

120 例阑尾周围脓肿治疗分析

黎伟¹, 陈当春^{2△} (1. 重庆市南川区宏仁医院 404800; 2. 重庆市第六人民医院 400060)

【摘要】 目的 探讨阑尾周围脓肿的临床治疗效果。**方法** 回顾性分析 2006~2010 年收治的 120 例阑尾周围脓肿急诊患者的临床资料。**结果** 120 例阑尾周围脓肿患者经过 I 期手术治疗全部治愈, 未发生死亡。除 2 例发生切口感染, 其余患者均顺利康复出院。平均住院时间 13.6 d。**结论** 早期诊断和手术治疗是提高阑尾周围脓肿治愈率, 避免发生严重并发症的重要前提。

【关键词】 阑尾周围脓肿; 手术治疗; 切口感染

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 15. 038 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2012)15-1899-02

急性阑尾炎是普外科的常见病和多发病, 约有 10% 急性阑尾炎患者就诊时已经形成阑尾周围脓肿^[1]。阑尾周围脓肿是基层外科临床常见的急腹症之一, 其发病急、进展快, 如处理不当便会造成严重后果。脓肿开始时是一个炎性的肿块, 压痛明显, 与周围组织粘连。临床常采取保守疗法, 但保守疗法治疗时间长、易复发, 且阑尾周围脓肿破溃后常引起急性化脓性腹膜炎、中毒性休克等并发症, 少数病例可向小肠或大肠内穿破, 形成各种内外瘘。本研究对 2006~2010 年期间本科室收治的 120 例阑尾周围脓肿患者行积极的手术治疗, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 120 例阑尾周围脓肿患者纳入本研究, 其中男 72 例, 女 48 例; 年龄 18~65 岁, 平均 36.5 岁。发病时间 2~4 d, 平均 3 d。患者均有明显的下腹痛, 畏寒发热等症状, 并可扪及右下腹肿块。临床查血常规白细胞(WBC)为 $(10.0 \sim 22.5) \times 10^9/L$ 。其中 75 例患者在入院前进行过抗菌药物治疗。手术中所见组织包裹及炎性包块共 77 例, 穿孔者 23 例。

1.2 诊断依据 阑尾周围脓肿的诊断主要依据有: (1) 转移性右下腹疼痛或右下腹疼痛史; (2) 发病后 3~5 d 右下腹或近髂窝部有明显固定性包块, 并有明显的腹膜刺激征但无明显弥散性腹膜炎表现; (3) 全身中毒及胃肠道症状, $WBC > 10.0 \times 10^9/L$ 以上; (4) 除外其他原因引起的包块; (5) B 超检查右下腹均有炎性包块及液平反射。

1.3 手术方法

1.3.1 腹壁切口 所有患者均采用经右侧腹直肌外缘切口^[2-3], 由脐下 2 cm 至髂前上棘水平下 2 cm。依次切开皮肤、皮下组织、前鞘, 向左牵拉腹直肌, 小心打开后鞘及腹膜, 同时注意保护切口, 尽可能吸尽脓液后, 用护皮巾缝合腹膜以保护切口。

1.3.2 腹腔探查 首先观察腹腔渗液情况, 注意渗液的色泽、浑浊度, 有无恶臭等异常气味。若脓肿被大网膜包裹, 则应切断包裹之大网膜, 尽量完整的切除脓肿。若发现肠管包绕脓肿, 则在找到脓肿之薄弱处, 用手指钝性分开脓肿, 吸尽脓液, 游离阑尾。若无间隙可分, 则可从盲肠部位开始游离, 直至找到间隙后, 吸尽脓液, 然后经脓腔游离阑尾。

1.3.3 处理阑尾 如阑尾根部完整, 则可按照常规方法行阑尾切除、结扎、缝扎残端加荷包包埋; 如果阑尾根部有穿孔或溃烂, 则应小心结扎并加盲肠“8”字缝合。若阑尾已无法分离, 则应行浆膜下分离或去除阑尾黏膜。如果辨认不清解剖关系, 粘

