

小儿腹腔镜阑尾炎切除术 150 例临床分析

陆锦滢, 阮贤球, 彭新庆, 韦炳阳, 韦广飞

(广西武鸣县人民医院, 广西 武鸣 530100 E-mail: lujinying3868@163.com)

摘要:目的 探讨小儿腹腔镜阑尾切除术手术技巧及疗效。方法 分析自2008~2013年收治的150例小儿腹腔镜阑尾炎切除术的病例资料。结果 除9例中转开腹外,其他141例小儿阑尾炎均在腹腔镜下完成阑尾切除术,术后恢复好,并发症少,疗效显著。结论 小儿腹腔镜阑尾切除术技术安全,疗效可靠,值得开展。

关键词: 腹腔镜; 儿童; 阑尾炎; 阑尾炎切除术

中图分类号: R726.5

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2014)03-0390-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.035

腹腔镜阑尾切除术是随着腹腔镜外科技术发展而开展的一种新的手术方式,其安全、微创、恢复快等优点,让越来越多的人所接受,得以快速推广。同样,在小儿阑尾炎切除术的应用当中也不例外,目前已成为我院小儿阑尾炎手术治疗的首选。我院自2008~2013年行小儿腹腔镜阑尾炎切除术150例,效果满意,现分析如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组150例患者,年龄3~14岁,平均年龄8岁,男性85例,女性65例,发病时间2h~5d,平均1.5d,体重8~45kg,平均15kg,均述有右下腹疼痛,伴发热者125例,伴腹膜炎130例,术前查血常规白细胞增高者142例,彩超证实阑尾增大增粗者115例。患者无昏迷,无低血压等休克表现。

1.2 治疗方法 患者均予急诊手术,全部插管全麻,平卧位,取脐下缘10mm切口,气腹针插入腹腔后接气腹机,慢速注入二氧化碳气体,建立人工气腹,压力设为1.07~1.33kPa,气腹完成后拔出气腹针,将相应套管插入腹腔,再插入腹腔镜,并直视下于左下腹及右中腹各做一5mm切口并插入套管作为操作孔。先吸净积脓液,探查腹腔,先找到盲肠后再沿结肠带找到阑尾,分离周围粘连,提起阑尾远端,显露阑尾及系膜,双极电凝凝固阑尾系膜到组织变白,剪刀剪断系膜,阑尾根部先用分离钳轻轻钳夹后再用7号丝线套扎2次,线距约5mm,并于线间剪刀剪断阑尾,留阑尾残端长约2mm,最后用3-0可吸收线做阑尾根部周围缝合包埋残端。剪取8号灭菌乳胶手套大拇指指套,自脐部切口套管置入腹腔,将阑尾装入大拇指指套后再自脐部切口完整取出阑尾。再探查腹腔,视腹腔炎症感染程度用生理盐水冲洗及是否留腹腔引流管。术中出血少,甚至不出血,无输血。

2 结果

除9例中转开腹手术病例外,其余141例小儿腹腔镜阑尾切除术患者手术时间20~90min不等,平均40min,无大出血、腹腔脏器损伤等手术并发症发生,术后头孢类抗生素及甲硝唑二联抗炎治疗,住院3~9d,平均5d达临床治愈出院。术后随访,发现脐部切口红肿2例,换药后治愈,肠粘连并不全性肠梗阻3例,均保守治疗康复,无再次开腹手术病例。

3 讨论

小儿阑尾炎是小儿腹部外科的常见多发病,且小儿阑尾穿孔率较高,由于患儿的解剖生理特点,一旦确诊均宜早期手术治疗^[1],如延误治疗后可产生局限性或弥漫性腹膜炎,产生严重后果,危及生命,而保守治疗又可导致阑尾反复发作及肠粘连、盆腔炎等不良后果,影响生活学习,早期主张手术治疗时间以72h内为佳,部分病人如超过72h,但腹腔炎症不很明显,且未探及腹腔包块存在,也可首选手术治疗。

小儿阑尾炎有传统开腹阑尾切除术及腹腔镜阑尾切除术2种,但传统开腹阑尾切除术切口较大,要探查全腹腔非常困难,难以清除腹腔积脓,且术后切口感染发生率较高,术后肠粘连、肠梗阻时有发生,住院时间长。而小儿腹腔镜阑尾切除术,在

腹部瘢痕小,手术安全,创伤小,恢复快,术后并发症少等均较传统手术有明显优势,2006年柏林国际会议上明确提出治疗急性慢性阑尾炎首选腹腔镜阑尾切除术^[2],故现已成为许多医院的首选。

