

连续波形、强刺激,频率 100 次/min,持续 20 min。5 min 后疼痛得除。中医治疗予疏肝行气、消炎利胆、安蛔止痛、健脾和胃。药用:柴胡 10 g、枳壳 10 g、郁金 10 g、黄芩 10 g、虎杖 15 g、生大黄 10 g、乌梅 10 g、使君子 15 g、川椒 10 g、白术 10 g、陈皮 10 g、白芍 10 g、生甘草 10 g、延胡索 10 g。水煎服,每日 1 剂。西医静脉输液,纠正水电解质紊乱,静脉点滴头孢哌酮舒巴坦、氨苄青霉素、甲硝唑、654-2,肌注维生素 K₃,口服阿司匹林,上述方法连续治疗 3 d,诸症消失,B 超检查未见胆道蛔虫影。

3 讨论

蛔虫一般寄生于小肠中、下段,当肠道环境不适宜蛔虫寄生时,虫体则上窜至十二指肠钻入胆道,造成机械性胆道阻塞,致使肝胆气机瘀滞不通,并刺激奥狄氏括约肌痉挛,从而引起剑突下偏右上腹部阵发性剧烈疼痛。另一方面,蛔虫将肠道细菌带入胆道,引起胆道系统感染。西医在输液维持水电解质、酸碱平衡和抗感染的基础上口服阿司匹林,使蛔虫处于抑制状态,并应用 654-2 和维生素 K₃,使胆囊奥狄氏括约肌松弛,从而达到止痛的目的。中药驱

蛔利胆汤中柴胡疏泄肝胆气机,郁金行血中气滞,枳壳理气消胀,三者配伍除痞消胀止痛,且能松弛胆道括约肌,促进胆囊收缩,使蛔虫排出胆道;黄芩、虎杖清热凉血解毒,消炎利胆;大黄攻下,通导腑气,并能增强胆道蠕动,使奥狄氏括约肌松弛,促进蛔虫排出胆道;白芍、甘草缓急安中止痛;白术、陈皮健脾和胃止呕;且蛔虫得酸(乌梅)则静,得苦(黄芩、虎杖、大黄)则下,得辛(川椒)则伏,加使君子驱蛔。诸药合用共奏疏肝理气止痛、健脾和胃止呕、消炎利胆驱蛔之功。针刺足阳明经之合穴足三里,调理脾胃,通导腑气,理气止痛;根据“合治内腑”的原则,取足少阳胆经之合穴阳陵泉,以疏利肝胆,驱蛔止痛;胆囊穴为经外奇穴,为治疗胆道疾病的效验穴,具有安蛔止痛之功。通过针刺上述穴位,可增强胆囊收缩,促使胆囊括约肌扩张,促进胆汁分泌、排泄及蛔虫排出胆道,调理肠胃功能,从而达到即刻止痛的功能。

本研究结果显示,采用上述综合治疗,具有显著的协同作用,从而达到即刻止痛、排出蛔虫、迅速消除临床症状的效果,是治疗胆道蛔虫症的有效方法,值得临床推广应用。

(收稿日期: 2015-05-25)

微创小切口在单纯性阑尾炎手术中的应用效果分析

项凯

(江西省彭泽县乐观卫生院普外科 彭泽 332712)

关键词: 单纯性阑尾炎;微创小切口;手术疗法;效果分析

中图分类号: R656.8

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.044

阑尾炎是因多种因素而形成的炎性改变,该病症是外科常见病之一,多发于青年时期,男性发病率略高于女性^[1]。我院采取微创小切口治疗单纯性阑尾炎,临床效果较好。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取 2012 年 6 月~2015 年 4 月我院收治的单纯性阑尾炎患者 176 例,按照随机数字表法平均分为实验组和对照组,每组 88 例。实验组患者男 49 例,女 39 例,年龄 17~46 岁,平均年龄(16.25± 1.36)岁;对照组患者男 47 例,女 41 例,年龄 17~47 岁,平均年龄(15.04± 2.34)岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, P>0.05,具有可比性。

1.2 治疗方法 实验组采用微创小切口手术法治疗:对患者进行常规硬膜外麻醉,在麦氏点作长 2.0 cm 的切口,依次切开各层组织,充分暴露每层组织,减少二次伤害的发生,根据实际情况进行阑尾的切

除,缝合切口,术后使用抗生素预防感染。对照组采取常规开腹手术治疗。

1.3 观察指标 观察两组的手术时间、住院时间及并发症发生情况。

1.4 统计学分析 采用 SPSS19.0 统计学软件进行统计和分析数据,以 ($\bar{x} \pm s$) 和百分率分别表示计量数据和计数数据, 分别采用 t 检验和 χ^2 检验。 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术时间、住院时间比较 实验组手术时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义, P<0.05。见表 1。

表 1 两组患者手术时间、住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)			
组别	n	手术时间 (min)	住院时间 (d)
实验组	88	18.56± 1.56*	5.98± 1.22*
对照组	88	34.78± 3.66	9.01± 1.68

注:与对照组比较,*P<0.05。

2.2 两组患者并发症发生情况比较 实验组无并

发病发生,术后并发症发生率为 0.00%;对照组有 16 例发生并发症,并发症发生率为 18.18%;两组并发症发生情况比较,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

