

腹腔镜下阑尾切除术治疗阑尾炎 45 例临床分析

黎亚飞 廖春娟 余小珍

(江西省九江市武宁县人民医院外二科 武宁 332300)

摘要:目的:探查腹腔镜下阑尾切除术的优势及限制性,总结治疗经验。方法:回顾分析 2015 年 1~10 月 45 例经腹腔镜下阑尾切除术的临床资料。结果:分析的 45 例腹腔镜下阑尾切除术患者全部顺利康复出院,无术后出血、肠痿等严重并发症的发生。结论:腹腔镜下阑尾切除术是一种安全可靠的手术方式,但在临床应用中依然具有一定的限制性。

关键词:阑尾炎;腹腔镜;阑尾切除术

中图分类号:R656.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.07.029

急性阑尾炎是腹部外科的常见病,是急腹症中最常见的疾病,其发病率约为 1:1 000,各年龄段及妊娠期妇女均可发病,但以青壮年最为多见^[1]。其典型的表现为转移性右下腹痛,明确诊断为阑尾炎的患者多建议进一步行手术治疗。传统上阑尾炎多采取常规开腹手术,随着腹腔镜技术的不断发展,目前许多医院都已开展腹腔镜下行阑尾切除术。本文旨在探查腹腔镜下阑尾切除术的优势及限制性,总结治疗经验。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院于 2015 年 1~10 月共收治了 45 例行腹腔镜下阑尾切除术的阑尾炎患者,男 21 例,女 24 例;年龄 17~76 岁,平均 40.5 岁;其中急性单纯性阑尾炎 3 例,急性化脓性阑尾炎 31 例,急性坏疽性阑尾炎 2 例,阑尾炎合并穿孔 2 例,慢性阑尾炎 5 例,慢性阑尾炎急性发作 2 例;其中合并慢性胆囊炎 1 例(同时行腹腔镜下胆囊切除术),合并右侧输卵管包块 1 例(同时行腹腔镜下右侧输卵管切除术),合并肠系膜包块 1 例(同时行腹腔镜下肠系膜包块切除术)。

1.2 腹腔镜下阑尾切除术手术方法 手术均采用在插管全麻下进行。麻醉起效后,患者仰卧,常规术野皮肤消毒铺巾后,连接好腔镜设备,先在脐部上缘做 1 cm 大小切口,通过 Veress 针建立气腹(维持气腹压力在 12~14 mm Hg),经脐部上缘切口置入 10 mm Trocar,置入腹腔镜探查腹腔明确诊断为阑尾炎后,选取右麦氏点上方约 4 cm 处切开皮肤置入 10 mm Trocar 作为主操作孔,选取脐与耻骨联合中点偏左切开皮肤置入 5 mm Trocar 作为辅助操作孔。提起阑尾,用双极电凝凝闭系膜区并切断系膜。显露阑尾根部,用套扎线套入阑尾根部将阑尾套扎,然后再使用一 Hem-o-Lock 夹夹住阑尾根部,最后在其远端切断阑尾,残端用电钩烧灼及碘伏消毒处理后。将阑尾自主操作孔 Trocar 内取出,或者放入标本带内取出,脓性渗液多者用吸引器吸尽后。检查

无创面出血后,取出腔镜设备,缝合各戳孔,结束手术。脓液较多者可适当放置橡胶引流管进行引流。

2 结果

本组所行的 45 例腹腔镜下阑尾切除手术中,其中 1 例因术中误伤盲肠而行中转开腹手术,1 例因粘连紧密中转开腹手术,其余 43 例均顺利在腹腔镜下完成阑尾切除术。本组中 1 例合并慢性胆囊炎患者同时行腹腔镜下胆囊切除术,1 例合并右侧输卵管包块患者同时行腹腔镜下右侧输卵管包块切除术,1 例合并肠系膜包块者同时行腹腔镜下肠系膜包块切除术。手术时间 30~80 min,平均 51 min。术后所有患者均顺利出院,出现并发症 2 例(4.44%),其中 1 例戳孔感染(经拆线引流,定期换药后治愈),1 例术后局部积脓(加强抗感染后自行吸收),没有出现粪漏、术后出血、肠梗阻等其他并发症。术后住院时间 3~30 d,其中 ≤3 d,1 例(2.22%);4~7 d,37 例(82.22%);>7 d,7 例(15.56%)。

3 讨论

腹腔镜下阑尾切除术(laparoscopic appendectomy, LA)最早见报道于 1983 年^[2],经过多年的发展,已经成为一种熟练的手术方法,目前许多医院都具备进行这种手术的条件。与传统阑尾炎切除手术相比,具有开腹手术无法比拟的许多优点:(1)手术创口小,损伤小,术后疼痛程度轻,恢复快。传统开腹手术多采取右下腹麦氏切口或者右下腹探查切口,切口长度一般都在 3 mm 以上。而腹腔镜下阑尾切除术,一般取 3 个戳孔,大小在 5~10 mm,总计长度约 25 mm 左右,切口小,而且美观,术后的疼痛程度较轻,恢复快。尤其对于年轻患者来说,术后疤痕更小更美观,更符合美容的需要,具有更大的吸引力。(2)术后切口感染率低:本组患者中共 1 例患者出现术后切口感染,切口感染率仅为 2.22%,而临床报道的开腹手术术后切口感染率在 4%~12%。笔者统计了我院同期传统阑尾切除手术的患者术后切口感染率为 7.9%,显著高于腹腔镜手术患者。尤其

