

小切口阑尾切除术治疗急性阑尾炎临床疗效研究

陈振波 王明峰 贾利猛 刘 铭 朱莉丽

(北京市海淀区医院 普外科 北京 100080)

摘要 目的 探讨小切口阑尾切除术治疗急性阑尾炎的临床疗效。方法 将我院 2009 年 2 月~2011 年 9 月期间收治的 120 例急性阑尾炎患者随机分为对照组和观察组,每组 60 例。其中对照组在硬膜外麻醉后采用传统阑尾切除术进行治疗,观察组在连续硬膜外麻醉后采取小切口阑尾切除术进行治疗。对比两组手术时间、住院时间、切口感染发生率及不良反应发生情况。结果 两组患者临床治疗情况比较,观察组切口长度、住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。手术时间比较无明显差异,无统计学意义。两组术后切口感染及并发症情况对比,对照组伤口感染 3 例、肺部感染 1 例、切口裂开 1 例、尿路感染 1 例、切口疝 2 例、肠粘连 2 例、肠梗阻 3 例;并发症发生率 21.67%;观察组伤口感染 4 例,并发症发生率 6.67%。两组比较观察组优于对照组,差异明显具有统计学意义。结论 小切口阑尾切除术具有损伤小、术后恢复快、不良反应少、住院时间短等特点,根据临床病情合理应用能够得到更好的临床效果。

关键词 小切口阑尾切除术;急性阑尾炎;传统阑尾切除术

中图分类号 R656.8 文献标识码 A 文章编号:1673-6273(2012)22-4327-03

Small Incision Appendectomy for Acute Appendicitis Clinical Efficacy Study

CHEN Zhen-bo, WANG Ming-feng, JIA Li-meng, LIU Ming, ZHU Li-li

(Department of General surgery Haidian Hospital of Beijing City, Beijing 100080, China)

ABSTRACT Objective: To investigate the small incision appendectomy for acute appendicitis clinical curative effect. **Methods:** In our hospital from 2009 February to 2011 September a total of 120 cases of acute appendicitis patients were randomly divided into control group and observation group, 60 cases in each group. Among the control group during epidural anesthesia after using conventional appendectomy for treatment, the observation group was treated with small incision appendectomy; observation group during continuous epidural anesthesia taken after small incision appendectomy for treatment. Comparative observation of two groups of operation time, hospitalization time, incision infection rate and the occurrence of adverse reaction. **Results:** The two groups of patients with clinical treatment, the observation group incision length, length of time is shorter than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). There was no difference between the operation time, no statistical significance. Two groups of postoperative incision infection and complications compared with control group, 3 cases of wound infection, 1 cases of pulmonary infection, disruption of incision in 1 cases, 1 cases of urinary tract infection; a complication rate of 11.7%; the observation group 4 cases of wound infection, the incidence of complications was 6.67%. Comparison between two groups of observation group was better than the control group, difference has statistical significance. **Conclusion:** The small incision appendectomy has little injury, quick postoperative recovery, less adverse reaction, short hospitalization time and other characteristics, according to the clinical condition of reasonable application can obtain better clinical effect.

Key words: Small incision appendectomy; Acute appendicitis; Conventional appendectomy

Chinese Library Classification(CLC): R656.8 **Document code:** A

Article ID:1673-6273(2012)22-4327-03

近年来,随着微创手术外科的不断发展及人们对手术切口美观要求的不断提高,小切口阑尾切除术的临床应用逐渐受到患者的欢迎。与传统阑尾切除术相比,小切口阑尾切除术具有手术切口小、术后恢复快、住院时间及术后恢复时间短等优点,小切口阑尾切除术在临床应用中逐渐受到重视,所谓小切口阑尾切除术是指切口长 1~2cm,仅容食指及阑尾钳或阿利斯钳通过并能提出阑尾进行操作^[1]。我们为探讨小切口阑尾切除术的临床效果,将近年来收治的急性阑尾炎患者分组治疗,现将具

体结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共 120 例,均为我院 2009 年 2 月~2011 年 1 月期间收治的急性阑尾炎患者。其中男 86 例,女 34 例;年龄 18~52 岁,平均年龄(34.5±5.2)岁。病程 18~71h,平均时间(22.3±10.2)h。将所有患者随机分为对照组和观察组,每组 60 例。两组患者年龄、性别、病情等一般资料比较差异不显著,无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 病例纳入标准

患者有较典型的病史,且经体格检查发现右下腹部压痛及反跳痛明显,初步排除发病时间在 72 小时之内肠梗阻、胃及十

作者简介:陈振波(1967-)男,本科,主要研究方向:普外科相关领域临床治疗。电话:13651210518 E-mail: 469617059@qq.com
(收稿日期:2011-11-05 接受日期:2011-11-30)

二指肠穿孔、妇科疾病、泌尿系结石、急性肠系膜淋巴结炎及其他疾病,血常规检查白细胞计数($10\sim 20$) $\times 10^9/L$,B超排除阑尾周围脓肿^[2]。中度肥胖之内。腹壁脂肪厚度 4cm 之内;

