

行术后追踪调查,其术后输尿管损伤率、尿潴留率、淋巴囊肿率分别由12%、32.2%、25.2%降至0.7%、14.7%、11.2%,与本研究,改良宫颈癌根治术与传统宫颈癌根治术术后并发症分别为7.7%、35.6%相符,证明缩小手术范围,可有效减少并预防并发症的产生。另外,对于病灶范围较大者,本研究予以术前介入治疗缩小病灶大小,介入与未介入术后并发症为28.6%、35.3%,差异无统计学意义,介入治疗并不能减少并发症的产生,但增加了手术可能性。

早期宫颈癌手术后5年生存率可达50%~90%^[16],故加强女性妇科体检,能有效地达到早期发现、早期治疗。随着宫颈癌的年轻化,宫颈癌手术应综合临床分期、年龄、全身状态等,达到个体化治疗,从而减少术后并发症,提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] Parkin D M, Bray F, Ferlay J, et al. Estimating the world cancer burden: globocan 2000[J]. *Intl J Cancer*, 2001, 94(2): 153
- [2] 刘继红,李玉洁. 我国宫颈癌预防面临的机遇和挑战[J]. *中国肿瘤*, 2010, 19(7): 424
- [3] 连利娟. 林巧稚妇科肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 312-313
- [4] 周静, 李力. 宫颈癌根治术后尿潴留的原因及预防护理进展[J]. *重庆医学*, 2012, 41(15): 1545
- [5] 纪妹, 单家治. 宫颈癌广泛性子官切除术术后尿潴留防治临床观察[J]. *中国误诊学杂志*, 2007, 7(2): 230
- [6] Kobayashi T, Inoue S. Lymphatic cyst seen after radical hysterectomy for cancer of the uterine cervix and its significance[J]. *Clin Gynecol Obstet*, 1950, 4: 91
- [7] Averette H E, Hudson R C, Ferguson H J. Lymphangiography: applications in the study and management of gynecologic cancer[J]. *Cancer*, 1964, 17: 1093
- [8] 戚世芳, 付改玲. 子宫颈癌根治术后盆腔淋巴囊肿 25 例分析[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2006, 11(22): 835
- [9] Suzuki M, Ohwada M, Sato I. Pelvic lymphocysts following retroperitoneal lymphadenectomy: retroperitoneal partial "no-closure" for ovarian and endometrial cancers[J]. *J Surg Oncol*, 1998, 68(3): 149
- [10] 张红菊, 刘玉. 经阴道低负压引流器预防宫颈癌根治术后盆腔淋巴囊肿形成的研究[J]. *护士进修杂志*, 2007, 7(22): 1279
- [11] 王建六. 宫颈癌卵巢移位术后盆腔放疗对卵巢功能的影响[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2006, 22(8): 579
- [12] Pahisa J, Martinez-Roman S, Martinez-Zamora M A, et al. Laparoscopic ovarian transposition in patients with early cervical cancer[J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2008, 18(3): 584
- [13] 吴绪峰, 陈慧祯. 降低宫颈癌根治术后并发症的技术改进[J]. *中国肿瘤临床*, 2001, 28(9): 645
- [14] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 589-590
- [15] 蔡淑香, 金卓杏, 赵霞, 等. 宫颈癌广泛性子官切除加盆腔淋巴结清扫手术方式的探讨[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2008, 24(1): 67
- [16] 程玺, 蔡树模, 李子庭. 宫颈癌根治术后盆腔淋巴结转移的预后研究[J]. *癌症*, 2003, 22(11): 1219

(2013-09-06 收稿)

文章编号 1006-8147(2014)01-0065-03

论 著

腹腔镜治疗小儿阑尾周围脓肿适应征的初步探讨

张 艳¹, 崔华雷²

(1. 天津医科大学研究生院, 天津 300070; 2. 天津市儿童医院微创外科, 天津 300074)

