

常用手段,是经右上腹腹直肌或右肋缘下切口进腹,实施手术操作,容易对患者神经、肌肉、血管等造成损伤,针对性较差、切口愈合慢,甚至会出现胆漏、腹腔内出血等诸多并发症,会造成患者术后恢复不良^[4-5]。腹腔镜胆囊切除术是在腹腔内插入导管,建立气腹后,对胆囊三角区的结构进行解剖,在将胆囊动脉和胆囊管夹闭离断后全部切除胆囊,能有效改善开腹胆囊切除术的弊端^[6]。

本研究结果显示,对照组与观察组相比,手术用时、胃肠功能恢复时间、术中出血量、住院天数均明显提高。分析原因可能与腹腔镜胆囊切除术的以下几点优势有关:(1)只需要于腹部做 0.5~1.0 cm 的切口进行手术操作,对患者机体造成的损害较小,能有效减轻患者的疼痛,且不易留下明显的疤痕;(2)患者术后约 8 h 可下床活动,24 h 左右便可排气进食,能有效促进患者恢复,缩短住院时间;(3)腹腔镜手术为微创手术,术中操作主要依赖腹腔镜实施,具有清晰的术野,便于对血管处的精细操作,能有效降低术中出血量^[7-8]。此外,本研究中,对照组并发症发生率与观察组相比明显提高,可见采用腹腔镜胆囊

切除术能有效降低患者的并发症发生率,减轻对患者造成二次伤害,安全性较高。综上所述,与开腹胆囊切除术相比,对胆囊结石患者采用腹腔镜胆囊切除术治疗效果更优,能有效改善各项手术指标,缩短治疗时间,降低并发症发生率,值得临床应用与推广。

参考文献

[1]梁钰安,周文策,钱春花,等.腹腔镜胆囊切除术与保胆取石术患者胆道感染的对比分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26(6):1286-1288
 [2]焦勇,张钧,雍鹏.腹腔镜胆囊切除术与开腹胆囊切除术治疗慢性萎缩性胆囊炎的临床比较[J].中国现代普通外科进展,2016,19(2):161
 [3]聂寒秋,张阳,邢人伟,等.内镜微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术的临床效果比较[J].中国普通外科杂志,2016,25(3):459-462
 [4]吴杰,李自平.腹腔镜胆囊切除术与开腹胆囊切除术治疗胆囊结石的疗效比较[J].医学综述,2016,22(11):2283-2285
 [5]李东辉.腹腔镜手术与传统手术治疗胆囊结石患者 123 例的临床对比[J].陕西医学杂志,2016,45(12):1592-1593
 [6]张驰豪,桂亮,刘晔,等.腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊结石伴肝硬化的临床分析[J].肝胆胰外科杂志,2016,28(6):454-459
 [7]马家骥,刘海鹏,黄泽平,等.胃癌术后胆囊结石研究进展[J].医学综述,2016,22(1):72-76
 [8]闫长红,许艳春.胆囊结石行腹腔镜胆囊切除术对肝功能及应激反应的影响[J].长春中医药大学学报,2016,32(1):171-173

(收稿日期: 2017-01-06)

腹腔镜下阑尾切除术与传统阑尾切除术的临床对比研究

戴以文

(河南省南阳市中医院普外科 南阳 473000)

摘要:目的:分析对比腹腔镜下阑尾切除术与传统阑尾切除术治疗阑尾炎临床效果。方法:选取 2015 年 3 月~2016 年 8 月我院阑尾炎患者 75 例,根据手术方式分组,观察组 38 例行腹腔镜下阑尾切除术,对照组 37 例行传统开腹式阑尾切除术。对比两组手术情况,统计并发症发生率。结果:观察组肛门排气时间、下床时间均短于对照组,术中失血量、止痛药使用比例均少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),两组手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组并发症发生率 7.89%(3/38)低于对照组 29.73%(11/37),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:相较于传统阑尾切除术,腹腔镜阑尾切除术具有创伤小、并发症发生率低、术后恢复快等优势。

关键词: 阑尾炎;腹腔镜下阑尾切除术;传统阑尾切除术;对比研究

中图分类号:R656.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.017

阑尾炎是由感染、梗阻等多种因素导致的阑尾炎性病变,临床表现以剧烈腹痛为主,慢性阑尾炎患者会出现持续消化不良及体重下降等症状。临床治疗常采用手术方式切除阑尾。而近年来,腹腔镜技术由于创伤小、有利于恢复等优势广泛应用于外科手术治疗,腹腔镜下阑尾切除术将微创理念引入阑尾外科治疗中,获得临床一致推荐^[1]。本研究选取阑尾炎患者 75 例,分组对比腹腔镜下阑尾切除术与传统阑尾切除术治疗阑尾炎临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月~2016 年 8 月我

院阑尾炎患者 75 例,根据手术方式分组,观察组 38 例,女 16 例,男 22 例;年龄 22~60 岁,平均年龄(42.14± 8.68)岁;急性阑尾炎 29 例,慢性阑尾炎 9 例。对照组 37 例,女 14 例,男 23 例;年龄 24~58 岁,平均年龄(41.62± 9.32)岁;急性阑尾炎 28 例,慢性阑尾炎 9 例。对比两组一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:所有患者均符合《外科学》第 8 版中急、慢性阑尾炎诊断标准^[2];知情本研究并签署知情同意书。排除标准:具有溃疡史与腹部复杂手术史者;凝血功能障碍者。

