

具有统计学意义;两组失血量比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组手术情况及住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术用时 (min)	失血量 (ml)	住院时间 (d)
观察组	49	147.32± 13.32	114.43± 21.54	10.43± 5.41
对照组	49	158.65± 16.41	116.87± 18.51	13.15± 4.37
t		3.752	0.601	2.738
P		<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组结石清除率比较 观察组结石清除率为 97.96% (48/49), 对照组结石清除率为 93.88% (46/49), 组间差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

3 讨论

胆囊结石合并胆总管结石是临床常见胆道疾病, 发病率较高, 极易并发梗阻性黄疸、急性胆源性胰腺炎, 甚至引起严重肝功能受损, 影响患者身心健康^[3]。LC 是治疗胆囊结石的标准术式, 临床优势已获医学界认可, 但术前明确结石性状对顺利完成 LC 意义重大。LCBDE 与 ERCP 联合 LC 是目前临床治疗胆囊结石合并胆总管结石的常用术式, 均可达到良好的临床效果。但 LCBDE 探查要求胆道镜最大限度探入胆囊及胆总管, 在直视状态下判断结石大小、数量及位置, 若胆管狭窄可导致探查镜头无法深入, 影响 LC 结石清除率。此外, LCBDE 需行 T 管引流, 侵入性较大, 损伤胆管可能性较高, 影响预

后康复进程。ERCP 能够清楚显示狭窄胆管内的结石形态、数量及分布位置, 操作简单, 且术后无需留置 T 型管, 保证了胆道的完整性及其正常生理功能, 安全性及可行性更高, 有利于缩短手术时间, 降低术中失血量, 加快术后康复^[4-5]。

本研究结果显示, 观察组手术用时及住院时间均明显低于对照组 ($P<0.05$); 两组失血量、结石清除率比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。说明胆囊结石合并胆总管结石患者采用 ERCP 联合 LC 治疗, 可缩短手术时间及住院时间, 加快康复进程。综上所述, 胆囊结石合并胆总管结石患者采用 ERCP 联合 LC 治疗效果显著, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1]刘和荣,沈文华,周厚吾.ERCP+EST 术后早期行 LC 术治疗胆囊结石合并胆总管结石临床疗效观察 [J]. 医学临床研究,2017,34(3): 556-558
- [2]王春丽.LC 术前行 ERCP+EST 治疗高龄胆囊结石合并胆总管结石患者的近期疗效[J]. 检验医学与临床,2017,14(12):1815-1817
- [3]汤厚阔,全竹富.ERCP 联合 LC 治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床分析[J]. 肝胆外科杂志,2016,24(4):273-275
- [4]陈淦,曹葆强,龚仁华,等.ERCP、EST 联合 LC 治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床分析[J]. 腹腔镜外科杂志,2015,20(6):448-450
- [5]马大喜,李可为,王坚,等.LC+LCBDE 和 ERCP/EST+LC 在胆囊合并胆总管结石中应用的随机对照研究[J]. 肝胆胰外科杂志,2016,28(6):448-453

(收稿日期: 2017-12-03)

大黄牡丹汤加减联合腹腔镜阑尾切除术对急性阑尾炎患者术后胃肠功能及康复进程的影响

姜明华

(河南省宁陵县中医院妇产科 宁陵 476700)

摘要:目的:探讨大黄牡丹汤加减联合腹腔镜阑尾切除术对急性阑尾炎患者术后胃肠功能及康复进程的影响。方法:选取我院 2015 年 5 月~2017 年 5 月收治的急性阑尾炎患者 102 例,按随机数字表法分为对照组和观察组各 51 例。对照组给予腹腔镜阑尾切除术,观察组给予大黄牡丹汤加减+腹腔镜阑尾切除术。比较两组肠鸣音复常时间、体温复常时间、排便时间、引流管留置时间以及住院天数。结果:观察组肠鸣音复常时间、体温复常时间、排便时间、引流管留置时间及住院天数均明显低于对照组 ($P<0.05$)。结论:大黄牡丹汤加减联合腹腔镜阑尾切除术治疗急性阑尾炎,可促进患者胃肠功能恢复,加快康复进程。

关键词:急性阑尾炎;腹腔镜阑尾切除术;大黄牡丹汤加减

中图分类号:R656.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.056

急性阑尾炎是临床常见外科急腹症,占外科住院患者总数的 10%~15%,起病急骤,疼痛剧烈^[1]。近年来,腹腔镜阑尾切除术因其切口小、出血量少、术后疼痛小、不良反应少等优势在急性阑尾炎的临床治疗中广泛应用,但术后肠功能会受到一定的抑制,影响康复进程。大黄牡丹汤由大黄、丹皮、薏苡仁等多种中药组成,具有逐瘀散结、泻热解毒之功效,为中医治疗阑尾炎的经典药方^[2]。本研究旨在探讨大

黄牡丹汤加减联合腹腔镜阑尾切除术对急性阑尾炎患者术后胃肠功能及康复进程的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 5 月~2017 年 5 月收治的急性阑尾炎患者 102 例,按随机数字表法分为对照组和观察组各 51 例。对照组女 24 例,男 27 例;年龄 16~68 岁,平均年龄 (32.67± 11.49) 岁;发病时间 1.4~10 h,平均时间 (4.02± 1.13) h;坏疽

