

急性阑尾炎合并肠梗阻 66 例诊疗分析

赵贤峰 张风华 马新生 张建安 刘伟 李新房 张丽永 李静涛

【关键词】 阑尾炎；肠梗阻；诊断；治疗

作者自 2002 年至今共收治急性阑尾炎 378 例，其中首诊以肠梗阻收入院的患儿 66 例，现总结 66 例以肠梗阻收入院的重症阑尾炎患儿临床资料，对其诊断与鉴别诊断、手术治疗以及术后救治情况进行分析。

临床资料

一、一般资料

66 例中，年龄最小 4 个月，最大 12 岁，从发病到入院时间最短 72 h，最长 6 d；均以肠梗阻或不完全性肠梗阻收入院，入院时体温 38.6℃~41℃。血常规：白细胞计数最低 $29 \times 10^9/L$ ，最高达 $40 \times 10^9/L$ 。中性粒细胞比率最低 85%，最高达 95%。血生化检查：二氧化碳结合力 16 mmol/L 以下，血钠 120 mmol/L 以下，均存在典型的脱水、酸中毒表现。术前常规立位腹平片检查，66 例均有不同程度肠管胀气、大小不等梯状气液平面，未见膈下游离气体，诊断为肠梗阻。

二、手术方法

66 例中，手术治疗 64 例；保守治疗 2 例。64 例手术患儿均按肠梗阻采用右侧腹直肌切口，吸出腹腔内脓液，探查腹腔，分离广泛粘连的肠管。术中见 26 例为阑尾坏疽；9 例为阑尾穿孔伴粪石；27 例阑尾化脓穿孔；2 例系美克尔憩室穿孔。均可见大网膜与肠管广泛粘连，肠管扩张。对 22 例伴肠管扩张严重者行肠减压术。64 例均松解肠管与肠管及大网膜等组织的多处粘连，使肠管完全通畅；为预防术后肠粘连，常规腹腔内放置肌酐糖 2~10 mL，以温碘伏、生理盐水反复冲洗腹腔，于一侧或双侧下腹部放置橡胶引流管。

三、结果

64 例手术患儿均获痊愈。2 例保守治疗患儿因中毒性休克、抢救无效而死亡，死亡率占 3.1%。术后出现切口感染 18 例（皮下感染），占 28.1%，因肠粘连致肠梗阻 18 例，17 例经保守治疗痊愈，1 例经二次手术行肠粘连松解术，术后均痊愈。术后随访 48 例，占手术病人的 75%，随访时间最短 1 周，最长 3 年，除 1 例术后 14 个月因肠粘连保守治疗无效，行肠粘连松解术外，其他患儿均恢复正常。

讨 论

急性阑尾炎是小儿外科常见疾病，早期病例诊断和手术治疗较容易，效果满意。但由于多种原因没能早期诊断，致使病情加重，发展至炎性梗阻，给临床明确诊断带来困难。本组患儿均在外院治疗 72 h 以上，出现腹胀、呕吐，停止排便，以肠梗阻转入本院。资料显示，这种情况约占小儿外科急腹症的 1/4，常见于 6~10 岁学龄前儿童^[1]。年龄越小，临床表现越不典型，容易误诊，误诊率近 40%。

小儿的解剖生理与成人不同，病情发展快，有作者报道小儿急性阑尾炎合并弥漫性腹膜炎达 18%^[2]。本组患儿入院时不以常见的急性阑尾炎表现就诊，全部以肠梗阻或者不全梗阻收入院，部分呈轻度休克表现，出现表情淡漠、烦躁、腹胀、全腹有压痛，甚至浅昏迷。患儿高热，体温达 39℃ 以上，伴呕吐、烦躁不安，易与小儿脑炎、中毒性休克相混淆。由于小儿不能清楚表述症状，很多家长对病变过程描述不太清楚。作者所收治的 66 例患儿均在其他医院小儿内科以小儿脑炎、小儿消化不良、小儿胃肠炎等治疗了 2~6 d，症状进一步加重，转来本院后经腹部超声及 X 线立位腹平片等检查以肠梗阻收入。

本组患儿的最大特点是腹胀明显，伴频繁呕吐，腹部立位平片显示肠管胀气，张力较高，且伴大小不等的多个气液平面，为典型肠梗阻征象。手术中要探查排除其他疾病引起的肠梗阻，如

临床最常见的小儿肠套叠,肠套叠患儿除肠梗阻的临床症状外,大多有血性或果酱样大便。腹部超声检查可探及腹部包块,且发病年龄多在 4~10 个月。本组有 2 例新生儿阑尾炎,术中发现阑尾已穿孔。新生儿阑尾炎较少见,初始诊断困难,以致病情加重。有报道美克尔憩室可发生憩室炎(或伴穿孔),导致弥漫性腹膜炎引起肠梗阻^[3]。