摘要 目的: 探讨腹腔镜治疗阑尾周围脓肿的适应征。方法: 收集阑尾周围脓肿病例共 105 例, 据不同的治疗方法及入选标准为腹腔镜治疗组与保守治疗组。回顾分析两组患儿入院临床指标, 比较两组患儿治疗恢复情况、并发症及阑尾炎复发率。结果: 与保守组相比, 腹腔镜手术组患儿体温下降时间以及血常规恢复时间较早, 保守治疗组患儿肿块消散较慢, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患儿住院时间无明显差异 ($P > 0.05$)。结合随访, 腹腔镜阑尾切除术未发生严重并发症。保守组阑尾炎再发率达 14%。结论: 合理评估患儿入院指标及病情变化, 对于病史小于 7 d, 炎症反应严重, B 超提示肿块包裹不佳, 伴有腹膜炎的患儿, 腹腔镜手术可以成为有效的治疗方法。

关键词 小儿; 阑尾周围脓肿; 腹腔镜手术; 适应征

中图分类号 R656.8

文献标志码 A

阑尾周围脓肿为开腹及腹腔镜手术的相对禁忌证^[1]。部分病人经有效的保守治疗后, 远期仍可再

次或者多次发生阑尾炎、阑尾周围脓肿、肠粘连以及肠梗阻。对于部分脓肿较大, 脓肿内毒素侵袭力较强的患儿, 保守治疗可造成炎症扩散, 导致患儿的严重消耗, 影响肠功能恢复, 引发多脏器功能衰

作者简介 张艳(1989-), 女, 硕士在读, 研究方向: 儿科学; 通信作者: 崔华雷, E-mail: chlfjp@sina.com。

竭,甚至危及生命^[2]。腹腔镜手术可直接进入脓腔进行清理,有效降低腹膜炎由局限向弥漫扩散的风险。因此,腹腔镜手术为治疗早期阑尾周围脓肿提供了可能,也将阑尾周围脓肿转为手术的部分适应征^[3]。阑尾周围脓肿治疗方式的选择逐渐由保守治疗向腹腔镜手术治疗转变。目前,阑尾周围脓肿手术条件的选择尚不统一,时有超范围手术或未及时手术而引起诸多并发症。我院经多年的临床研究对腹腔镜治疗阑尾周围脓肿积累了一些经验,现分析如下。

表 1 腹腔镜手术组与保守治疗组入选条件

组别	病史/d	体温/℃	白细胞数/(10 ⁹ /L)	消化道症状	腹膜炎	B 超
腹腔镜手术组	≤7	≥38	≥20×10 ⁹ /L	有	局限性	肿块周围密度不均匀
保守治疗组	>7	<38	<20×10 ⁹ /L	无	局限性或无	肿块周围密度均匀增强

1.2 方法

1.2.1 比较两组患儿治疗恢复情况观察指标 体温降至正常所用时间、白细胞数及中性粒细胞数降至正常范围所用时间、进食时间、不同治疗 8 d 后 B 超结果、住院时间、早期并发症。患儿治愈出院后随访 1 年,比较两组患儿远期并发症,统计保守治疗组患儿阑尾炎复发率。

1.2.2 腹腔镜手术方法 腹腔镜手术方法为^[4]予患儿全麻,气管插管,建立人工 CO₂ 气腹,于左腹部做孔进钳操作。在全腹探查腹腔内有无脓液,盲肠、回盲部肠管与腹壁及大网膜粘连情况后,分离腹腔内大网膜与肠管、腹壁之间的粘连,解除所有的成角粘连。吸净脓液,返回右下腹,分离出阑尾,结扎阑尾系膜根部,双重结扎阑尾根部,切除阑尾,经左侧麦氏点处将阑尾提出腹腔,如同时切除大网膜则同时将其提出腹腔。电凝处理阑尾残端。常规用生理盐水反复冲洗腹腔,至冲洗液清亮,冲洗脓腔和盆腔时应少量多次,同样避免冲洗液造成远处污染,经右下腹麦氏点戳孔放置腹腔引流管,必要时根据病情需要于双侧麦氏点行腹腔引流。阑尾炎引起腹

1 资料与方法

1.1 临床资料 阑尾周围脓肿诊断标准^[4]:(1)病史>3 d;(2)右下腹压痛;(3)白细胞计数>10×10⁹/L;(4)B 超检查可探及右下腹炎性肿块。收集天津市儿童医院 2010 年 1 月–2012 年 1 月收治的阑尾周围脓肿病例,最终入选 105 例。男 65 例,女 40 例,男:女=1.6:1,平均年龄为 6.4 岁。据不同的治疗方法分为腹腔镜手术治疗组与保守治疗组。保守治疗组 64 例,腹腔镜手术治疗组 41 例。两组患儿入选条件见表 1。

