

腹腔镜与开腹阑尾切除术治疗急性阑尾炎的疗效对比分析

韦明耳

河池市中医医院肛肠科 广西河池 547000

[摘要] **目的** 探讨开腹阑尾切除术与腹腔镜阑尾切除术治疗急性阑尾炎的疗效。**方法** 选择 2017 年 5 月—2018 年 5 月来我院治疗的急性阑尾炎患者共 158 例开展研究,分为两组,观察组和对照组,对照组采用开腹阑尾切除术治疗,观察组采用腹腔镜阑尾切除术治疗,比较治疗效果。**结果** 在本研究中,观察组采用腹腔镜阑尾切除术,手术时间、术中出血量和住院时间都低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者总有效率 98.73%,对照组 86.08%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 临床上,腹腔镜阑尾切除术相比开腹阑尾切除术,安全性高,手术时间短,术中出血量少,恢复快,值得在临床上推广应用。**[关键词]** 开腹阑尾切除术;腹腔镜阑尾切除术;急性阑尾炎
[中图分类号] R656.8 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-9561 (2018) 06-011-02

临床上,急性阑尾炎是常见疾病,其属于胃肠粘膜的炎症,主要症状包括恶心、呕吐、腹泻、腹痛等,一般发生于夏秋季节,主要原因在于暴饮暴食、饮食不当等。一般可以分为急性化脓性阑尾炎、急性单纯性阑尾炎、穿孔性阑尾炎、阑尾周围脓肿等四种^[1]。传统方式为开腹手术,随着微创手术的发展,腹腔镜阑尾切除术逐渐应用到临床中,逐步走向成熟。基于此,为研究开腹阑尾切除术与腹腔镜阑尾切除术治疗急性阑尾炎的疗效,笔者以 2017 年 5 月—2018 年 5 月在我院接受治疗患者 158 例作为研究对象,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2017 年 5 月—2018 年 5 月的急性阑尾炎患者开展本次研究,共 158 例,分为观察组和对照组,每组 79 例。诊断标准:经过实验室和影像学诊断,确诊为急性阑尾炎。排除标准:排除具有严重的基础疾病的患者,排除手术禁忌症患者。其中,观察组中,男性 47 例,女性 32 例,年龄 20—68 岁,平均年龄 (45.2 ± 3.6) 岁。对照组患者中,男性 46 例,女性 33 例,年龄 21—76 岁,平均年龄 (44.3 ± 3.4) 岁。术前向患者详细说明两种手术方法的优缺点及可能的并发症,根据患者及家属的意愿选择术式。两组患者的性别、年龄、白细胞计数及病理类型均无统计学差异。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用开腹阑尾切除术:对患者硬膜外麻醉后,在患者麦氏点斜行位置做切口,大约 3~5cm,开展传统开腹阑尾切除,手术后放置引流管,止血缝合^[2]。

1.2.2 观察组

采用腹腔镜阑尾切除术:进行全身麻醉,气管插管后,在患者肚脐、耻骨上、右下腹三点做开口,采用三孔法开展手术,同时建立气腹,置入腹腔镜和套管针。根据腹腔镜观

察患者的腹腔,在患者左腹股沟与脐成正三角的位置做切口,穿刺套针。将腹腔内部存在的脓液吸除后确定患者阑尾位置,分离附近组织,采用分段离断法离断阑尾,并且对残端进行电凝处理,夹闭系膜,结扎后冲洗患者腹腔。若存在污染情况,应当采用引流管引流^[3]。

1.3 观察指标

观察比较 A、B 两组手术指标,包括手术时间、术中出血量、术后住院时间等。比较治疗效果,包括显效、有效和无效。显效:症状消失,患者恢复健康。有效:患者症状有所改善。无效:基本无改善。总有效=显效+有效。

1.4 统计学方法

借助统计学软件 SPSS11.0 录入、处理各项资料,计量数据, t 检验,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示;计数数据, χ^2 检验,以 $[n(\%)]$ 表示。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组和对照组手术指标比较

观察组采用腹腔镜阑尾切除术,手术时间、术中出血量和住院时间都低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1: 观察组和对照组手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量	住院时间	手术时间
对照组	79	25.2±8.5	8.5±1.1	56.1±6.2
观察组	79	12.1±4.6	6.1±0.6	41.2±4.1
t	-	12.0531	15.0416	18.1219
P	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 观察组与对照组疗效比较

观察组患者总有效率 98.73%,对照组 86.08%,观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2: 观察组和对照组疗效比较 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	79	27 (34.18)	41 (51.90)	11 (13.92)	68 (86.08)
观察组	79	36 (45.57)	42 (53.16)	1 (1.27)	78 (98.73)
t	-				9.0182
P	-				< 0.05