1.3 手术方法

1.3.1 观察组 行腹腔镜下阑尾切除术。术前排净小便,行连续硬外膜麻醉,取仰卧 30° 体位;于脐上缘行约 10 mm 弧形切口,建立人工气腹;置入直径为 10 mm Trocar 及腹腔镜,顺时针环视腹腔;于右下腹麦氏点与左下腹近脐孔位置分别行 10 mm、5 mm 切口并置入 Trocar;分离阑尾周边组织,展开阑尾系膜,阑尾钳将阑尾提起,以超声刀切断阑尾系膜,利用套扎器双重套扎阑尾后切除阑尾;腹腔镜引导下清洗腹腔,观察无活动性出血后,消除气腹,闭合切口。

1.3.2 对照组 行传统开腹阑尾切除术。术前排净小便,行全身麻醉,取头低足高约 30° 体位;行右下腹麦氏切口 3~7 cm,探查腹腔;游离并切断阑尾系膜,利用套扎器双重套扎阑尾后切除阑尾;包埋处理阑尾残端,冲洗腹腔,常规引流。

1.4 观察指标 对比两组手术情况,包括肛门排气时间、下床时间、术中失血量、止痛药使用比例,并统计并发症发生率。

1.5 统计学分析 通过统计软件 SPSS20.0 对数据进行分析,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料,配对 t 检验,以例 % 表示计数资料,配对 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况比较 观察组的肛门排气时间、下床时间均短于对照组,术中失血量、止痛药使用比例均少于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),两组手术时间比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	手术时间 (min)	术中失血量 (ml)	肛门排气 时间(h)	下床时间 (h)	止痛药使用 情况 [例(%)]
观察组	38	52.32± 10.28	28.74± 4.35	15.44± 3.13	14.65± 6.23	3(7.89)
对照组	37	48.39± 8.76	50.65± 10.30	24.15± 6.52	28.78± 4.24	27(72.97)
t/χ^2		1.780	12.057	7.406	11.452	33.081
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组并发症发生率比较 观察组并发症发生率 7.89% 低于对照组的 29.73%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较 [例(%)]

组别	n	粘连性肠梗阻	腹腔残余脓肿	腹腔内出血	切口感染	总发生
观察组	38	2(5.26)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.63)	3(7.89)
对照组	37	2(5.41)	2(5.41)	1(2.70)	6(16.22)	11(29.73)
χ^2						5.887
P						<0.05

3 讨论

急性阑尾炎具有发病突然、病情重等特点,临床报道显示,有 14%~30% 的急性阑尾炎患者可并发穿孔^[1]。急性阑尾炎并发穿孔可导致休克、腹膜炎等多种并发症,对患者生命存在一定威胁。而慢性阑尾炎病情长期存在对人体消化功能造成不良影响^[2]。急性阑尾炎必须及时接受手术治疗,慢性阑尾炎可考虑药物治疗,但不排除治疗后存在急性复发可能。

开腹式阑尾切除术是目前最成熟的阑尾炎治疗方法,其操作简单,切口相对于其他腹部开放式手术要小,且几乎不影响腹区重要脏器^[3]。但对于严重肥胖者,必须扩大切口,腹部感染风险增高,无法满足患者美观要求。此外,患者术后疼痛感较强烈,对生活质量造成一定影响。而腹腔镜阑尾切除术不受患者腹壁情况影响,仅经 10 mm 左右切口即可对腹区进行探查。由于对腹壁组织创伤较小,患者术后疼痛感较轻,几乎无需采取止痛措施。腹腔镜阑尾切除术所行 3 个切口均小于 10 mm,受损皮肤可迅速恢复正常状态,腹部外观不受影响,可满足患者美观要求。相对于传统开腹式阑尾切除术,腹腔镜术式优势在于:(1) 并发症发生率低。由于操作孔均采用套管隔离,可避免病理组织、炎性渗出物、脓液等与切口及附近组织接触,极大降低切口感染率。利用腹腔镜可改善手术视野,有利于彻底清除腹腔中脓液,降低并发症发生率。(2) 术后恢复时间短。由于对腹区组织及环境影响较小,病灶及渗出物、脓液清除彻底,患者术后恢复时间极大缩短。本研究结果显示,观察组肛门排气时间、下床时间均短于对照组,术中失血量、止痛药使用比例均少于对照组,并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。提示腹腔镜阑尾切除术治疗阑尾炎具有并发症发生率低、术后恢复快等优势。综上所述,相较于传统阑尾切除术,腹腔镜阑尾切除术具有创伤小、并发症发生率低、术后恢复快等优势。

参考文献

- [1] 汪雪,李文艺,彭德伟,等.腹腔镜手术在减少穿孔性阑尾术后应激中的应用[J].山西医药杂志,2016,45(7):834-836
- [2] 陈孝平,汪建平.外科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.385-386
- [3] 张文良,汪圣毅,雷伟.急性阑尾炎患者穿孔的发病率及其危险因素研究[J].中国全科医学,2015,18(23):2792-2795
- [4] 吕怀贵.慢性阑尾炎患者的临床诊断、手术及预后问题探讨[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(16):2420-2421
- [5] 李春生,刘铜军,申震,等.腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的临床对比研究[J].中华普通外科杂志,2015,30(8):647-649

(收稿日期: 2017-01-07)