部感染的前 4 位细菌分别是大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、粪肠球菌 D 群、铜绿假单胞菌^[5],在应用抗生素时应兼顾需氧菌及厌氧菌两类细菌感染,本资料保守治疗方法主要为三代头孢加甲硝唑二联用药。当保守治疗 24 h 症状无缓解,体温不降反升,腹膜炎局限不佳,甚至出现其他脏器功能的损伤,视为保守治疗失败,予以手术,去除病灶。

1.3 统计学方法 应用 SPSS16.0 统计软件包处理数据,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,统计方法选用 *t* 检验及 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 经治疗后两组患儿均痊愈出院。腹腔镜手术组较保守治疗组患儿体温下降时间以及血常规恢复时间较早,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患儿住院时间无明显差异($P > 0.05$)。保守治疗组患儿肿块消散较慢,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。保守治疗组中 5 例患儿经治疗 24 h 后症状体征无缓解予以手术治疗;腹腔镜手术治疗组术后未发生肠痿、阑尾残端痿等严重并发症。两组患儿治疗恢复情况见表 2。

表 2 腹腔镜手术组患儿术后与保守治疗组患儿恢复情况比较

组别	例数	体温正常/h	白细胞数正常/d	腹腔镜肿块	B 超/例		住院时间/d	并发症/例	
					肠间隙积液	无肿块		肠梗阻	腹腔脓肿
手术组	41	48.23±10.85	4.23±2.13	7	13	21	10.91±2.72	3	20
保守组	64	72.56±11.56	5.41±1.92	18	33	13	12.61±4.48	1	51
<i>t</i> 或 χ^2		0.087	-1.6	21.856(χ^2)			0.832		
<i>P</i>		0.004*	0.014*	<0.01			0.079		

* $P < 0.05$

2.2 随访 1 年,两组远期均有患儿出现肠梗阻,慢性腹痛。相比较,保守治疗组患儿更易出现慢性腹痛,两组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。保守治

疗组患儿出院 1 年内有 9 例患儿再发阑尾炎,再入院后行腹腔镜下一期阑尾切除术。随访情况见表 3。

表3 腹腔镜手术组与保守治疗组随访情况比较(例)

组别	例数	肠梗阻	慢性腹痛	阑尾炎复发
腹腔镜手术组	41	2	5	0
保守治疗组	64	5	19	9
χ^2		0.035	0.082	
P		4.337	0.037*	

* $P<0.05$

3 讨论

急性阑尾炎为小儿常见急腹症,各个年龄段均可发生,随年龄增大发病率逐渐增高,6~12岁达到高峰,5岁以下发病率相对减小^[6],阑尾周围脓肿是急性阑尾炎时炎症向周围扩散和周围组织对炎症局限作用的一种相对平衡的结果,在此过程中大网膜、肠管等组织将阑尾包裹并粘连,形成大小不一的炎性肿块^[7]。

当阑尾周围脓肿形成时由于阑尾自身所处的特殊病理阶段如坏疽、穿孔等,要完整切除阑尾是有一定困难的。此时手术可能会导致已局限的炎症扩散或肠痿发生,且在炎症高峰时进行手术会激活细胞因子的级联反应^[8]引起一系列副作用。所以,传统观点将阑尾周围脓肿视为手术的相对禁忌证,对于初发的阑尾周围脓肿多采用保守治疗,如治疗过程中出现脓肿逐渐增大或出现脓肿破裂、弥漫腹膜炎、严重毒血症等才考虑手术治疗,手术以引流为主,此观点是相对开腹手术而言。随着腹腔镜技术的不断提高,国内亦大量开展腹腔镜一期切除阑尾周围脓肿手术,有资料显示腹腔镜阑尾切除技术安全可靠,损伤小,恢复快,且并发症少及感染率低,对于异位阑尾、肠粘连的发现及处理也有其明显的优势^[9]。腹腔镜探查阑尾周围脓肿时,应紧贴侧腹壁寻找间隙,分离时脓液涌出,必须立即吸尽,避免远处污染,常规放置腹腔引流管,阑尾残端用电凝棒电凝,电凝后其表面可形成一薄层蛋白凝固膜,既可以减少术后发生肠粘连的机会,也可减少因残端黏膜分泌导致残端炎症或脓肿的发生^[10]。