连过于严重, 阑尾确实难以切除, 或肠壁颜色发暗, 强行切除可能造成不良损伤, 肠痿等严重并发症, 则可采用脓腔彻底冲洗加脓腔引流等保守治疗。

1.3.4 处理腹腔和脓腔 关闭腹腔前可用大量生理盐水彻底冲洗腹腔及脓腔, 至冲洗液接近无色为止, 然后用甲硝唑冲洗 1~2 遍, 并吸净腹腔液体, 然后于右髂窝及直肠窝各放一根带侧孔的引流管, 另戳孔引出腹腔接袋。对于腹腔污染不重者, 可单纯彻底冲洗脓腔后右髂窝处放置引流管, 另戳孔引出腹腔接袋。清点器械敷料无误后关腹。

1.3.5 术后处理 术后密切观察各项生命体征, 保证引流管绝对通畅, 并观察引流液的颜色及引流量。加强切口护理观察。患者肠功能恢复后, 可给予饮食。当引流液变清、24 h 引流量少于 20 mL 时, 可拔出引流管。术后治疗常规应用 3 代头孢菌素和甲硝唑注射液进行抗感染治疗, 同时给予全身对症支持治疗^[4-5]。

2 结果

本组 120 例患者经过 I 期手术治疗, 术后给予联合抗菌药物静脉滴注, 全部治愈, 未发生死亡。2 例患者发生伤口感染, 切口红肿明显, 给予间断拆线, 减轻切口张力, 同时行大剂量抗菌药物治疗, 加强局部换药, 炎症逐渐消散。其余患者均顺利康复出院。平均住院时间 13.6 d。

3 讨论

3.1 阑尾周围脓肿的病因 阑尾周围脓肿主要是由于急性阑尾炎诊断不明、治疗不当或延迟所致。形成机制主要有两个方面: (1) 急性阑尾炎未经及时处理使阑尾壁炎性渗出, 细菌透过阑尾壁或由坏死、穿孔处侵犯周围组织, 机体的防御反应又企图控制炎症, 表现为阑尾周围粘连和大网膜移动形成粘连包裹炎性渗出物, 限制感染扩散, 即局限性脓肿或肿块; (2) 大量抗菌药物治疗只能局限控制病变但又不能杀灭细菌, 阑尾继续变性坏死液化。

3.2 阑尾周围脓肿的诊断 阑尾周围脓肿的诊断并不困难, 临床常根据临床表现及超声检查、血常规检查、结合术中所见可诊断^[6]。B 超所示的右下腹包块液性暗区, 常提示有较多脓液存在。

3.3 阑尾周围脓肿的手术指征 由于经济原因, 多数患者早期多采取抗菌药物消炎等保守治疗^[7], 但长时间的炎症控制可能造成组织水肿、广泛粘连, 进而影响手术治疗的效果, 如在手术时寻找阑尾通常较为造成困难, 这时如果强行切除阑尾, 则可能损伤肠管, 严重者造成肠痿, 对大网膜保护屏障形成破坏等

后果。因此,对于早期保守治疗不佳的患者应该及早行手术治疗,阑尾周围脓肿的 I 期手术主要适用于以下情况:(1)经短期规范抗菌药物治疗效果不明显甚至有病情恶化,脉搏、体温等有上升趋势,病发部位疼痛加剧的患者;(2)出现肠梗阻症状或局限性弥散性腹膜炎的患者;(3)长时间保守治疗后超声提示病变部位没有缩小的患者;(4)诊断不明确,需要进一步剖腹探查的患者;(5)不能排除其他病变的患者。

3.4 阑尾周围脓肿的手术体会 阑尾周围脓肿手术主要有以下注意事项:(1)术前积极控制感染等疾病,纠正水、电解质平衡和营养支持治疗,尽可能把病情控制稳定,以减少术中、术后并发症发生;(2)严格手术无菌操作,一般选择经腹直肌探查切口,切口宁大勿小,术野暴露尽量充分;注意保护腹壁切口免受污染,降低术后切口感染率;操作应在直视下进行,勿做过多潜行分离,以免损伤肠管和血管;对于阑尾根部糜烂无法结扎者可用 I 号丝线在阑尾根部盲肠壁上行间断缝合浆肌层,将邻近的系膜、皱襞等组织缝合覆盖,减少肠痿的发生。(3)切除炎症较重的网膜组织,清除坏死物、粪石等,一般不冲洗腹腔,若脓肿溃破已有弥散性腹膜炎,或脓腔较大者,可以用 9%氯化钠注射液联用甲硝唑溶液冲洗腹腔并吸尽,避免脓液残留。(4)术后腹腔常规放置乳胶管引流管,确保引流充分,必要时留置双套管引流;对于引流及残端处理不良的手术伤口在残端附近放置引流管,这样即可避免发生腹腔脓肿也可将引发肠痿的肠液引流出;(5)术前给予抗菌药物,以避免发生伤口感染,同时可提高机体免疫能力;术后给予足量抗菌药物进行预防,必要时联合应用抗菌药物预防伤口感染。引发阑尾周围脓肿的细菌种类主要包括:大肠埃希菌和厌氧菌,因此,在抗菌药物的选

