。作者认为, 除了对炎症已控制、阑尾周围脓肿直径小于 6 cm, 且有缩小趋势者进行保守治疗外, 其他都应视为手术适应证。特别是对于中毒症状重, 高热, 体温持续  $38.5^{\circ}\text{C}$  以上, 脓肿直径  $>6\text{ cm}$ , 白细胞计数  $>20 \times 10^9/\text{L}$ , 疼痛持续或范围较大, 脓肿进行性增大, 出现巩膜黄染者应积极手术。术中应仔细分离粘连, 吸净脓液, 去除脓腔, 必要时放置腹腔引流管, 阑尾切除后残端不强求荷包包埋, 而应处理可靠, 若阑尾已完全坏死溃烂, 无法辨认则可只行单纯腹腔引流。

(下转第 236 页)