3 讨论

阑尾炎可根据其临床表现分为单纯性阑尾炎和破溃性阑尾炎。单纯性阑尾炎在发病早期,往往表现出和胃痛类似的症状,在发病后期,疼痛则会向右下腹转移,表现为剧烈的腹痛^[2],患者需要快速进行手术。随着微创技术的发展,微创小切口手术在治疗单纯性阑尾炎方面表现出较好的疗效^[3-4]。其切口小,手术过程中各层组织出血量较少,手术时间较短,患者术后肠功能恢复较快。另外,术后患者切口疼痛反应不明显,术后出院早,经济压力小。当然,微创小切口手术治疗单纯性阑尾炎也有一定的适应性,患者须无腹部手术病史,能够接受连续硬膜外麻醉,可以配合完成手术。手术医师则要求有专业的操作技术,默契的配合程度。手术完成后,患者要尽早下床活动,禁水禁食 24 h。

在治疗阑尾炎方面,临床多采取手术治疗^[5]。传统的开腹手术对患者的损伤较大,处理不当会发生术后疼痛、术后感染等情况,影响治疗效果^[6]。本研

究结果显示,实验组手术时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。表明对患者采取微创小切口手术,可以缩短患者的手术时间和住院时间,节约住院费用。另外,实验组无并发症发生,对照组发生并发症 16 例,发生率为 18.18%;两组并发症发生情况比较,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。患者术后无并发症,利于术后康复,治疗效果可得到有效提高。总之,微创小切口在单纯性阑尾炎手术中的应用效果较好,其手术时间短,住院时间少,并发症发生率低,值得临床推广。

参考文献

[1]张权锋,吴永强,卢志坤,等.阑尾切除的术式回顾性分析研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(11):1653-1655
[2]吕会增,魏波,叶小勇,等.横切口腹膜外单层缝合与腹腔镜用于阑尾切除的随机对照研究[J].新医学,2015,46(2):110-114
[3]陈凯,辜树勇,杨逸峰.腹腔镜手术治疗急性阑尾炎的疗效观察[J].中国医学创新,2015,12(11):16-19
[4]王小军,张一中,帅勇锋.从 Iconport 单孔装置 50 例应用经验浅谈阑尾炎的术式选择[J].中华腔镜外科杂志(电子版),2015,8(2):123-127
[5]严梁.微创小切口在 20 例单纯性阑尾炎中的应用分析[J].中国民族民间医药,2015,24(4):98
[6]Gorter RR,van der Lee JH,Cense HA,et al.Initial antibiotic treatment for acute simple appendicitis in children is safe: Short-term results from a multicenter, prospective cohort study[J].Surgery,2015,157(5):916-923

(收稿日期: 2015-06-22)

(上接第 59 页)维血管图像得到建立,因三维图像进行有效旋转时,C 臂支架可以进行自动跟踪,并能够自动调整确保投射角度具有较高合理性,由此可以确保透视图像与三维图像进行完全重合,最大程度保证血管立体分布得到充分显现,以便导管或导丝经引导能够顺利进入血管。在 DSA 呈现角度存在变化时,三维路径图能够自动跟踪因 X 线管球移动而发生变化的图像。当透视尺寸呈现扩大状态时,三维路径图会随之增大^[4]。

对颅内动脉瘤进行手术治疗时,尤其对于老年人来讲,其血管比较迂曲,体位变化即便能够使得动脉瘤颈得到充分显现,但依然无法将下端动脉进行完全显示,因此并无法保证微导管在颈内动脉能够顺利通过,此时需将 C 臂角度进行旋转,但是应用普通路径图在 C 臂角度旋转后并无法满足需求,不然则需再次对路径图进行采集。选用三维路径图则能够避免此类缺陷发生^[5]。在本文研究中,将机架摆放到能够让下端动脉完全显现的位置,确保微导管能够顺利地经过,然后将其进行调整,使之符合工作体位。而且输送弹簧圈的过程能够通过多个角度对瘤体及瘤颈进行详细观察,防止在 C 臂后被旋转后需再进行路径图采集或多次造影。因二维路径图需

经多体位观察,导致时间延长,三维则有效减少透视时间,且减少辐射剂量。

在实施三维路径图过程中需尽量将头部固定。颅内动脉瘤患者实施介入治疗时通常采取全麻,发生自主移动几率较低,但实施旋转扫描需脱开呼吸连接管持续几十秒钟,然后接入时需注意头颅位置防止图像出现错位情况;并注意造影剂保持合理速率^[6]。总之,采取三维路径图能够动态实时地引导微导管顺利进入动脉瘤体,直观栓塞弹簧圈在动脉瘤内盘绕的形状及充填瘤腔效果,确保介入栓塞治疗能够安全顺利完成。

参考文献

[1]陈杰,罗俊生,郭闻师.3D-CTA 联合 2D-DSA 在颅内动脉瘤诊断及干预中的应用[J].中国实验诊断学,2011,15(8):1351-1352
[2]周昌龙,夏小辉,贺学农.3D-CTA 与 3D-DSA 诊断颅内动脉瘤对比研究的 Meta 分析[J].第三军医大学学报,2012,34(19):2027-2029
[3]郭强,于加省,何跃,等.三维重建数字减影血管造影技术与 C 臂 CT 在颅内动脉瘤手术治疗中的应用[J].中国医药,2012,7(7):855-856
[4]苏安华,李淼.3D-CTA 与 3D-DSA 在颅内动脉瘤诊断中的对比观察[J].中国实验诊断学,2012,16(12):2295-2296
[5]郭建新,冒平,牛刚,等.3D-CTA、2D-DSA 及 3D-DSA 对颅内动脉瘤诊断价值的对比研究[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2011,9(5):21-23
[6]黄强,张世龙,孙永权,等.三维旋转 DSA 作为脑动脉瘤破裂出血急诊首选检查的临床价值[J].中华介入放射学电子杂志,2013,1(1):58-60

(收稿日期: 2015-06-24)