用中,一定要注意选用革兰阴性杆菌及厌氧菌的特效抗菌药物。

总之,要提高阑尾周围脓肿的治愈率,首先要重视对原发病急性阑尾炎的早期有效治疗,其次对阑尾周围脓肿的治疗用药要遵循:早期、足量、联合三原则,手术必须彻底,另外还要注意营养支持。

参考文献

- [1] 吴在德. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:492.
- [2] 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.
- [3] 王诚,林汉曼. 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.
- [4] 戴先鹏,秦春宏,熊国祚. 急性阑尾炎术后切口感染的相关因素分析[J]. 中国普外基础与临床杂志,2009,1(1):64-65.
- [5] 张河江. 阑尾切除术后切口感染原因及治疗体会[J]. 实用医院临床杂志,2009,6(1):107.
- [6] Guller U, Hervey S, Purves H, et al. Laparoscopic versus open appendectomy outcomes comparison based on a large administrative database[J]. Ann Surg, 2004, 239(1): 43-51.
- [7] 赵建更. 早期手术治疗阑尾周围脓肿 63 例分析[J]. 山西医科大学学报,2006,37(5):540-541.

(收稿日期:2012-03-15)

• 临床研究 •

54 例病理性黄疸患儿 γ -谷氨酰氨基转移酶测定结果分析

李 丽,刘文亮,张彩宁,邵杰锐(广东省茂名农垦医院检验科 525200)

【摘要】 目的 探讨 γ -谷氨酰氨基转移酶(γ -GT)活性变化在病理性黄疸患儿中的临床意义。**方法** 应用国际临床化学学会推荐的血清 γ -GT 测定方法,测定病理性黄疸患儿治疗前后的血清 γ -GT 活性变化。**结果** 有 92.6%(50/54)的患儿 γ -GT 增高; γ -GT 活性也随着年龄的增长而增加; $>7\sim 15$ d 组和 $>15\sim 42$ d 组治疗前后的 γ -GT 活性变化差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** γ -GT 活性测定对出生 7 d 以上的病理性黄疸新生儿有临床参考价值。

【关键词】 γ -谷氨酰氨基转移酶; 病理性黄疸; 儿童

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.15.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)15-1900-02

新生儿黄疸是一种较为常见的儿科临床病症。有相关的文献报道和调查资料显示,有 60%的足月出生新生儿在出生后 1 周就会有新生儿黄疸的临床表现,约有 80%的早产儿在其出生之后的 24 h 之内就可能发生新生儿黄疸^[1]。临床上新生儿黄疸分为生理性和病理性两种,生理性黄疸在出生 2~3 d 左右出现,7~10 d 可自行消失,无需特殊处理和治疗^[2]。病理性黄疸对新生儿的健康有较大影响,为探讨和研究病理性黄疸患儿血清 γ -谷氨酰氨基转移酶(γ -GT)的活性变化情况,作者对 54 例病理性黄疸患儿的血清 γ -GT 作了检测,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集符合儿科第 5 版教材^[3]病理性黄疸诊断标准,本院内儿科 2009 年 1 月至 2011 年 12 月住院确诊为病

理性黄疸患儿 54 例,其中男 30 例,女 24 例,足月产 46 例,早产 8 例,分为 3 组: ≤ 7 d 组 23 例, $>7\sim 15$ d 组 18 例, $>15\sim 42$ d 组 13 例。

1.2 方法 (1)试剂及仪器:血清 γ -GT 试剂盒由中生生物高技术公司提供,采用国际临床化学学会推荐的血清 γ -GT 测定法,采用 AU-640 奥林巴斯全自动生化分析仪测定。(2)全部患儿早晨空腹抽取静脉血 3 mL,并排除溶血标本后作 γ -GT 测定。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,并进行 t 检验。

2 结果

γ -GT 活性随着日龄的增长而增加,最高值出现在 $>15\sim 42$ d 组;54 例病理性黄疸患儿中有 4 例患儿 γ -GT 在参考正常