本资料中经过合理评估,两组患儿均取得了良好的治疗效果。资料中腹腔镜组有3例患儿术后早期出现肠梗阻,经禁食、胃肠减压、调整饮食等保守治疗后痊愈,1例患儿发生伤口感染,系阑尾头粗大,由戳孔取出时污染伤口所致,并未发生肠痿、阑尾残端痿、阑尾残株炎等严重并发症。由此可见,当患儿全身炎症反应严重,对肿块包裹不佳,出现局限性腹膜炎体征时,可行腹腔镜手术一期切除阑尾,冲洗脓腔;对于脓肿已局限,无或仅出现局限性

腹膜炎但病史较长,炎症反应轻的患儿,其一般状况可,脓肿周围组织粘连紧密,手术可致肠管及周围组织的大面积损伤并使炎症扩散,加重患儿病情,此时可予药物保守治疗。本资料中,保守治疗组中5例患儿由于保守治疗失败,予以手术。详细翻阅病历资料可见其中3例患儿于B超下探及肿块内强回声光斑伴声影,考虑当阑尾周围脓肿患儿阑尾腔内有粪石时,保守治疗效果不佳。可能与阑尾开口窄,外加炎症水肿,梗阻不易解除有关。随访保守组患儿中有9例出院后又出现阑尾炎症状,再入院行腹腔镜下阑尾一期切除。

另外,腹腔镜手术时腹腔内视野清晰,可对腹腔脏器进行全方位的探查。对于患阑尾周围脓肿的女童,大量的腹腔镜下探查可以发现:患儿阑尾与周围组织粘连严重,多可波及右侧附件区域,导致输卵管的炎症、扭曲粘连,严重者甚至无法探及右侧卵巢。对于患急性阑尾炎的女童应积极治疗,放宽手术指征,以免发展为阑尾周围脓肿导致严重后果。

由此可见,随着腹腔镜技术器械的更新及腹腔镜操作人员技术的提高,合理评估患儿病情,对于病史小于7d,炎症反应严重,B超提示肿块包裹不佳,出现腹膜炎体征的患儿,及时腹腔镜手术可以取得良好的治疗效果。

参考文献:

- [1] 任培土,沈志宏.腹腔镜阑尾切除术的适应证探讨[J].腹腔镜外科杂志,2010,15(2):146
- [2] 林勇.阑尾周围脓肿临床治疗体会[J].中国医学创新,2010,7(18):188
- [3] 吴博,崔华雷,王晓晔,等.小儿阑尾周围脓肿的腹腔镜手术治疗[J].临床儿外科杂志,2007,6(2):40
- [4] 朱荣.阑尾周围脓肿68例临床保守治疗体会[J].中华现代外科学杂志,2008,5(2):126
- [5] 范银亮.阑尾周围脓肿患者36例手术治疗临床分析[J].青岛医药卫生,2011,43(3):172
- [6] 顾秀文,金先庆,李晓庆,等.1179例小儿穿孔性阑尾炎的临床分析[J].重庆医学,2010,39(17):2357
- [7] 王轲,金先庆,李晓庆,等.318例小儿阑尾脓肿临床分析[J].中华医学会第八次全国小儿外科学术会论文集,2010
- [8] Brown C V, Abrishami M, Muller M, et al. Appendiceal abscess: immediate operation or percutaneous drainage[J]. Am Surg, 2003, 69(10): 829
- [9] 易石坚,王兴群,赵振伟,等.腹腔镜一期阑尾切除治疗阑尾周围脓肿的临床研究[J].中国普通外科杂志,2010,19(9):1051
- [10] 崔华雷,王晓晔,王继龙,等.2875例小儿腹腔镜阑尾切除术并发症分析及预防对策[J].中华小儿外科杂志,2004,25(2):122

(2013-09-22 收稿)