阑尾周围脓肿外科治疗的体会

Experience of periappendiceal abscess for surgical therapy

吴廷立[1],江瑞范[2],李瑞亭[2] (佳木斯中心医院:1.普外二科;2.妇产科,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 阑尾周围脓肿;外科治疗
[中图分类号] R574.61 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0037-01

阑尾周围脓肿是急性阑尾炎的常见并发症,通常采取保守治疗,但存在住院时间长,愈后易复发,需再次手术治疗等缺点,我科自1998年至2008年共收治阑尾周围脓肿患者61例,其中57例施行了一期阑尾切除术,占95%,均获得了良好的治疗效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者57例,其中男38例,女19例;年龄8~82岁,平均45岁。发病至手术时间最短3 d,最长12 d,平均7.5 d。术中见阑尾坏疽穿孔大膜及周围组织包裹形成单一脓腔22例,占38%;化脓性阑尾炎,大网膜及周围组织包裹形成炎性团块34例,占59%。

1.2 手术方法

麦氏切口35例,右下腹直切口22例。阑尾残端处理:阑尾根部结扎+荷包缝合包埋31例,单纯阑尾根部结扎或加缝扎22例。全层缝合盲肠壁4例。放置腹腔引流25例,32例未放置引流。

2 结果

术后常规给予敏感抗生素治疗,57例患者全部治愈,切口均一期愈合,无肠瘘发生,平均住院时间8 d。

3 讨论

急性阑尾炎发作数日,右下腹触及炎性包块或B超检查发现包块者,传统观点多倾向于保守治疗,或行脓肿引流术,并且长时间应用抗生素治疗[1]。其依据是由于组织炎症水肿和广泛粘连,不易分离和寻找阑尾,若强行切除阑尾,有损伤肠管、形成肠瘘的可能,并且手术治疗可能破坏小肠、大网膜形成的保护性屏障,使炎症扩散形成弥漫性腹膜炎。所谓的"阑尾周围脓肿"相当一部分为大网膜及周围组织包裹形成的炎性肿块,因发病时间不是很长,这种新鲜纤维素性粘连很容易将其分开,切除阑尾并不困难,随着医疗条件的改善,特别是高效抗生素的使用,外科手术技术的提高,控制术后可能发生的感染扩散已成为可能[2-3]。本组57例病例均成功实行了一期阑尾切除术,因此,对于发病时间较短,体征较明显,病情进展较快的阑尾包块病人,特别是有中毒症状伴有局限性或弥漫性腹膜炎体征,抗生素治疗短期效果不佳的病人应及时手术治疗。本文认为一期阑尾切除是可行的、安全的,因为施行一期阑尾切除术有以下优点:①消除了感染源,避免多次复发给病人带来的精神、经济负担;②避免了保守治疗失败中转手术带来的较多并发症;③避免了保守治愈后择期手术,引流者再次手术切除阑尾的痛苦;④纠正误诊误治,避免了因其他疾病而延误治疗带来的不良后果。

阑尾周围脓肿施行一期手术治疗右下腹查切口或麦氏切口均可,直切口便于扩大有利探查,麦氏切口显露满意、创伤小、愈合快、切口不易裂开。多数情况下仍可采用荷包缝合包埋残端,由于阑尾化脓坏疽甚至穿孔,盲肠壁充血水肿严重者,荷包缝合有困难采用根部结扎+缝扎,不用其它组织覆盖或缝合,本组57例中无肠瘘发生,是一种安全可靠的阑尾根部处理方法[4-6]。阑尾周围的粘连应用手指轻轻钝性分离,不宜强行剥离,以免引起出血或损伤,打开脓腔时要充分吸净脓液,以防脓液流出污染腹腔,同时切除包裹附着脓苔之大网膜,以消除感染源,防止残余脓肿的发生。放置腹腔引流,阑尾切除术后是否放置引流仍有争议,我们认为残端处理满意,脓液未扩散者无需放置引流,在脓腔较大,创面有渗出,水肿明显时可放置乳胶管引流。本组放置引流管者多在术后1~2 d内拔除,均无明显脓液或渗出流出。阑尾炎的主要致病菌为大肠杆菌及厌氧菌,宜选用抗革兰阴性杆菌及抗厌氧菌的抗生素,术后用药时间视病情而定。

[参考文献]

[1] 黄锦胜.42例阑尾周围脓肿外科治疗[J].医学信息·手术学分册,2008,21(5):456-458.
[2] 高学军,许兆吉,杜天月.烂尾周围脓肿一次性阑尾切除23例报告[J].华北煤炭医学院学报,2003,5(3):342.
[3] 景永军,韩顺昌.局部麻醉与硬膜外麻醉下阑尾切除术320例分析[J].局解手术学杂志,2007,16(3):185.
[4] 王 诚,林汉旻.Ⅰ期手术切除治疗阑尾周围脓肿98例[J].基层医学论坛,2006,10(9):786.
[5] 余卫东.阑尾周围脓肿的外科治疗[J].中原医刊,2006,33(21):61.
[6] 林大富,涂永久,高传文.急性阑尾炎并发门静脉炎诊治12例临床分析[J].局解手术学杂志,2004,13(3):170-171.

(编辑:周小林)

[收稿日期] 2008-11-13 [修回日期] 2008-12-15