

小切口阑尾切除术在阑尾炎中的临床应用体会

管恩民

(江西省丰城市同田卫生院 丰城 331138)

摘要:目的:探讨小切口阑尾切除术治疗阑尾炎的临床效果及应用体会。方法:选取我院收治的 170 例阑尾炎患者的临床资料,随机分为观察组(90 例)和对照组(80 例),观察组采用小切口阑尾切除术,对照组采用传统的阑尾切除术,比较两组手术切口长度、术中出血量、手术时间、术后下床活动时间、住院时间及切口感染率。结果:观察组在手术切口长度、术中出血量、术后下床活动时间、住院时间及切口感染率等方面均优于对照组,两组比较差异有统计学意义, $P<0.05$;但在手术时间方面两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:与传统的阑尾切除术相比,小切口阑尾切除术具有创伤小、术后恢复快、切口感染率低及安全可靠等优势,值得在基层医院推广。

关键词:阑尾炎;小切口阑尾切除术;传统术式;疗效观察

中图分类号:R656.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.01.050

阑尾炎是临床上最常见的一种外科急腹症,具有起病急、变化快等特点,无论急、慢性阑尾炎,早期诊断及早期手术切除能够获得良好的治疗效果^[1]。随着医疗技术的快速发展,微创技术在临床实践中进一步得到应用,目前阑尾炎手术主要包括传统阑尾切除术、小切口阑尾切除术及腹腔镜阑尾切除术。近年来多数学者通过临床对比分析认为小切口阑尾切除术是安全可靠的,且具有创伤小、术后恢复快及美容效果好等优势,又较腔镜手术时间短、花费低,且不需要特殊器械^[2],已渐被临床医生及基层医院所关注。本文拟对我院 2009 年 5 月~2013 年 5 月收治的 170 例阑尾炎患者的临床资料进行回顾性分析,探讨小切口阑尾切除术治疗阑尾炎的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 5 月~2013 年 5 月我院收治住院的 170 例阑尾炎患者为研究对象,急性阑尾炎 120 例,慢性阑尾炎 50 例;其中男 104 例,女 66 例;年龄 14~60 岁,平均年龄(36.9±7.6)岁。随机分为观察组(90 例)和对照组(80 例),观察组采用小切口阑尾切除术,对照组采用传统的阑尾切除术。两组患者的性别、年龄及阑尾炎类型等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 小切口阑尾切除术 患者取平卧位,常规消

毒、铺巾,连续硬膜外麻醉成功后,在麦氏点或疼痛最明显部位(必要时可利用 B 超辅助定位)取一长 2.5~4 cm 切口,逐层切开皮肤、皮下组织、浅筋膜、腹外斜肌、腹内斜肌、腹横膜及腹膜等,拉钩拉开伤口后寻找阑尾并将其拉至切口外充分暴露,分离网膜及结扎阑尾系膜血管再切除阑尾并消毒、包埋阑尾残端,逐层缝合伤口,每层伤口一般只需缝 1~2 针,术毕。

1.2.2 传统阑尾切除术 患者取平卧位,常规消毒、铺巾,硬脊膜外麻醉成功后在麦氏点压痛处取长 5~7 cm 斜切口依次进腹,找到阑尾后予以切除(切除方法同小切口阑尾切除术)。

1.3 观察指标 观察并记录两组手术切口长度、术中出血量、手术时间、术后下床活动时间、住院时间及切口感染率。

1.4 统计学方法 应用 SPSS17.0 软件进行统计学分析,计量资料数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,检验水准取 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

观察组在手术切口长度、术中出血量、术后下床活动时间、住院时间及切口感染率等方面均优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),但在手术时间方面两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 观察组与对照组临床效果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	切口长度(cm)	术中出血量(ml)	手术时间(min)	下床活动时间(h)	住院时间(d)	切口感染[例(%)]
观察组	90	3.2±0.4	24.38±2.73	33.5±10.52	11.2±1.8	3.8±1.3	4(4.44)
对照组	80	6.1±0.6	45.12±3.33	31.5±12.33	19.5±2.4	7.2±0.8	10(12.50)
P 值		<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

阑尾炎是临床常见急腹症之一,并且发展很快,

如果未能及时诊断及治疗,容易发生阑尾穿孔、化脓等严重并发症,死亡率较高。因此,阑尾炎一旦确诊

必须及时手术切除^[3]。传统的阑尾炎切除术手术切口大、术后恢复慢及并发症较多,腹腔镜阑尾切除术具有切口小、恢复快及住院时间短等优势,但手术难度大、设备昂贵及住院费用高,在基层医院难于推广^[4]。近年来小切口阑尾炎切除术在治疗阑尾炎中得到广泛关注,有学者^[5-6]研究认为小切口阑尾切除术具有有创伤小、术后恢复时间短、疤痕发生率低及并发症少等优势,且不增加手术耗时^[3]。但也有学者^[7]研究认为小切口阑尾切除术手术时间明显短于传统的阑尾切除术。本研究观察组在手术切口长度、术中出血量、术后下床活动时间、住院时间及切口感染率等方面均优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),这与上述学者研究结果相符。但本研究在手术时间方面两组比较差异无统计学意义($P>0.05$),与其他学者研究不相一致。目前关于小切口阑尾切除术手术耗时研究结果各家报道不一,

