复杂性阑尾炎腔镜术后预防性置管引流的可行性研究

李 俊 （南方医科大学附属柳州医院普外一科，广西 柳州 545007）

［摘 要］ **目的** 探讨复杂性阑尾炎腔镜切除术后预防性置管引流的可行性。**方法** 回顾性分析 196 例行腔镜切除复杂性阑尾炎患者的临床资料，其中预防性置管引流 96 例，未预防性置管引流 100 例，比较两组术后并发症的发生率及住院天数。**结果** 术后总体并发症发生率及腹壁感染率置管组较未置管组高，且差异有统计学意义（$P<0.05$）。腹腔脓肿等并发症发生率两组之间无统计学差异（$P>0.05$）。置管组住院天数明显延长。**结论** 复杂性阑尾炎行腹腔镜阑尾切除术后常规放置腹腔引流没有必要，反而增加术后并发症的发生率。

［关键词］复杂性阑尾炎；腹腔镜阑尾切除术；预防性置管引流；并发症
［中图分类号］R656.8 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2011)05-0528-02

Feasibility study of preventive abdominal drainage after laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis

LI Jun (Department of General Surgery, Affiliated Liuzhou Hospital, Nanfang Medical University, Liuzhou Guangxi 545007, China)

Abstract: Objective To investigate the feasibility of preventive abdominal drainage after laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis. **Methods** The clinical data of 196 patients with complicated appendicitis underwent laparoscopic appendectomy were retrospectively analyzed, including 100 cases of drainage and 96 cases of non-drainage. The incidences of complication and hospital duration were compared between the two groups. **Results** The overall complication incidences and abdominal infection rate were lower in patients without drainage compared with those of patients with drainage, and the differences were of statistical significances, $P<0.05$. There was no difference in incidence of abdominal abscess between the two groups, $P>0.05$. The hospital duration was longer in patients with drainage. **Conclusion** It is unnecessary to perform abdominal drainage after laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis, it will increase the incidences of postoperative complications instead.

Keywords: complicted appendicitis; laparoscopic appendectomy; preventive drainage; complication

腹腔镜治疗复杂性阑尾炎（complicated appendicitis，CA），因可能增加术后腹腔脓肿（intra-abdominal abscess，IAA）的发生而备受争议[1-2]。腹腔镜阑尾切除术（laparoscopic appendectomy，LA）后预防性置管是防止术后腹腔内脓肿形成的常规措施。置管引流可以通过排出感染性渗液，防止手术后腹腔脓肿形成，并可早期防止吻合口漏以及观察出血[3-4]。然而，常规腹腔引流的应用越来越受到质疑[5]。本文对 2006 年 1 月至 2010 年 2 月我院收治的 196 例行 LA 的 CA 患者的相关临床资料进行分析，对复杂性阑尾炎腔镜术后预防性置管引流的可行性进行探讨。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 196 例，其中预防性置管引流 96 例，未预防性置管引流 100 例。置管组男女比例为 53∶43，平均年龄 38 岁。术后病理组织学分级：阑尾蜂窝织炎 55 例，阑尾穿孔坏疽 36 例，阑尾周围脓肿 5 例。未置管组男女比例为 64∶36，平均年龄 31 岁。术后病理组织学分级：阑尾蜂窝织炎 65 例，阑尾穿孔坏疽 32 例，阑尾周围脓肿 3 例。两组在性别比例、年龄、平均 ASA 病情分级和临床病理分型上差异无统计学意义（$P>0.05$）。病例纳入标准[6]：①有局限性腹膜炎；②手术时阑尾有穿孔、坏疽；③阑尾周围纤维膜性渗出，脓性渗液或阑尾周围脓肿。排除标准为：①单纯性阑尾炎患者；②全腹腹膜炎；③术前存在免疫缺陷；④16 岁以下；⑤资料不全。

1.2 手术置管及围手术期处理

由脐部建立气腹，阑尾根部外观组织正常的使用 endoloops 套扎，有水肿的使用可吸收线缝扎。常规用腹腔内置袋将标本移除。仔细清理腹腔，使用引流管组，引流管放置于阑尾残端位置，由右髂窝通过套管针的位置引出。围手术期抗生素使用于吸入麻醉时开始，连续使用 5 d。抗生素种类依据指南规定的感染性疾病经验用药，待术中渗液或脓液培养药敏结果出来后再调整用药。置引流后，如果引流液清亮且每天少于 50 mL 可予拔出，否则继续留置直到状况满意。所有患者术后肛门排气、胃肠功能恢复后开始进流质饮食。

1.3 观察指标

置管后，观察比较两组腹腔脓肿、腹壁感染、瘘、血肿的情况以及住院天数。

1.4 统计方法

采用 SPSS 15.0 统计软件进行数据处理。患者基本特征分

［作者简介］李 俊（1973 - ），女，黑龙江省克东市人，主治医师，硕士，主要从事普通外科方面的研究。E-mail：lijun11990@sina.com
［收稿日期］2011-05-17 ［修回日期］2011-06-19

