维普资讯 http://www.cqvip.com

腰部切口治疗盲肠及腹膜后阑尾周围脓肿

李晓帆* 王延江** 金锡尊***

R656.805

阑尾周围脓肿是由急性化脓性或坏疽穿孔性阑尾炎经大网膜及周围组织器官包裹形成。是急性阑尾炎临床类型之一，约占急性阑尾炎的 10%，其治疗方法一般认为当局限性腹膜炎被完全包裹，形成完整的脓肿壁，且难以自行吸收时，应适时行脓肿切开引流。既往手术方法是经腹切口，切开脓肿壁、吸净脓汁、置胶管引流，不予冲洗，以免炎症扩散，我们在临床实践中体会到，阑尾周围脓肿可按不同部位选择不同的切口。特别是经腹部 CT 诊断为盲肠后或腹膜后的甚至有向后腹壁穿透趋势及已经穿透后腹壁的脓肿，我们改用经腰部切口，不经腹腔，直接切开脓肿壁，吸净脓汁并予反复冲洗，置管引流，经引流管可灌注抗菌药物，必要时加注硬化剂，减少脓肿壁渗出。

临床资料

本组病人共 5 例，经腹部 CT 证实均为盲肠后位或腹膜后位阑尾周围脓肿。5 例患者均有不典型的可疑阑尾炎病史，未予及时治疗，后来我院，其中 2 例脓肿已穿破腰方肌及腰背筋膜，形成右臀上深部脓肿，局部肿胀，压痛明显。1 例已穿破皮肤，有脓汁流出。

手术方法

采用右侧卧位，局麻下右腰部切口，切口选在髂嵴上缘，距后正中线 8～10 厘米处，与后正中线平行长约 5～7 厘米。切开皮肤、皮下组织和腰背筋膜，钝性分离腰方肌（少数可穿过腰大肌外侧部分）穿过后腹膜或直接进入脓肿，用吸引器吸净脓汁，分别用 1∶1000 洁尔灭溶液、双氧水和生理盐水冲洗后，置胶管引流固定，逐层缝合切口，术后引流管负压吸引，全身应用广谱抗生素治疗。术后平均拔管时间 8 天，康复出院时间 12 天，切口愈合均良好，无一例出现感染。

讨 论

阑尾周围脓肿，当脓肿较大，脓汁量多，壁较厚时，机体难以自行吸收而消失，常需切开排脓并置管引流，对腹膜后和盲肠后脓肿，既往亦用于与阑尾切除基本相同的切口，必须打开腹腔进行操作。我们在实践中改进了手术方法，采用右腰部不经腹腔直接切开脓肿，吸出脓汁，药物冲洗，置管引流。

该方法有以下优点：1. 腰部切口不打开腹腔，对腹腔内环境无干扰，避免了术中腹腔污染和术后肠粘连等诸多的并发症。2. 麻醉方法简单，效果满意，避免了硬膜外麻醉并发症的发生。3. 冲洗彻底，必要时可灌注无水乙醇，使脓腔壁硬化，减少渗液。4. 对机体打击小，特别是老年人伴有严重器质性疾病者，仍能耐受手术治疗。5. 操作简单，要求条件低，病人住院时间缩短，经济损失小。

应注意的几个问题：1. 诊断必须准确无误，最好采用 CT 定位，对于非腹膜后及盲肠后阑尾周围脓肿不能采用此方法。2. 切口选择不可靠近后正中线，以距正中线 8～10 厘米为宜，此处腹膜后无重要器官。3. 切开腰背筋膜，经腰方肌进入脓腔后，操作要轻柔，避免破坏脓肿壁，导致感染扩散。

（收稿：1997－11－19）

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市第二发电厂医院
** 红旗岭医院
*** 佳木斯医学院附一院