对于体型肥胖的患者,腹腔镜下阑尾切除术术后切口恢复情况更具有优势。(3)腹腔镜手术视野更清晰、广阔,利用腹腔镜手术对器官进行全面的检查,是一种直观的诊断,可提高诊断的正确率^[3]。如术中发现有其他合并症者需要手术者,亦可同时或者适当增加戳孔来进行相关处理。如本组中 3 例分别合并有慢性胆囊炎、右侧输卵管包块及肠系膜包块均同时进行了相关的处理。而开腹手术因手术切口暴露局限,难以进行全腹腔探查,特别对于上腹部等其他部位病变,如合并有上述问题则难以发现或者无法同时进行相关手术。

腹腔镜下阑尾切除术有着上述的诸多优点,但依然有着许多的限制,尤其在乡村患者众多的县级医院中无法全面开展及完全取代开腹手术。笔者统计了同期的阑尾炎手术患者,共计 171 例,其中开腹手术 126 例,占 73.68%,而腹腔镜下阑尾切除术只占所有阑尾炎手术 26.32%,所占的比例较低。笔者分析其相关原因如下:(1)腹腔镜下阑尾切除术对医生的技术要求相对于开腹手术更高,传统的开腹阑尾炎手术一般经过 2~3 年的外科科室的培训,合格的住院医师都能够熟练的做好一台简单的阑尾炎手术。而具备有熟练操作腹腔镜阑尾切除术的医师则

需更多年的技术培养。(2)腹腔镜手术具有一定的中转开腹率,本组患者中 45 例共有 2 例行中转开腹手术,占 4.44%。而中转开腹后的切口相对于传统的开腹手术来说相对增加了创伤,部分患者难以接受。(3)腹腔镜下阑尾切除手术费用比传统阑尾手术更高。笔者统计了本组腹腔镜下阑尾切除术平均费用在 9 174 元,虽说绝大多数患者有医保及农村合作医疗,但依然需要自己承担 40%以上的费用,对于经济相对困难的患者来说难以承受。

综上所述,腹腔镜下阑尾切除术是一种比较安全可靠的手术,具有创伤小、术后恢复快、切口疤痕小、术后并发症少等优点,是值得推广的一种手术方式。然而,腹腔镜阑尾切除术仍有诸多的限制,无法完全取代传统开腹阑尾手术,我们在今后应用此项技术仍需不断的完善及改进,以求更好的为广大患者服务。

参考文献

[1]吴孟超,吴在德.黄家骊外科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.1572
 [2]Smee K.Endoscopic Opendectomy[J].Endoscopy,1983,15:59
 [3]李晓峰,韩秋果.60 例腹腔镜阑尾手术分析[J].中国现代药物应用,2015,9(2):68-69

(收稿日期:2016-06-01)

尿液检测中尿液分析仪和镜检法应用研究

林钠平

(中山大学附属第三医院粤东医院 广东中山 514011)

摘要:目的:探讨尿液分析仪与镜检法在尿液检测中的应用效果。方法:选取 2015 年 5 月~2016 年 5 月我院门诊接待的尿液检测患者 500 例进行研究,分别采用尿液分析仪(I 组)与镜检法(II 组)检测尿液中的红细胞、白细胞和尿蛋白水平,比较两组的检测结果。结果:I 组的白细胞检测阳性率要明显低于 II 组,而 I 组红细胞、尿蛋白检测阳性率则明显高于 II 组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:尿液检测中采用尿液分析仪与镜检法各有优劣,前者白细胞阳性率更低,后者红细胞与尿蛋白阳性率更低,二者联合检测可提高诊断准确性,值得借鉴。

关键词:尿液检测;尿液分析仪;镜检法;阳性率

中图分类号:R446.12

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.07.030

尿液检测属于比较基础的检查,在门诊中应用极为广泛,诊断结果越准确,临床参考价值越高,因此,提高尿液检测结果的准确性有着积极的意义^[1]。尿液检测常用方法有尿液分析仪和镜检法,这两种检测方式都有不错的效果,在尿液检测中均有各自的优势。为进一步探讨尿液分析仪与镜检法在尿液检测中的应用效果,我院对 500 例尿液检测门诊患者进行了比较研究。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究纳入对象共计 500 例,全部为 2015 年 5 月~2016 年 5 月我院门诊接待的尿

液检测患者。纳入研究的对象均自愿配合本次研究,收集他们完整的尿液标本。500 例患者中男性 297 例,女性 203 例;年龄 16~70 岁,平均年龄(38.9±5.6)岁。

1.2 方法 本次研究中所有入选对象均采用尿液分析仪与镜检法检测其尿液中的白细胞、红细胞和尿蛋白水平。收集每位患者的尿液 2 管,各约 10 ml,分别用尿液分析仪与镜检法测定。第 1 管采用尿液分析仪测定,仪器:优利特 200 型全自动尿液分析仪及原装配套试剂(东莞健威医疗器械有限公司)。分析仪测定严格按照相关设备及仪器说明书执