

# 一期腹腔镜手术治疗阑尾周围脓肿保守治疗不佳患者的疗效观察

宁宇<sup>1</sup>, 高妍<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>北华大学附属医院普通外科, 吉林 吉林

<sup>2</sup>北华大学附属医院神经内科, 吉林 吉林

收稿日期: 2024年10月29日; 录用日期: 2024年11月23日; 发布日期: 2024年12月3日

## 摘要

目的: 观察腹腔镜阑尾切除术治疗阑尾周围脓肿保守治疗不佳患者的疗效。方法: 对北华大学附属医院普外二科收治的7例阑尾周围脓肿经保守治疗后予腹腔镜对阑尾周围脓肿切开引流术联合阑尾切除术。结果: 7例患者均一期腹腔镜手术完成, 阑尾完整切除, 平均时长90分钟, 未中转开腹, 患者术后均恢复良好并出院。结论: 腹腔镜下阑尾周围脓肿切开引流术联合阑尾切除术, 加速患者疾病康复, 减轻炎症反应, 改善预后, 对治疗阑尾周围脓肿治疗安全、有效, 可以应用及推广。

## 关键词

腹腔镜下阑尾周围脓肿切开引流术, 阑尾周围脓肿, 阑尾切除术

# Observation of the Therapeutic Effect of One-Stage Laparoscopic Surgery on Patients with Poor Conservative Treatment of Periappendicular Abscess

Yu Ning<sup>1</sup>, Yan Gao<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Department of General Surgery, Affiliated Hospital of Beihua University, Jilin Jilin

<sup>2</sup>Department of Neurology, Affiliated Hospital of Beihua University, Jilin Jilin

Received: Oct. 29<sup>th</sup>, 2024; accepted: Nov. 23<sup>rd</sup>, 2024; published: Dec. 3<sup>rd</sup>, 2024

\*通讯作者。

文章引用: 宁宇, 高妍. 一期腹腔镜手术治疗阑尾周围脓肿保守治疗不佳患者的疗效观察[J]. 临床医学进展, 2024, 14(12): 22-26. DOI: 10.12677/acm.2024.14123043

## Abstract

**Objective:** To observe the efficacy of laparoscopic appendectomy in the treatment of periappendicular abscess in patients with poor conservative treatment. **Methods:** 7 cases of periappendiceal abscess were treated by laparoscopic incision and drainage combined with appendectomy after conservative treatment in the second Department of General Surgery, Affiliated Hospital of Beihua University. **Results:** All of the 7 patients underwent one-stage laparoscopic surgery and complete appendectomy, with an average duration of 90 minutes, without conversion to laparotomy. All patients recovered well after surgery and were discharged from hospital. **Conclusion:** Laparoscopic incision and drainage combined with appendectomy can accelerate the recovery of the disease, reduce the inflammatory response and improve the prognosis. It is safe and effective for the treatment of periappendicular abscess, and can be applied and popularized.

## Keywords

Laparoscopic Incision and Drainage of Periappendicular Abscess, Periappendicular Abscess, Appendectomy

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

急性阑尾炎(Acute Appendicitis, AA), 这个急腹症在各个普通外科都是最常见的, 在无明确手术禁忌时, 需早期确诊, 早期手术治疗。急性阑尾炎患者最初通常表现为脐周或上腹痛, 早期病情隐匿, 往往因病人认识不当或医生诊断延误而错过早期治疗机会, 从而发展为阑尾周围脓肿。阑尾周围脓肿属于复杂性急性阑尾炎, 相当于急性阑尾炎的并发症[1]。

急性阑尾炎治疗不当可以形成阑尾周围脓肿, 它是左右并发症中最常出现的, 脓肿也可以出现在腹腔其他部位, 其他常出现的部位包括膈下、盆腔或肠间隙等处。阑尾周围脓肿的临床表现症状包括压痛性肿块、腹胀(类似麻痹性肠梗阻)以及高热、头疼、呼吸急促等全身感染中毒症状。相比手术治疗, 非手术疗法后再次出现症状可能性极大[2]。因此应在治愈后3个月左右手术切除阑尾, 相比急诊手术效果好[3]。

这样保守治疗后择期手术治疗不但延长患者病程, 同时对患者心理、生理及家庭经济上增添很大负担, 且存在较高的复发风险, 极易引发穿孔。

本研究对阑尾周围脓肿保守治疗效果不佳的患者尝试行腹腔镜手术治疗, 均得到较好的临床效果, 从而探讨阑尾周围脓肿一期手术治疗可能性。现报道如下:

## 2. 临床资料与方法

### 2.1. 一般资料

选取2023年6月~2024年6月北华大学附属医院普外二科收治的阑尾周围脓肿患者7例。纳入标准和排除标准。纳入标准: 患者均通过相关检查, 包括实验室检查、CT影像学检查、B超检查等确诊为阑尾周围脓肿; 患者均存在明显腹膜刺激征, 包括右下腹压痛、转移性右下腹痛史等; 患者出现炎症包块,

