

腹腔镜手术与开腹手术治疗急性阑尾炎的对比研究

杨文军(湖北省十堰市西苑医院 442004)

【摘要】 目的 比较开腹手术、腹腔镜手术治疗急性阑尾炎的临床效果,为其临床应用提供依据。**方法** 回顾性分析 2012 年 6 月至 2013 年 1 月本院收治的 60 例急性阑尾炎患者的临床资料,根据患者接受的不同治疗方案分为对照组和治疗组,每组 30 例。对照组患者采用传统开腹手术治疗,治疗组患者采用腹腔镜手术治疗。比较两组患者的手术时间、术中出血量、术后排气时间、抗菌药物使用时间及住院时间,术后肠梗阻、切口感染、腹腔脓肿、疼痛、瘢痕等并发症的发生情况。**结果** 治疗组患者的手术时间、术中出血量、术后排气时间、抗菌药物使用时间、住院时间、并发症的发生均明显少于对照组,组间比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 腹腔镜手术是临床中治疗急性阑尾炎的有效方式,具有手术时间短、术中出血量少、疗效显著、并发症少、患者恢复快等优势,值得临床推广应用。

【关键词】 腹腔镜手术; 开腹手术; 急性阑尾炎
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.18.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)18-2604-02

急性阑尾炎是临床中十分常见的急腹症,临床症状主要为呕吐、恶心、下腹疼痛等,少数患者伴有腹泻、厌食等^[1]。临床上急性阑尾炎的主要治疗方式为外科手术,开腹手术和腹腔镜手术是临床中常见的术式。本文对 2012 年 6 月至 2013 年 1 月本院收治的 60 例急性阑尾炎患者的临床资料进行回顾性分析,比较分析采用开腹手术、腹腔镜手术治疗急性阑尾炎的临床效果。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本选择本院 2012 年 6 月至 2013 年 1 月收治的 60 例急性阑尾炎患者为研究对象,所有患者均经过严格的问诊、体格检查、影像检查和诊断,并符合《外科学》中的急性阑尾炎的相关诊断标准。根据患者入院治疗所接受的不同治疗方案,将其分为对照组与治疗组,每组 30 例。对照组中男 18 例,女 12 例;年龄 12~75 岁,平均(36.25±1.42)岁;其中急性化脓性阑尾炎患者 11 例,急性单纯性阑尾炎患者 19 例。治疗组中男 16 例,女 14 例;年龄 11~76 岁,平均(38.14±3.04)岁;其中急性化脓性阑尾炎患者 10 例,急性单纯性阑尾炎患者 20 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者采用传统开腹手术治疗,术前做好充分的手术准备,经常规硬膜外麻醉处理后,留置胃管、导尿管。在右下腹行麦氏切口后吸净腹腔中的积液,并对阑尾和肠系膜进行常规外科手术处理,阑尾残端采用“8”字包埋或荷包缝合的方式治疗^[2]。并采用甲硝唑溶液清洗腹腔,将纱布在生理盐水中浸泡后拭干腹腔中的残留渗液,常规缝合切口,经消毒处理后包扎。若患者有穿孔或化脓症状表现,应按照标准方式放置引流,术后加强症状观察,并针对其病情特点给予适量抗菌

药物治疗。

治疗组患者给予腹腔镜手术治疗,术前嘱咐患者排尿、排便,全麻后取患者平卧体位,经过常规消毒、铺巾处理后,在患者的肚脐上 1 cm 左右部位行弧形切口,常规建立气腹,并将腹腔镜导入,对患侧腹腔、盆腔进行全面探查。确诊后将脚步抬高 15°左右,并向左侧倾斜 30°^[3],在麦氏点部位行 5 mm 的小切口(作为主操作孔),同时在耻骨联合上方正中略偏左处行 5 mm 副切口,拨开小肠、网膜(使用无损伤抓钳)后,将其中的积脓、积液吸净,并分离阑尾周围粘连^[4]。将阑尾提起,同时保持其具有一定的张力,使其能够以扇形的方式展开,在系膜和阑尾交接的部位使用电凝钩电凝治疗,或者给予超声刀进行直接离断。使用 hem-o-lock 夹将距离盲肠 0.5 cm 的部位夹闭^[5],阑尾水肿较为明显的患者采用丝线对其根部进行结扎,离断阑尾后,对残端进行电凝烧灼。经套管针将切除组织取出并放置于标本袋中,常规接触气腹,缝合。