性阑尾炎 4 例,化脓性阑尾炎 16 例,单纯性阑尾炎 31 例。观察组女 23 例,男 28 例;年龄 14~67 岁,平均年龄(30.97± 12.71)岁;发病时间 2~10 h,平均时间(4.74± 1.56)h;坏疽性阑尾炎 5 例,化脓性阑尾炎 16 例,单纯性阑尾炎 30 例。两组患者的性别、年龄、发病时间、疾病类型等一般资料差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院伦理协会审批。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:均符合《外科学》中急性阑尾炎相关诊断标准^[9];患者均自愿签署知情同意书。排除标准:严重心肝肾功能异常者;伴有血液、心脑血管疾病者;妊娠期、哺乳期女性;存在精神类疾病者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 行腹腔镜阑尾切除术治疗,气管插管全麻,于脐部上缘作 1 cm 的弧形切口,用 Veress 针穿刺入腹腔,建立 CO₂ 气腹,维持气腹压力在 14 mm Hg,置入 10 mm 的 Trocar,伸入腹腔镜,探查腹腔情况。于反麦氏点作一长 10 mm 切口,置入 10 mm 的 Trocar 为主操作孔,于耻骨、腹部正中联合上方约 5 cm 处作一长 5 mm 切口,置入 5 mm 的 Trocar 为副操作孔。主操作孔置入肠钳,显露回盲部,探查病变阑尾,电钩分离粘连组织;副操作孔置入抓钳,提起阑尾,显露盲肠、阑尾根部、系膜,分离阑尾动脉,用钛夹夹闭阑尾,沿阑尾壁切断系膜,直至阑尾根部,置入无齿抓钳,轻轻牵拉暴露残端,用 7 号丝线双重结扎,距结扎线约 3 mm 处剪断阑尾;取出阑尾,置入标本袋。根据患者实际情况决定是否放置引流管,用甲硝唑注射液进行术区局部冲洗,缝合切口,术毕。

1.3.2 观察组 在对照组治疗基础上加用大黄牡丹汤治疗。方药组成:鳖甲 15 g、大黄 10 g、败酱草 20 g、丹皮 15 g、冬瓜仁 20 g、桃仁 10 g、芒硝 6 g、红藤 20 g、薏苡仁 20 g、生甘草 10 g。水煎,取汁 400 ml,1 剂/d,分 2 次早晚温服。

1.4 观察指标 观察两组患者术后肠胃功能恢复情况,包括肠鸣音复常时间、排便时间、引流管留置时间;比较两组患者术后体温复常时间及住院时间。

1.5 统计学分析 数据处理采用 SPSS21.0 统计学软件,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

观察组肠鸣音复常时间、排便时间、引流管留置

时间、体温复常时间及住院天数均低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组术后肠胃功能恢复及康复进程比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	肠鸣音复常时间(h)	排便时间(h)	引流管留置时间(h)	体温复常时间(d)	住院天数(d)
观察组	51	13.32± 4.49	2.76± 5.11	3.16± 1.01	1.82± 0.57	5.08± 2.17
对照组	51	21.52± 4.81	4.85± 5.40	3.77± 1.74	2.78± 0.98	7.74± 3.38
t		8.900	2.008	2.165	6.047	4.729
P		0.000	0.047	0.033	0.000	0.000

3 讨论

急性阑尾炎主要由淋巴增生、粪石梗阻、寄生虫侵入等因素所致,其临床治疗主要包括药物治疗和手术治疗,但药物起效缓慢,疗效欠佳。手术治疗包括传统开腹手术和腹腔镜手术。传统开腹手术具有手术切口大、出血量多、术后并发症多等弊端,不利于患者早日康复。腹腔镜阑尾切除术是现阶段治疗急性阑尾炎的理想手段,可弥补传统开腹手术的不足,安全性更高^[9]。但外科腹部手术患者术后可出现胃肠功能迟缓,影响术后营养状况改善,不利于术后康复。

中医学认为,急性阑尾炎属“肠痈”范畴,多因外邪侵袭,痈热肠腑,饮食不节,损及脾胃,致肠腑传导失职;或便秘,致肠腑气机壅塞,血络淤积,郁而化热,瘀热互结,导致血败肉腐,形成痈脓,治疗宜活血祛瘀、清热解毒、散结消痈。本研究所用大黄牡丹汤中,牡丹皮活血凉血,大黄活血化瘀、泻下通积、清热解毒,两者共为君药,有泻肠腑湿热瘀结之效;薏苡仁、鳖甲可排脓、软坚散结;丹皮佐以桃仁可透脓散瘀、活血行滞;大黄佐以芒硝可泻下通便、软坚散结;冬瓜仁可排脓散结、清热利尿;生甘草、败酱草可消肿散结、清热解毒;红藤可活血祛风、清热解毒,诸药合用,共奏消痈散结、泻热解毒、逐瘀排脓之功^[9]。

本研究结果显示,观察组肠鸣音复常时间、体温复常时间、排便时间、引流管留置时间及住院天数均明显低于对照组 ($P<0.05$)。说明大黄牡丹汤加减联合腹腔镜阑尾切除术治疗急性阑尾炎,可促进胃肠功能恢复,加快术后康复进程。

参考文献

[1]潘子鹏,李闻.腹腔镜阑尾切除术治疗急性阑尾炎的临床疗效及其安全性评价[J].昆明医科大学学报,2016,37(8):119-122

[2]邓芳芳,曹森,张文兴.大黄牡丹汤恢复急性阑尾炎术后肠功能的 Meta 分析[J].中国中西医结合外科杂志,2015,21(2):124-127

[3]陈孝平,石应康,段德生.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.610

[4]王啟雄.腹腔镜阑尾切除术对不同病情阑尾炎患者的疗效对比研究[J].中国内镜杂志,2015,21(10):1053-1055

[5]汪雪,刘建,彭德伟,等.大黄牡丹汤联合腹腔镜治疗急性阑尾炎临床疗效观察[J].四川中医,2017,29(1):172-175