3 讨论

急性阑尾炎是临床腹部外科常见的疾病,其致病因素包

括细菌感染、阑尾管腔堵塞及异常神经反射等。临床表现为腹部剧烈压痛和反跳痛,致使病人无法忍受,严重影响患者

的生活质量,若治疗不及时,可引起腹腔感染甚至导致脓毒症,危及患者生命,因此对急性阑尾炎应及早诊断并治疗^[4]。阑尾炎治疗方案为外科手术切除阑尾,传统的手术方法为开腹阑尾切除术,具有技术难度低,操作简便,费用低等特点,但相对而言手术时间比较长。随着微创手术的发展,腹腔镜阑尾切除术逐渐得到了广泛的应用^[5]。腹腔镜阑尾切除术相比传统手术,其手术创伤小,患者术后疼痛程度比较低,无需使用更多的镇痛药物。其次,腹腔镜阑尾切除术具有诊断与治疗双重作用,通过腹腔镜,医师可以明确患者病灶病变状态,避免误诊和漏诊,而且还可以诊断其他合并症,例如盲肠憩室、盲肠肿瘤等。第三,手术过程中出血量少,减轻了患者的痛苦。术后并发症少,如切口发生感染、腹腔内部残留脓肿、肠部发生粘连等手术并发症发生几率减少^[6]。视野范围广,腹腔镜手术的检测范围广,可以有效减少误诊和漏诊,对阑尾位置定位较准,还能同时检测患者腹腔内其他器官组织的健康状况;同时,视野范围广还能有效将阑尾穿孔后的弥漫性脓液清理干净,而开腹手术由于视野受限很难将其清理干净。住院时间短,由于腹腔镜手术切口小,脓液清理效果好,降低了并发症的发生,患者恢复较快,大大降低了住院时间,同时由于伤口采用皮内缝合,术后瘢痕小,美容效果较好。但腹腔镜手术也有其缺点,如手术费用高昂,手术时间较开腹组要长,并且对医生临床技能要求较高。但是结合其术中出血量、肛门排气时间、并发症例数及手术切口大小等具体指

标综合评价,腹腔镜手术治疗急性阑尾炎仍具有明显的优势。有研究发现,开腹手术中发生感染的几率高达 8%,而腹腔镜手术则相对更加安全。第四,腹腔镜手术切口小,不需要缝合,并且愈合后几乎没有瘢痕,更加美观。

综上所述,临床上,腹腔镜阑尾切除术相比开腹阑尾切除术,安全性高,手术时间短,术中出血量少,恢复快,值得在临床上推广应用。

【参考文献】

- [1] 姚谦.腹腔镜与开腹阑尾切除术在急性穿孔性阑尾炎治疗中的疗效比较[J].泰山医学院学报,2016,37(9):1021-1022.
- [2] 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.
- [3] 林蕤.腹腔镜与开腹阑尾切除术在急性穿孔性阑尾炎治疗中的疗效研究[J].大家健康(学术版),2016,10(10):105-105.
- [4] 王新广,赵德文.腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术治疗急性阑尾炎比较[J].中国继续医学教育,2016,8(17):143-145.
- [5] 汪力.腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术治疗急性阑尾炎效果对比[J].基层医学论坛,2017,21(5):536-537.
- [6] 黑涛,赵正国,杨伟龙.腹腔镜与开腹阑尾切除术对急性穿孔性阑尾炎的疗效对比[J].临床医学,2016,36(9):35-36.

(上接第 9 页)

最近几年以来,临床又提出了心房内心电图引导 PICC 尖端定位方法,此种方法能够将导管的位置进行准确的定位,在放置导管的时候可以依据心房内心电图 P 波的变化来准确放置导管,保证 PICC 置管的位置是位于上腔静脉下三分之一处;另外此方法还能可靠、清晰的将病患的导管头端位置进行反映,节约了医护人员的时间;在传统的置管手术方法中,对于导管尖端位置的确定需要进行 X 线透视,相关研究结果显示,常规的 X 线透视并没有为临床工作带来较大的帮助,带来的是不必要的费用支出,而心房内心电图引导 PICC 尖端定位方法能节省掉这种不必要的费用支出,在本次研究中表明了,研究组病患的操作时间、置管到位率以及置管成本都明显优于对照组。

综上所述,心房内心电图引导 PICC 尖端定位方法能有效缩短置管的时间、减少置管的成本并且有着较高的置管到位率,有着较好的临床应用效果。

【参考文献】

- [1] 苗凤茹,王婧,王桂华.超声联合腔内心电图引导下 PICC 尖端定位的临床观察[J].实用临床医药杂志,2017,21(16):34-36.
- [2] 付小伟.腔内心电图定位经外周静脉置入中心静脉导管尖端的临床应用[J].中华临床营养杂志,2017,25(1):53-58.
- [3] 雷文兰,鄢秀英.腔内心电图引导下经外周静脉置入中心静脉导管尖端定位的应用效果观察[J].华西医学,2016(5):949-951.

(上接第 10 页)

患者施以正畸治疗,如此,方可有效减轻患者的疼痛程度,改善口腔环境,并能为后续的治疗提供有利条件^[4]。通过正畸治疗能够对牙颌畸形、口腔炎症以及压裂缺失等进行初步的纠正,从而有助于降低口腔修复治疗的困难程度。将正畸治疗合理用于口腔修复治疗中,可显著提升患者治疗方案的有效性以及针对性,从而有助于让患者获得更好的修复效果^[5]。此研究中,实验组修复治疗的优良率比对照组高,组间差异显著($P < 0.05$);实验组的不良反应率比对照组低,组间差异显著($P < 0.05$);实验组的疗效满意度优于对照组,组间差异显著($P < 0.05$)。提示正畸治疗法的运用,不仅有效提升了患者口腔修复治疗的效果,同时还显著降低了不良反应率,提高了患者对治疗效果的满意程度。

综上所述,将正畸治疗方法合理用于口腔修复治疗中,

有助于改善修复效果,减少不良反应发生风险,让患者能够获得更好的口腔美观度,从而在较大程度上提高了患者对修复效果的满意程度,建议推广和使用。

【参考文献】

- [1] 秦春丽.正畸治疗在口腔修复中的应用[J].环球中医药,2013,(z1):139-140.
- [2] 丁戬.探讨正畸治疗在口腔修复中的临床应用[J].中国现代药物应用,2015,(17):78-79.
- [3] 吴永信.正畸治疗在口腔修复中的应用效果分析[J].全科口腔医学电子杂志,2015,(8):63-63,65.
- [4] 郑忠魁.正畸治疗在口腔修复中的应用[J].中国民康医学,2018,30(5):68-69.
- [5] 程志贤,程志伟.探讨正畸治疗在口腔修复中的临床应用[J].中国医药指南,2013,(5):484-485.