析采用 Wilcoxon 和 McNemar 检验。术后情况比较,计量资料用 t 检验,计数资料行 χ^2 检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后随访 1 ~ 12 个月,平均 7 个月。所有并发症均发生在手术后 30 d 内。未置管组并发症发生率低于置管组,有统计学差异($P<0.05$)。其中置管组腹壁感染明显增多($P<0.05$),腹腔脓肿等其他类型并发症两组无统计学差异($P>0.05$)。术后住院天数未置管组少于置管组($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组术后情况比较

组别	腹腔脓肿(n)	腹壁感染(n)	瘘(n)	血肿(n)	术后住院天数(d)	并发症总数(n)	并发症发生率(%)
置管组	6	10	2	1	5.2 ± 3.8	19	19.8
未置管组	6	2*	1	0	4.1 ± 2.7*	9*	9.0*

*:与置管组比较,$P<0.05$;

3 讨论

越来越多的研究表明腹部手术后预防性腹腔引流是没有必要的,有时甚至带来一些危害,没有行预防性置管引流并不会增加患者的安全风险[7-8]。目前认为急诊手术后腹腔置管引流有两种用途[9]:①置管引流为腹腔积液或感染性渗液提供了一个出口,或为潜在瘘制造了一个向外的通道;②是预防性的作用,通过排空腹腔内残余的液体和阑尾周围脓液,防止近期腹腔感染及腹腔脓肿,并能提前发现出血或缝线脱落所致残端瘘。本研究对复杂性阑尾炎行腹腔镜切除术后常规预防性放置引流管的疗效进行评估。结果表明,常规置管明显增加了患者术后总的并发症发生率,主要是与引流管放置位置相关的腹壁感染数量增加。其原因可能是引流管的放置促使感染液顺着管壁进入皮下组织引起伤口感染。这个发现和 Pessaux 等[10]的研究分析吻合,他们也发现 LA 术后腹腔引流增加了伤口感染的发生率。

本研究发现常规置管不能减少腹腔深部感染的发生,置管组和非置管组腹腔脓肿感染几率相似,这表明预防性置管并不能引流整个腹腔内的液体。因此,可以设想手术后腹腔内脓肿形成是因为脓液残留而不在于残余有脓腔,脓腔会很快被邻近组织器官填满。根据这一结果,我们在手术切除病变的阑尾后尽可能拭尽感染渗液和腹腔内残余脓液,而手术中注意腹膜的保护可以解决非渗液外流导致的伤口感染。置管组住院时间延长,可能是因为引流管和肠管的直接接触削弱肠蠕动,因此置管病人被认为恢复慢,故保守的推迟了肠内营养的时间,再加之腹壁伤口感染加剧了肠麻痹。同时并发症的出现和治疗延长了住院天数。

另外,由于引流管未拔出病人仍然需留院。尽管在本项研究中没有特别调查患者住院费用项目,但住院时间的延长无疑增加了住院费用。

腹腔镜治疗复杂性阑尾炎由于腹腔镜视野宽广,冲洗彻底,可以将脓液冲洗干净。如果术后常规放置腹腔引流增加了伤口感染的发生率,并且不能预防腹腔深部的感染。因此腹腔预防性置管引流没有必要,可不作为常规。

[参考文献]

[1] Sauerland S, Lefering R, Neugebauer EAM. Laparoscopic versus open appendicectomy for suspected appendicitis (review)[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2010, (10): CD001546.

[2] Pedersen AG, Petersen OB, Wara P, et al. Randomised control trial of laparoscopic versus open appendectomy[J]. Br J Surg, 2001, 88(2): 200 - 205.

[3] Kirshtein B, Bayme M, Domchik S, et al. Complicated appendicitis: laparoscopic or conventional surgery? [J]. World J Surg, 2007, 31(4): 744 - 749.

[4] Markides G, Subar D, Riyad K. Laparoscopic Versus Open Appendectomy in Adults with Complicated Appendicitis: Systematic Review and Meta-analysis[J]. World J Surg, 2010, 34(9): 2026 - 2040.

[5] Narci A, Karaman I, Karaman A, et al. Is peritoneal drainage necessary in childhood perforated appendicitis? - a comparative study[J]. J Pediatr Surg, 2007, 42(11): 1864 - 1868.

[6] Yau KK, Siu WT, Tang CN, et al. Laparoscopic velxus open appendectomy for complicated appendicitis[J]. J Am Coil Surg, 2007, 205(1): 60 - 65.

[7] 严立俊,汤利民,张棉成,等. 腹腔镜胆囊切除术中腹腔引流的应用体会[J]. 腹腔镜外科杂志, 2007, 12(4): 336 - 337.

[8] Allemann P, Probst H, Demartines N, et al. Prevention of infectious complications after laparoscopic appendectomy for complicated acute appendicitis-the role of routine abdominal drainage[J]. Langenbecks Arch Surg, 2011, 396(1): 63 - 68.

[9] Schein M. To drain or not to drain? The role of drainage in the contaminated and infected abdomen: an international and personal perspective [J]. World J Surg, 2008, 32(2): 312 - 321.

[10] Pessaux P, Msika S, Flamant Y. Risk factors for postoperative infectious complications in noncolorectal abdominal surgery[J]. Arch Surg, 2003, 138(3): 314 - 324.

(编辑:唐秋姗)