1.3 观察指标 详细记录患者的手术时间、术中出血情况、排气时间、住院时间等。注意患者治疗期间是否出现肠梗阻、腹腔脓肿、术后瘢痕、切口感染、术后疼痛等并发症。

1.4 统计学处理 采用 SPSS15.0 进行数据处理及统计学分析。计数资料以例数表示,组间比较采用卡方检验。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床指标比较 治疗组患者的手术时间、术后排气时间、抗菌药物使用时间和住院时间均明显短于对照组,且其术中出血量少于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的各项临床指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	术中出血量(mL)	手术时间(min)	术后排气时间(h)	抗菌药物使用时间(d)	住院时间(d)
治疗组	30	13.45±5.04*	38.98±13.87*	16.60±3.18*	5.81±2.01*	5.12±0.51*
对照组	30	26.78±5.39	41.96±15.19	40.06±5.20	8.93±3.01	8.14±2.63

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 并发症比较 治疗组患者治疗期间肠梗阻、切口感染、腹腔脓肿等并发症发病例数情况明显少于对照组;对所有患者进

行 3~6 个月的随访,治疗组患者术后疼痛发病例数和术后瘢痕形成例数少于对照组,组间比较差异均具有统计学意义

($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生情况比较(n)

组别	n	肠梗阻	腹腔脓肿	术后瘢痕	切口感染	术后疼痛
治疗组	30	0*	1*	3*	0*	2*
对照组	30	2	4	8	5	5

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨 论

急性阑尾炎是临床中十分常见的一种急腹症,具有发病迅速、病情变化快的特点。临床上根据阑尾炎的病理类型将其分为阑尾周围囊肿、穿孔性阑尾炎、急性坏旧型阑尾炎、化脓性阑尾炎、单纯性阑尾炎五种类型。传统开腹手术能够一次性根除病灶,但是对患者的身体伤害较大,术后各类并发症的发生率高,手术安全性相对较差^[6]。

腹腔镜手术是一种微创治疗措施,随着其技术的日臻成熟,在临床治疗中逐渐得到医生和患者的认可,与传统手术治疗比较,其优势主要体现为以下几点。首先,采用腹腔镜方式治疗的手术切口小,治疗后不会产生明显的疤痕,不影响手术部位皮肤的美观,且不易造成软组织损伤,较大程度地降低了术后并发症的发生。其次,在腹腔镜下进行阑尾炎手术切除能够拓宽手术视野,将病灶更清晰地展现出来,利于诊断和判断,并能够帮助发现患者所伴有的其他疾病。第三,对阑尾炎患者采用腹腔镜治疗能够明显减少感染,术中采用套管针取出切除组织,可以有效地避免脓液污染切口,进而降低了感染的发生率^[7]。第四,腹腔镜可以充分暴露切口,可将残留的脓液吸取出,进而减少术后复发机率。但是,采用腹腔镜进行阑尾炎手术治疗也存在一定的局限性,从患者角度看,阑尾炎手术的病情发展较快,且常常会合并阑尾肿胀积脓症状,严重时甚至会出现穿孔、坏疽等症状,进而增加临床诊断和治疗的难度,腹腔镜手术难以完成。从腹腔镜的角度看,要在环境复杂的腹腔中找出阑尾对操作者的技术要求高,特别是对于身体肥胖的患者、出血量多或临床止血不明显的患者更不易操作。故采用腹腔镜手术治疗阑尾炎仍需要进一步发展。

本研究中,对采用开腹手术和采用腹腔镜治疗的患者进行对比研究,结果显示采用腹腔镜治疗的手术时间明显短于对照组,比较差异具有统计学意义($P<0.05$),与孙丽娜等^[8]的研究结果一致。且治疗期间,治疗组患者的出血情况、术后抗菌药物使用时间、术后排气时间和住院时间均明显短于对照组($P>0.05$)。可见对阑尾炎患者采用腹腔镜手术治疗能够在较大程度上减少对患者造成的创伤,进而促进术后的康复^[9-10]。并且,由于患者入院治疗后的身体状况恢复较好,术