腹部超声检查提示肠管扩张明显,右下腹肠管水肿、扩张成团。检查中能发现阑尾发炎、肿大者只占 40%,且需要经验丰富的超声科医师方可诊断。国外有文献报道超声可测量出小儿阑尾黏膜的厚度^[4]。本组 54 例超声检查提示盆腔或肠间隙积液,这对分析判断阑尾是否发展到穿孔、坏疽致盆腔积液有重要参考价值。也有文献报告 CT 可诊断阑尾粪石及穿孔^[5]。

腹腔穿刺简便易行。本组 57 例行单侧腹腔穿刺,9 例行双侧下腹腔穿刺,66 例中有 51 例抽出黄白色脓液,占 77.2%;抽出脓液可进一步帮助诊断为阑尾化脓及穿孔。其余 15 例未抽出脓液,但术中仍发现脓液存在,可能是脓液被大网膜及肠管包裹固定在小盆腔一侧或在肠管间隙某一部位。二是穿刺抽吸时一定不能用 5 mL 注射器针头,需用 7 号注射针头,防止脓液粘稠,针头细不能抽出,造成假阴性结果。

由于肠梗阻伴腹膜炎,本组均按探查术式采取右侧腹直肌切口。术中发现 2 例美克尔憩室患儿行部分连同憩室的肠切除肠吻合术。术中未发现肠套叠、肿瘤及其他引起梗阻的疾病。一经诊断需及时手术探查,不适当的保守治疗并发症的发生率可高达 46%^[6]。本组曾有 2 例重症阑尾炎患儿,发病时间超过 6 d,转至本院时已为重度中毒性休克,虽经全力抢救,终因呼吸、循环功能衰竭而死亡。本组患儿入院后采取纠正酸中毒、水电解质平衡紊乱,并积极术前准备,急诊手术。由于病情的发展,此时患儿已不再是阑尾的局部炎症,已发展致弥漫性腹膜炎^[7]。

手术不能只是单纯切除阑尾,此时病情已进展到穿孔、化脓、坏疽,腹腔内浸满脓液,肠管壁水肿,腹膜炎性增厚,质地松脆,肠管与肠管,肠管与肝脏、胆囊、膀胱、附件、大网膜多处粘连。腹腔内温度升高。此时切除病变阑尾,只是手术的一小部分,还需充分清除腹腔内脓液,锐性分离松解肠管与肠管,肠管与大网膜等处的粘连,摘除贴附于腹膜及肠管表

面的脓苔,完全松解炎性粘连梗阻。取腹腔脓液送细菌培养加药敏试验。本组术中采用生理盐水稀释碘伏(约 1:5 000)多次冲洗肠管及腹腔,至水清澈为止。腹腔污染用大量生理盐水或含抗生素的平衡液冲洗腹腔,可稀释脓液,降低单位体积的细菌计数,预防腹腔内脓肿发生^[8]。盆腔留置腹腔引流管,必要时双下腹各置一根引流管。手术后按弥漫性腹膜炎,依据细菌培养及药敏试验,选用敏感抗生素抗感染治疗。

以肠梗阻入院的小儿阑尾炎病情发展快,临床症状及体征不典型,治疗上应仔细体查,排除其他疾病引起的肠梗阻。小儿大网膜发育尚未完善,不能及时包裹,致使阑尾炎症迅速扩散。很多患儿就诊时表现为肠梗阻、中毒性休克甚至呈昏迷,给临床诊断造成很大困难。特别是基层医院或没有小儿外科专科的医院,对该病的认识不到位,多按胃肠炎、消化不良治疗,以致失去治疗最佳时机。

参考文献

- 1 周小渔,戴翼,周小兵. 小儿急腹症腹腔镜探查误诊分析[J]. 中华内镜杂志,2011,7:753-754.
- 2 周维,叶祥东,黎娜. 24 例婴幼儿阑尾炎诊治体会[J]. 临床小儿外科杂志,2005,4(5):365.
- 3 尹鉴淳,叶明,陈子民,等. 美克尔憩室致外科急腹症 34 例分析[J]. 临床小儿外科杂志,2010,6(3):214.
- 4 Bo-Kyung Je, Sung - Bum Kim, Seung Hwa Lee, Ki Yeol Lee, Sang Hoon Cha. Diagnostic value of maximal-outer-diameter and maximal-mural-thickness in use of ultrasound for acute appendicitis in children[J]. World Journal of Gastroenterology, 2011, 15(23):2900-2903.
- 5 Williams RF, Blakely ML, Fischer PE. Diagnosing ruptured appendicitis preoperatively in pediatric patients[J]. Journal of the American College of surgeons, 2009, 208(5):819-825.
- 6 Christine Whyte, Terry Levin, Burton H. Harris. Early decisions in perforated appendicitis in children: lessons from a study of nonoperative management[J]. Journal of Pediatric Surgery, 2008, 43(8):1459-1463.
- 7 桂荣花,彭旭,周福金,等. 腹腔镜与开腹手术治疗儿童坏疽性阑尾炎的比较[J]. 临床小儿外科杂志,2012,4(2):120.
- 8 张金哲,潘少川,黄澄如. 实用小儿外科学[M]. 浙江科学技术出版社,2003,788.