小儿腹腔镜阑尾切除术可以充分显露整个腹腔内情况,对于腹腔积液和积脓,可以更充分地进行吸出并盐水冲洗,减少术后腹腔脓肿机会,有效地清除腹腔内的炎症,对术后恢复至关重要^[3],且同时可以发现合并的其他病变。小儿腹腔镜下显露阑尾系膜清楚,我们用双极电凝凝固3~5s可使阑尾系膜组织变白,剪刀剪断系膜不再出血,不再使用超声刀或线型切割器切断阑尾系膜,节约成本,可明显减轻患者经济负担。对于阑尾根部的处理,我们用7号丝线套扎即能达到很好效果,不用双重钛夹,避免金属异物腹腔内残留,当然,如阑尾根部糜烂,则予行间断或“8”缝合封闭。阑尾残端我们均常规进行荷包缝合包埋,剪取10cm长3-0可吸收线在距阑尾根部约10cm盲肠壁上做荷包缝合包埋阑尾残端,可以达到与开腹手术相同的效果。不包埋阑尾残端在炎症较重时裸露残端容易形成感染源,继发腹腔感染、阑尾根部脓肿等,有时阑尾根部较粗或坏疽,结扎困难,术后易出现肠漏、残株炎等并发症^[4]。同时因腹腔镜有放大作用,视野好,并不会加重腹腔脏器的损伤,从而不会增加术后肠粘连、肠梗阻机会,另外只要手术者有扎实的腹腔镜基本功,一般荷包缝合包埋时间为2~10min,平均5min,不会造成手术时间延长。切口有套管保护,切除的阑尾放入8号灭菌乳胶手套大拇指指套中再从脐部切口套管完整取出,手术操作及取出阑尾均不直接接触切口,有效杜绝标本与皮肤或皮下组织直接接触,降低术后感染或脂肪液化^[5]。总之针对术中遇到的不同困难情况,结合腹腔镜技术均可以有效处理^[6]。

当然,小儿腹腔镜阑尾切除术需要注意的是:①选择病人无明显感染中毒症状,精神状态良好,无休克表现;②手术者需要有腹腔镜基础,手术操作过程需有耐心,不要急于求成,如发现腹腔广泛粘连,或后位阑尾并脓肿形成,操作难度大时考虑中转开腹手术。本组9例中转开腹患者中,5例因腹腔广泛粘连,4例因后位阑尾并合并脓肿而改变手术方式,主要考虑避免术中损伤邻近组织器官。

总之,小儿腹腔镜阑尾切除术为微创手术,损伤小,且视野观,有放大作用,手术安全系数高,其术后并发症少,恢复快,腹部瘢痕不明显,不影响美容,疗效可靠,且住院费用无明显增多,值得开展。

参考文献:

- [1] 敖建平, 黄学平, 陈川. 小儿腹腔镜阑尾切除与传统阑尾切除术的对比研究[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(15): 1834-1835.
- [2] 于海涛, 蔡维山, 李世林. 腹腔镜阑尾切除术的学习曲线研究[J]. 中国医药前沿, 2013, 8(4): 106, 102.

- [3] 董亮,崔华雷,王晓晔,等. 小儿急性阑尾炎腹腔镜治疗——附11例报告[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2013, 19(2):164-165.
- [4] 黄涛,丁燕东. 腹腔镜阑尾切除术在乡镇医院的应用[J]. 中国微创外科杂志, 2013, 13(4):376,380.
- [5] 陆日克. 腹腔镜阑尾切除术与传统开腹阑尾切除术疗效比较[J]. 右江民族医学院学报, 2013, 35(3):296-297.
- [6] 饶珠峰. 困难型腹腔镜阑尾切除的手术体会[J]. 右江民族医学院学报, 2013, 35(2):148-149.

收稿日期:2014-02-18;修回日期:2014-03-24

54例胫腓骨骨折并骨筋膜室综合征的治疗体会

李兴艳¹, 印卫锋²①

- (1. 广西中医药大学附属瑞康医院骨四肢Ⅱ区, 广西南宁 530011 E-mail:448445226@qq.com;
2. 华中科技大学同济医学院附属同济医院骨科创伤病区, 湖北 武汉 430030)

摘要:目的 探讨骨筋膜室综合征的治疗时机和方法。方法 骨折早期切开复位钢板内固定和筋膜室减压, 减压伤口一期缝合。结果 全部病例术中未发现神经、肌肉损伤坏死, 患肢在1~2周后肿胀消退, 伤口甲级愈合。术后随访, 平均12个月, 无局部疼痛, 骨折愈合, 功能全部恢复良好。结论 胫腓骨闭合性骨折并骨筋膜室综合征诊治关键是早期诊断和切开复位内固定, 筋膜室减压, 一期缝合减压伤口, 减少患者经济负担, 术后无并发症, 值得推广。

关键词: 骨筋膜室综合征; 骨折固定术; 内; 胫骨骨折

中图分类号: R683.42 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0391-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.036