1.2 临床表现

本组病例中 120 例患者均有腹痛、发热表现,腹痛自中上腹或脐周疼痛开始,数小时后转移至右下腹。有恶心、呕吐者共 96 例,占 80%;压痛和反跳痛均为右下腹(McBurney)点,均有腹膜刺激征,实验室检查白细胞计数及中性粒细胞比例增高。

1.3 治疗方法

对照组采用传统阑尾切除术进行治疗,在硬膜外麻醉后选择(McBurney)点并根据痛点位置适当调整^[3],依次切开皮肤、皮下组织、腹外斜肌腱膜、钝性分离腹内斜肌及腹横肌、切开腹膜,寻找并辨认升结肠及盲肠,沿结肠带向下寻找阑尾,如阑尾暴露不明显可用盐水纱垫将小肠隔开,尽量避免用手寻找阑尾。贯穿缝扎系膜近端后自根部结扎阑尾,围绕阑尾根部在盲肠壁做荷包缝合,距根部结扎线 0.5cm 处切除阑尾,移除标本,残端消毒后荷包包埋于盲肠内。包埋困难者,可间断缝合盲肠壁浆肌层,覆盖残端,也可以系膜或脂肪垂覆,不做包埋。以 0 号肠线或丝线间断褥式外翻缝合腹膜,逐层缝合,术毕。观察组采用小切口阑尾切除术治疗,麻醉方法采用连续硬膜外麻醉,患者取平卧或平卧伴左偏体位,取右下腹麦氏点附近压痛点最明显处斜切口,长 1.5~3cm,常规消毒铺巾,依次切开皮肤、皮

下组织、腹外斜肌腱膜,腹外斜肌腱膜切开长度要长于皮肤切口,钝性分离腹内斜肌、腹横肌,切开腹膜,将腹膜外翻固定于护皮巾,如腹腔有渗液或脓液,先用无菌敷料沾尽,推开大网膜或小肠,沿结肠带找到阑尾,顺行或逆行切除。缝合腹膜后,常规更换手套、甲硝唑冲洗切口,依次缝合腹壁各层,本组病例均用可吸收线关腹并行皮内缝合。

1.4 观察方法

对比观察两组手术时间、住院时间、切口感染发生率及不良反应发生情况。

1.5 统计学方法

数据处理应用 SPSS17.0 统计软件,数据以均数 \pm 标准差($\bar{X}\pm S$)表示,应用 t 检验及 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗情况对比

对照组切口长度平均 6.25cm,手术时间(23 ± 25)min,住院时间(7~31)d,观察组切口长度平均 2.95cm,手术时间(23 ± 25)min,住院时间 3~7d。两组治疗情况比较,观察组切口长度、住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。手术时间比较无明显差异,无统计学意义,见表 1。

表 1 两组患者临床治疗情况对比

Table 1 Comparison of two groups of patients

组别 Groups	切口长度(cm) Incision length	手术时间(min) Operation time	住院时间(d) Hospitalization time
对照组(n=60) The control group	6.25	23 ± 25	7~31
观察组(n=60) The observation group	2.95	30 ± 20	3~7

2.2 两组术后切口感染及并发症情况对比

对照组伤口感染 3 例、肺部感染 1 例、切口裂开 1 例、尿路感染 1 例、切口疝 2 例、肠粘连 2 例、肠梗阻 3 例,并发症发生

率 21.67%,观察组伤口感染 5 例,并发症发生率 6.67%。两组比较观察组优于对照组,差异具有统计学意义,见表 2。

表 2 两组术后切口感染及并发症情况对比

Table 2 Comparison of postoperative incision infection and complications between two groups

组别 Groups	伤口感染 Wound infection	肺部感染 Pulmonary infection	切口裂开 Wound dehiscence	尿路感染 Urinary tract infection	切口疝 Incisional hernia	肠粘连 Intestinal Adhesion	肠梗阻 Intestinal obstruction
对照组(n=60) The control group	3	1	1	1	2	2	2
观察组(n=60) The observation group	4	0	0	0	0	0	0

3 讨论

急性阑尾炎是临床常见的急腹症,传统的阑尾切除术是治

疗急性阑尾炎的重要手术,多数医院均能开展,多采用右下腹麦氏点切口,手术切口较长,切口感染及缝线、术后疼痛较重,严重影响患者早期下床活动。近年来,随着微创外科的不断发展

展,更多手术采用腹腔镜手术进行治疗^[4]。腹腔镜的手术范围逐渐扩大,但腹腔镜阑尾切除术费用昂贵,远远超出医保患者单病种费用控制,限制了腹腔镜阑尾切除术的开展,促使临床对阑尾手术治疗也进行了改进。由于手术对肠功能恢复不利^[5],同时由于近年社会对美观的逐渐重视,年轻女性对腹部切口的要求越来越高,使传统阑尾切除术不能立足于治疗阶段,不能满足爱美需要。小切口切除阑尾不仅减少伤情程度,同时可促进患者恢复,避免了并发症的发生。我院近年来对小切口手术治疗急性阑尾炎进行广泛改进,切口甲级愈合率有效提高^[6]。小切口阑尾切除术即是指切口长1~2cm左右,仅食指及阑尾钳或阿里斯钳通过并能提出阑尾进行操作^[7]。本文结果显示,观察组切口长度、住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。手术时间比较无明显差异,无统计学意义。两组术后切口感染及并发症情况对比,对照组伤口感染3例、肺部感染1例、切口裂开1例、尿路感染1例、切口疝2例、肠粘连2例、肠梗阻3例,并发症发生率21.67%;观察组伤口感染4例,并发症发生率6.67%。两组比较观察组优于对照组,差异明显具有统计学意义。