中性粒细胞百分比 > 75%, 白细胞计数(White Blood Cell Count, WBC) >  $10.0 \times 10^9/L$ ; 患者麻醉等治疗耐受度较高, 均有手术治疗指征; 患者依从性较好。排除标准: 患者存在自主沟通困难, 听力、语言功能障碍; 患者既往存在精神类疾病史; 心肺等重要脏器功能异常; 患者存在全身感染、凝血功能障碍、严重基础疾病; 临床资料不完整; 不能配合, 中途退出治疗; 因肿瘤而引发阑尾周围脓肿; 存在腹腔镜手术禁忌证。其中女性 4 例, 男性 3 例, 7 例患者病史均超过 3 天。患者 53 岁~82 岁, 平均年龄 68 岁。术前查体: 右下腹均可触及包块, 其中 5 例伴弥漫性腹膜炎, 2 例为局限性腹膜炎改变。术前腹部 CT 或右下腹彩超提示, 局部小肠或大网膜包裹, 考虑阑尾周围脓肿。经保守治疗后, 其中 2 例持续高热, 2 例腹痛症状加重, 3 例腹胀症状加重, 考虑保守治疗无效, 具有手术指征, 给予腹腔镜下阑尾周围脓肿切开引流术、阑尾切除术。

## 2.2. 方法

术前准备: 根据患者禁食水及腹胀情况, 行胃肠减压, 若患者腹胀明显, 或禁食水时长未达麻醉要求, 给予胃肠加压处置。根据患者一般病程时长及 CT 等检查情况, 评估患者手术时间, 如果时间较长, 术前麻醉状态给予留置导尿。

手术: 待全麻生效后, 取头低足高位, 左侧倾斜  $20^\circ$ 。采用三孔法, 穿刺点位置为脐上 10 mm, 为观察孔。脐下正中 5 cm 水平置入 5 mm 副操作孔, 右腋前线平脐水平置入 10 mm 主操作孔, 阑尾周围脓肿手术治疗, 因阑尾部位不明确及周围解剖复杂, 为阑尾切除的难点。一般从脓肿周围粘连开始分离, 不断用吸引器负压状态下, 刮吸粘连、脓壁、脓腔, 初步分离易分离组织, 但吸引器锐性分离作用明显, 禁用吸引器反复刮吸肠壁, 避免水肿、质脆肠管损伤。分离肠管及其周围粘连组织时, 建议用超声刀“小刀快走”式分离。分离脓肿时目的性明确, 一要了解阑尾解剖结构, 而是寻找结肠带, 裸化回盲部。通常脓液、坏死组织或包裹最重, 通常为阑尾炎严重最重处, 这可以有助我们阑尾的寻找。在一些情况下, 沿结肠带寻找阑尾根部为简单, 安全方法。临床发现, 阑尾根部往往炎症、水肿较轻, 阑尾炎根部通常完整, 病情较轻。所以阑尾根部的处理, 相对简单, 但临床中也有发现阑尾根部穿孔, 此时用丝线间断或倒刺线连续缝合盲肠瘘点, 再内翻缝合。在阑尾周围脓肿通常阑尾显示不清情况下, 解剖关系不明确, 有时先断阑尾根部, 超声刀与阑尾浆膜紧靠, 逆行将阑尾系膜至阑尾尖部离断, 这种游离阑尾方法在阑尾周围脓肿, 解剖关系不明确时, 为最安全、有效的方法。积脓处如左右髂窝, 盆腔, 肝脏周围, 膈下等, 应少而多次反复温盐水冲洗, 最后纱布清拭。经右腹 10 mm trocar 常规留置经右髂窝盆腔引流管, 同时根据术中情况, 副操作孔 trocar 是否留置盆腔引流。术后常规取浓汁行细菌培养, 检查药物敏感情况, 帮助术后指导抗生素应用及阑尾行病理检查, 暂用头孢三代 + 甲硝唑抗炎治疗。

## 3. 结果

7 例手术时长: 35 分钟~140 分钟, 平均时长 83 分钟。7 例患者均一期腹腔镜手术完成, 阑尾完整切除, 未中转开腹。术后 8 小时后, 在患者未排气情况下, 均嘱其适当少量饮水或运动功能饮品, 如无腹胀、呕吐等情况, 嘱其高营养半流食。若有任何不适继续静脉高营养治疗, 同时嘱患者反复尝试饮水或运动功能饮品。患者引流管在术后 3~7 天内, 根据患者状态及引流情况, 在患者无腹痛、腹胀等腹部不适情况下, 在无发热, 且引流液清澈, 少于 10 ml 时给予拔出。7 例患者中 6 例在 1 周内出院, 仅 1 例患者在术后第 14 天出院。