后用于预防感染的抗菌药物使用时间明显减少,也就在一定程度上缩短了患者住院的时间、减少了患者治疗的费用支出。这一结论与何晓军等^[9]的研究结果相近。

综上所述,腹腔镜手术治疗急性阑尾炎具有手术时间短,创伤切口小,术中出血量少,术后并发症发生率低,术后恢复快,节省费用等特点,值得在各个基层医院广泛推广。

参考文献

[1] Menezes M, Das L, Alagtal M, et al. Laparoscopic appendectomy is recommended for the treatment of complicated appendicitis in children[J]. *Pediatr Surg Int*, 2008, 24(3): 303-305.

[2] 李洪树, 陈玉涛, 唐光华, 等. 腹腔镜阑尾切除术应注意的几个问题(附 132 例报告)[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2008, 15(5): 1124-1125.

[3] 雷霆, 刘海燕, 赵欣, 等. 腹腔镜下完全腹膜外腹股沟疝修补术 30 例临床分析[J]. *重庆医学*, 2010, 39(9): 106-107.

[4] 谢昭雄, 许国平, 黄振添, 等. 腹腔镜技术在结直肠癌的临床应用(附 11 例临床报告)[C]. 2005 国际内镜医师学术大会论文集, 2005: 15-18.

[5] 李秋菊, 郭奇虹, 王立明, 等. Alvarado 评分结合 B 超对急性阑尾炎诊疗价值的探讨[J]. *中华全科医学*, 2010, 11(7): 919-920.

[6] Temple LK, Litwin DE, Mcleod RS, et al. A meta-analysis of laparoscopic versus open appendectomy in patients suspected of having acute appendicitis[J]. *Can J Surg*, 2012, 50(12): 132-133.

[7] 刘书强, 汤治平, 梁志宏, 等. 急性阑尾炎合并腹茧症的腹腔镜阑尾切除术[J]. *佛山科学技术学院学报(自然科学版)*, 2011, 29(4): 31-32.

[8] 孙立娜, 朱红, 刘晓云, 等. 高频超声检查对急性阑尾炎的应用价值[C]. 庆祝中国超声诊断 50 年暨第十届全国超声医学学术会议论文汇编, 2008.

[9] 何晓军, 梁金荣, 郑国庆, 等. 腹腔镜术中经胆囊管胆道镜治疗胆总管小结石[C]. 浙江省微创外科学术交流会暨浙江省医学会微创外科学分会成立大会论文汇编, 2008.

[10] 张林. 急性胆囊炎的腹腔镜胆囊切除术[J]. *德国医学*, 2000, 16(2): 78-79.

(收稿日期: 2014-03-12 修回日期: 2014-06-13)

(上接第 2603 页)

al. Evaluation of the potential of diffusion-weighted imaging in prostate cancer detection[J]. *Acta Radiol*, 2007, 48(6): 695-703.

[17] Engelhard K, Hollenbach HP, Kiefer B, et al. Prostate biopsy in the supine position in a standard 1.5-T scanner under real time MR-imaging control using a MR-compatible endorectal biopsy device [J]. *Eur Radiol*, 2006, 16(11): 1237-1243.

[18] Hambrock T, Somford DM, Hoeks C, et al. Magnetic resonance imaging guided prostate biopsy in men with repeat

negative biopsies and increased prostate specific antigen [J]. *J Urol*, 2010, 183(6): 520-527.

[19] Singh AK, Kruecker J, Xu S, et al. Initial clinical experience with real-time transrectal ultrasonography-magnetic resonance imaging fusion-guided prostate biopsy[J]. *BJU Int*, 2008, 101(7): 841-845.

[20] 王进有, 沈益君, 刘小航, 等. 弥散加权磁共振联合经直肠超声定位的前列腺穿刺活检诊断前列腺癌的价值[J]. *中华外科杂志*, 2012, 50(1): 35-38.

(收稿日期: 2014-02-21 修回日期: 2014-05-13)