笔者认为还需更大样本量的研究去进一步证实。

因此,针对阑尾炎应该及时诊断并手术切除,采取合适的手术方式不仅可以减轻患者痛苦及经济负担,还具有创伤小、术后恢复快等优势。本研究采取小切口阑尾切除术效果满意,在基层医院具有推广使用价值。

参考文献

[1]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008.467-471
[2]王素娇.小切口阑尾切除术的临床应用体会[J].河南外科学杂志,2012,18(6):88-89
[3]杨兴成.用小切口阑尾炎切除术治疗阑尾炎的临床疗效观察[J].大家健康(学术版),2013,7(9):121
[4]杨碧新.小切口切除术治疗阑尾炎 98 例临床观察[J].当代医学,2012,18(18):16-17
[5]李智强.小切口切除术治疗阑尾炎 50 例分析[J].吉林医学,2014,35(3):588
[6]任建强.探讨分析小切口阑尾炎切除术治疗阑尾炎的临床效果[J].中外医疗,2013,32(27):66
[7]唐龙军.单纯性阑尾炎小切口切除术疗效分析[J].中国卫生产业,2012,9(14):129

(收稿日期:2014-07-31)

阑尾炎切除术中阑尾残端应用电凝处理的效果观察

梁冬生

(江西省九江市修水县何市镇卫生院 修水 332409)

摘要:目的:探讨阑尾炎切除术中阑尾残端应用电凝处理的临床效果。方法:选取我院 2012 年 1 月~2014 年 1 月期间行阑尾炎切除术治疗的急性阑尾炎患者 80 例,根据阑尾残端处理方式的不同分为观察组和对照组各 40 例,观察组行电凝处理,对照组行传统方法处理,比较两组术后效果。结果:两组患者在切口长度、术后排气时间和下床活动时间等方面比较均无明显差异($P>0.05$),但观察组手术时间、术后疼痛度及并发症发生率明显优于对照组($P<0.05$)。结论:阑尾炎切除术中阑尾残端采用电凝方法处理可明显缩短手术时间、降低患者术后疼痛度以及并发症发生率,效果显著,值得临床推广应用。

关键词:阑尾炎切除术;阑尾残端;电凝处理;术后效果

中图分类号:R656.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.01.051

阑尾炎切除术是普外科最常见术式,也是治疗阑尾炎的最确切术式,但在手术最后步骤中对阑尾残端的处理临床方法较多,电凝处理是近年来应用较为广泛的阑尾残端处理方法,且取得较满意效果。现将我院采用术中电凝处理的情况报告如下,并与传统处理方法比较,为临床应用提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2012 年 1 月~2014 年 1 月期间行阑尾炎切除术治疗的急性阑尾炎患者 80 例,根据阑尾残端处理方式的不同分为观察组和对照组各 40 例。观察组男 22 例,女 18 例;年龄 26~60 岁,平均年龄(41.2± 5.3)岁;急性单纯性阑尾炎 10 例,急性化脓性阑尾炎 14 例,坏疽及穿孔性阑尾炎 7 例,阑尾周围脓肿 9 例。对照组男 24 例,女 16 例;年龄 22~58 岁,平均年龄(39.6± 5.6)岁;急性单纯性阑尾炎 11 例,急性化脓性阑尾炎 11 例,坏疽及穿

孔性阑尾炎 8 例,阑尾周围脓肿 10 例。两组患者在性别、年龄以及病理类型等方面均无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用传统方法处理阑尾残端:将 3 个分别蘸有纯石炭酸(或 5%碘酊)、75%酒精和生理盐水的棉球,应用止血钳依次在阑尾残端黏膜面涂擦,而后弃去保护盲肠的盐水纱布,对阑尾残端给予荷包法包埋处理。

1.2.2 观察组 采用电凝法处理阑尾残端:应用电凝电灼阑尾残端至焦状,而后采用荷包法包埋于盲肠内,必要时可给予“8”字缝合,若残端包埋有困难,可不包埋处理,采用间断缝合法缝合盲肠壁浆肌层。

1.3 观察指标 对两组患者切口长度、手术时间、术后肛门排气时间、下床活动时间、术后疼痛度以及并发症发生率进行比较,其中术后 (下转第 89 页)