## 4. 结论

多数阑尾周围脓肿患者选择非手术治疗, 脓肿虽然可以吸收, 但患者治疗时间较长, 有复发可能性,

因此此病部分患者非常困扰。对于已形成单腔的脓肿, 已达到手术适应证, 可以行手术引流[4]。伴随医疗技术的不断进步, 腹腔镜技术广泛应用在临床多个领域, 阑尾周围脓肿治疗开始使用腹腔镜阑尾切除术, 拥有术后恢复较快、切口小等诸多优点[5]。虽然, 重症阑尾炎可影响附近组织, 导致周围肠壁水肿, 容易损伤, 手术时误伤附近肠管而未发现。质地变脆或损伤的肠管在术后, 易出现溃破, 主要是因残余炎症而引起, 最终可形成粪瘘或肠瘘。阑尾水肿时所行的结扎可因术后炎症减轻、阑尾残端回缩导致结扎线脱落而形成粪瘘。如果肠瘘位置高, 量较大, 处理不当, 可导致病人死亡[6]。因此, 有学者不把阑尾周围脓肿列为腹腔镜手术的适应证[7]。

目前看来, 阑尾周围脓肿确诊后, 仍普遍认为需先以保守治疗为首选, 择期再行手术治疗。阮剑等[8]通过腹腔镜治疗阑尾周脓肿实际病例, 探讨高超的腹腔操作技巧前提下的可行性。到现在为止, 在我国, 阑尾周围脓肿治疗方法并没有统一。作者通过 7 例保守治疗不佳患者, 被动行手术治疗, 但 7 例患者术后均得到良好疗效, 故本作者认为一期阑尾切除术和腹腔镜行阑尾周围脓肿引流是安全有效、可以执行的, 而且与传统治疗理念相比, 具有明显优势: 一期腹腔镜下行阑尾切除, 脓肿切开引流术后感染轻, 恢复快, 可明显缩短阑尾周围脓肿的病程。由于腹腔镜视野清晰、宽广的特性, 冲洗彻底, 脓液可以吸净, 将感染的几率降到最低, 减少了残余脓肿的发生。同时腹腔镜的优势, 可减少甚至避免阑尾周围脓肿周围水肿肠管的副损伤。通过一期治疗明显缩短患者病程, 降低对患者机体损伤、有效加速术后康复等优点。并且减轻术后腹痛、腹胀等不适, 清除感染, 可迅速控制患者感染中毒反应。阑尾周围脓肿应用腹腔镜治疗创口小、伤害小、恢复迅速等益处[9]。同时更利于探查和同时处理腹腔和盆腔的其他病变。在住院费用上, 一期完成治疗, 比分期入院治疗, 优势更加明显, 一期完成治疗总费用明显低于分期治疗。

综上所述, 急性阑尾炎作为普通外科最常见的急症之一, 时常出现延误诊断及误诊可能性。手术治疗急性阑尾炎已经成为金标准。对于腹腔镜治疗阑尾周围脓肿患者, 可一期行腹腔镜阑尾周围脓肿切开引流术、阑尾切除术, 该手术方式安全可靠。改变了既往阑尾周围脓肿治疗需要先抗炎保守治疗, 待病情稳定 3 个月后再行手术治疗的观念。理论上阑尾周围脓肿患者一期腹腔镜手术治疗, 行腹腔镜阑尾周围脓肿切开引流术、阑尾切除术, 这种治疗方案是以患者为中心的治疗, 对患者来说, 缩短病程, 减轻病痛, 减少并发症, 改善预后, 同时能降低治疗所带来的经济负担和节约医疗资源, 具有更为良好的临床疗效。同时通过实际病例, 认为腹腔镜阑尾周围脓肿切开引流术、阑尾切除术安全可行。

## 声明

该病例报道已获得病人的知情同意。

## 基金项目

吉林市科技局项目(项目任务书编号: 20210409067)。

## 参考文献

- [1] 李世宽. 急性阑尾炎诊治策略[J]. 中国实用外科杂志, 2020, 40(11): 1331-1335.
- [2] 胡海涛, 赵普. 腹腔镜手术治疗阑尾周围脓肿 31 例[J]. 中国微创外科杂志, 2013, 13(11): 1049-1051.
- [3] 陈孝平, 汪建平, 赵继宗. 外科学[M]. 第 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 375-376.
- [4] 吴孟超, 吴在德. 黄家驹外科(上、中、下)[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1134-1136.
- [5] 胡新荣, 伍许月, 吴琼广, 等. 1期腹腔镜手术与保守方法治疗阑尾周围脓肿的效果分析[J]. 中国卫生标准管理, 2024, 15(14): 87-91.
- [6] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驹. 外科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1582.

- [7] 胡培墉, 吕坤, 张红心, 等. 腹腔镜治疗阑尾周围脓肿 43 例[J]. 现代医药卫生杂志, 2001, 17(6): 472.
- [8] 阮剑, 龚昭, 胡思安, 等. 腹腔镜治疗阑尾周围脓肿的应用探讨[J]. 中国内镜杂志, 2007, 13(7): 773-774, 776.
- [9] 张政玉. 腹腔镜手术治疗阑尾周围脓肿的效果研究[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(22): 73-75.