我们认为小切口阑尾切除术具有以下优点:①手术切口较小,对组织的损伤小且患者在术后恢复较快^[8-10];②新型的小切口阑尾切除术对于患者腹腔脏器的损伤较小,手术后可降低患者腹腔粘连的发生率,从而使术后发生肠梗阻的机率亦降低^[11-13];③缩短了患者的住院时间,减少了患者的医疗费用,从而减轻了患者的经济负担,尤其是对农村患者而言,与此同时医院也提高了病床的周转率,提高了床位收入;④切口缩小,并且应用可吸收缝线进行皮内缝合,手术后形成的疤痕不明显,且不影响皮肤的美观,满足了广大青少年患者的心理需求^[14];⑤应用可吸收的缝线进行皮肤的皮内缝合,使患者在手术以后无需拆线,解除了拆线带来的痛苦^[15]。同时小切口阑尾切除术也有几点不足:手术治疗技术要求较高,非经验丰富医师不能进行治疗;手术野小治疗难度大;术中异常出血控制难度较大。

总之,本术式住院时间短、切口小、恢复快、切口美观的阑尾切除方式受到了广大患者,尤其是女性患者的欢迎,故值得基层医院广泛推广使用。在临床应用中,要严格掌握其适应证与禁忌证,并进行积极有效的围手术期治疗与护理,防治各种并发症,才能取得更好的治疗效果。

参考文献(References)

- [1] 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].北京:人民卫生出版社,1994
Wu Jieping, Qiu Fazhu. Huang Jiasi surgery [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 1994
- [2] 高根五,夏志平,姚榛祥.临床普通外科学[M].沈阳:沈阳出版社,2004
Gao Gen-wu, Xia Zhi-ping, Yao Zhen-xiang. Clinical general surgery [M]. Shenyang: Shenyang publishing house, 2004
- [3] Richards W, Watson D, Lynch G, et al. A review of the re-sults of laparoscopic versus open appendectomy[J]. Surgery Gynecology and Obstetrics, 1993,177(5):473-48
- [4] Aziz N, Fahey JL, Detels R, et al. Analytical performance of a highly sensitive Creactive protein-based immunoassay and the effects of laboratory variables on levels of protein in blood[J]. Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology, 2003, 10(4): 652-657
- [5] Tsao KJ, St Peter SD, Valusek PA, et al. Adhesive small bowel obstruction after appendectomy in children: Comparison between the laparoscopic and open approach [J]. Journal of Pediatric Surgery, 2007,42(6): 939-942
- [6] P. Cervini, L.C. Smith, D.R. Urbach. The surgeon on call is a strong factor determining the use of a laparoscopic approach for appendectomy[J]. 2002,16(12):1774-1777
- [7] Sweeney KJ, Keane FB. Moving from open to laparoscopic appendectomy[J]. British Journal of Surgery, 2003,90(3):257-258
- [8] 秦建民.小切口阑尾切除术136例临床分析[J].临床合理用药,2010,3(5):93
Qin Jian-min. The small incision appendectomy clinical analysis of 136 cases [J]. Clinical rational use of drugs, 2010, 3(5):93
- [9] S Sauerland, R Lefering, E Neugebauer. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis[J]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004,4:CD001546
- [10] Shalak F, Almulhim SI, Ghantous S, et al. Laparoscopic appendectomy:burden or benefit? A single-center experience [J]. Journal of Laparoendoscopic&Advanced Surgical Techniques. Part A, 2009,19(3):427-429
- [11] S Pandey, S Slawik, K Cross, et al. Laparoscopic appendectomy: a training model for laparoscopic right hemicolectomy?[J]. Colorectal Disease, 2007,9(6):536-539
- [12] Sporn E, Petroski GF, Mancini GJ, et al. Laparoscopic appendectomy: is it's worth the cost? Trend analysis in the US from 2000 to 2005[J]. Journal of the American College of Surgeons, 2009,208(2):179-185
- [13] Long, KH, Bannon, MP, Zietlow, SP. A prospective randomized comparison of laparoscopic appendectomy with open appendectomy:clinical and economic analyses [J]. Journal of Surgery, 2001,129(4): 390-400
- [14] Lamparelli MJ, Hoque HM, Pogson CJ, et al. A prospective evaluation of the combined use of the modified Alvarado score with selective laparoscopy in adult females in the management of suspected appendicitis[J]. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 2000,82(3):192-195
- [15] Garg CP, Vaidya BB, Chengalath MM. Efficacy of laparoscopy in complicated appendicitis[J]. International Journal of Surgical Investigation, 2009,7(3):250-252