骨筋膜室综合征 (psteofascial compartment syndrome, OCS) 是尺、桡骨和胫腓骨中段骨折常见的并发症之一, 很多文献报道了骨筋膜室综合征的治疗^[1-3], 特别是创面的处理, 积累了丰富的经验, 取得良好的效果。我院自2008年1月~2013年6月以来共收治胫腓骨中段骨折并小腿骨筋膜室综合征54例, 采取切开复位钢板内固定和骨筋膜室减压, 减压伤口一期缝合, 均取得满意疗效, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 54例患者中, 男37例, 女17例; 年龄16~72岁, 平均年龄32.3岁。车祸伤33例, 挤压伤13例, 坠落8例, 行X片检查均提示胫腓骨中段骨折。临床特点: 患肢疼痛难忍, 小腿软组织极度肿胀, 被动活动肢端剧烈疼痛, 足背动脉搏动减弱, 5p征中有3项以上是阳性, 诊断骨筋膜室综合征的时间: 受伤至就诊时间4~48h不等。

1.2 治疗方法 立即解除一切外固定, 用20%甘露醇125ml, 快速静脉滴注, 地塞米松5mg 静脉滴注, 急诊手术行骨折切开复位钢板内固定。切口取以胫骨骨折为中心前外侧约4cm做弧形切口, 切开皮肤、深筋膜至胫前肌, 将皮瓣牵起, 向内分离致骨折端, 清理骨折端出血、血块及软组织, 将骨折复位行钢板内固定, 缝合切口。当切口缝合带有张力的时候, 在小腿外侧腓骨表面稍偏后处做一长约15~20cm减压切口, 切开皮肤至深筋膜, 逐个行筋膜室切开减压, 然后缝合前侧手术切口和一期缝合减压伤口皮肤, 不缝合深筋膜。如减压伤口没能一期缝合时, 创面以凡士林纱布覆盖一层, 再用无菌纱布包扎2~3cm厚。待7~14d后消肿后二期缝合减压伤口, 2周后伤口拆线。术后抬高患肢, 继续静脉用20%甘露醇125ml, 快速滴注, 2次/天, 连用3d, 静脉使用抗生素预防感染, 同时早期行患肢肌肉舒缩活动, 速进患肢消肿。

2 结果

全部病例术中均未发现神经、肌肉坏死, 39例患者一期缝合减压伤口, 15例患肢消肿二期缝合减压伤口, 甲级愈合。术后随访平均12个月, 无局部疼痛等不适, 骨折愈合, 功能全部恢复。

3 讨论

3.1 早期诊断和治疗是预防骨筋膜室综合征并发症发生的关键 闭合性胫腓骨骨折合并骨筋膜室综合征在临床上较为常见, 临床医护人员对此认识比较深入和重视。骨折发生后, 骨折端出血, 形成血肿和组织水肿使其内容物体积骤增, 及临时外固定导致骨筋膜室体积变小, 内外因素结合, 骨筋膜室内的压力骤增, 可阻断室内血液循环, 使骨筋膜室内的肌组织和神经组织缺血。肌组织缺血后, 毛细血管通透性增加, 大量渗液进入组织间隙, 形成水肿, 使骨筋膜室内压力进一步增加, 形成缺血-水肿-缺血恶性循环。如果不及时采取措施, 将发生濒临缺血性肌挛缩、缺血性肌挛缩甚至坏疽, 若不及时处理, 病情急剧恶化, 可造成肢体不同程度的功能障碍, 甚至危及生命。特别要注意的是, 肢体远侧脉搏和毛细血管充盈时间正常并不是安全的指标。创伤后肢体持续性剧烈疼痛, 且进行性加剧, 是神经缺血的表现, 为骨筋膜室综合征最早期的临床症状, 最佳诊断指标; 当出现被动牵伸足趾引起剧烈疼痛, 为肌肉缺血的早期表现, 更能进一步明确诊断。骨筋膜室内组织压测定不利于普及, 超声多普勒检查若出现肢体血循环受阻图象, 可作为临床诊断参考。

3.2 早期手术治疗是预防骨筋膜室综合征并发症发生的主要方法 正确的治疗可缩短病程, 避免并发症发生。

3.2.1 手术时机是决定手术成败的决定因素 胫腓骨骨折急诊手术可以减少骨筋膜室综合症的发生率^[1-2], 胫腓骨骨折合并骨筋膜室综合征, 早期诊断, 早期切开彻底减压、固定, 取得良好的效果^[3]。创伤后肢体持续性剧烈疼痛, 且进行性加剧, 是神经缺血的表现, 为骨筋膜室综合征最早期的临床症状, 在此时症状出现之前手术是最佳时机, 术后无并发症; 当出现被动牵伸足趾引起剧烈疼痛, 为肌肉缺血的早期表现, 此时手术, 肢体肌肉尚没发生坏死, 此时手术还能保住患肢正常功能。待患室表面皮肤朝红、皮度升高、肿胀、压痛明显, 触诊可感到室内张力增高, 病情发展已至缺血性肌坏死, 此时手术为时已晚, 将会有不同程度的肌肉坏死和患肢功能障碍。当出现休克、心