



# 普外科临床治疗中急性阑尾炎临床诊治效果观察

刘益农

(益阳市第四人民医院 湖南省 413000)

**摘要:**目的: 总结分析普外科临床中急性阑尾炎诊治体会, 为急性阑尾炎的临床治疗工作提供指导。方法: 将我院确诊为急性阑尾炎的 120 例患者, 均分为腹腔镜组、传统开腹组两组。比较两组患者具体手术治疗效果。结果: 腹腔镜组患者手术治疗的总有效率以及其他临床观察指标(并发症、术后排气时间、手术出血量、住院时间等)均优于常规开腹组, 组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 对于临床确诊的急性阑尾炎患者, 采用腹腔镜手术治疗效果明显, 具有手术创伤小、出血量少、术后恢复快以及术后并发症少等优势, 具有普外科推广价值。

**关键词:** 普外科; 中急性阑尾炎; 诊治效果

**中图分类号:** R256.12

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1009-5187 (2018) 03-137-01

急性阑尾炎, 是普外科临床中常见性病症种类之一, 也是急腹症中的一种。绝大多数急性阑尾炎患者一旦确诊, 需立即进行阑尾炎切除术。传统治疗中, 均选择开腹手术, 其疗效得到了认可, 但是自开展以来存在的问题也越发突出, 例如切口感染、肠粘连以及肠梗阻等[1]。随着微创技术的不断发展, 以腹腔镜为代表的微创技术越发受到认可, 应用于普外科急性阑尾炎临床治疗中, 疗效显著, 具体结果、内容报告如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

随机抽取我院 2015 年 2 月—2017 年 2 月期间收治治疗的急性阑尾炎患者, 均经临床症状、体征、实验室检查、超声检查确诊, 总计 120 例。男 64 例、女 56 例; 年龄 14—78 岁, 平均(48.45±6.23)岁; 首发至入院时间 28d, 平均(2.02±0.23)d; 患者临床表现: 腹痛、腹胀、呕吐、发热; 阑尾炎类型: 单纯性阑尾炎(45 例)、化脓性阑尾炎(55 例)、急性坏疽性、穿孔性阑尾炎(20 例)。将患者分为两组, 组间一般资料比较, 其差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 方法

两组急性阑尾炎患者, 均行连续硬膜外麻醉(或)气管插管全麻。术前使用抗生素。腹腔镜组: 在患者脐下做一弧形切口(10mm), 建立人工气腹, 压力控制在 10mmHg~15mmHg 之间。在此基础上插入 10mmTrocar, 然后置入腹腔镜并行探查, 实现明确诊断。于术者的左、

表 1 两组患者两组患者生活质量比较

组别	例数 (n)	显效	好转	无效	总有效率	并发症发生情况
腹腔镜组	60	31 (51.67)	24 (40.0)	5 (8.34)	55 (91.67)	1 (1.67)
传统开腹组	60	21 (35.02)	16 (26.67)	23 (38.33)	37 (61.67)	11 (18.33)

### 2.2 患者手术指标比较

两组手术指标比较情况, 见表 2。从具体指标比较情况来看, 腹

表 1 两组患者两组患者生活质量比较

组别	例数 (n)	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	肛门排气时间 (h)	住院时间 (d)
腹腔镜组	60	5.9±2.4	41.1±11.6	21.2±3.6	3.5±1.6
传统开腹组	60	27.4±9.6	64.2±10.4	36.6±5.5	7.1±2.4

## 3. 讨论

阑尾炎患者的临床表现无典型性, 所以诊断工作较为困难。为了保证诊断的准确性, 在进行诊断时要仔细询问患者的病史, 进行全面、系统、有序体格检查, 特别是患者的腹部检查[3]。从临床诊断工作开展以来, 我们总结患者的右下腹痛(或转移性腹痛)是此类疾病患者的主要症状。辅助检查对于急性阑尾炎的诊断尤为重要, 主要涉及到实验室检查(HC 反应蛋白、WBC 计数、腹腔穿刺)、影像学检查(B超检查、CT 检查), 借助这些辅助检查, 可以准确反映患者具体阑尾发炎的程度、位置等, 促进临床手术治疗工作的开展。综上所述, 对急性阑尾炎患者实施手术治疗是最为常规的手段[4]。从本组试验研究结果来看, 腹腔镜手术明显优于开腹手术。具体分析腹腔镜手术优势: 实现了诊断、治疗双重效果: 借助腹腔镜能够及时发现患者阑尾外的相关病灶组织, 降低了误诊以及漏诊情况。同时, 腹腔镜处理病变的机动性明显高于麦氏切口; 手术床上创伤小: 患者术后疼痛轻微, 加快了胃肠功能的恢复。此术式对于一些特殊患者(肥胖、阑尾异位), 能够充分显露手术视野[5]。腹腔镜手术切口小, 手无需进入腹腔, 所以减少了对肠管的刺激; 术后并发症少: 此类患者术后常见并发症

右中下腹位置, 均放置一个 5mmTrocar, 充分显露患者的盲肠, 最后进行粘连分离、阑尾切除。传统开腹组: 于右下腹麦氏点位置, 行斜形(或横形)切口, 在吸尽渗液的基础上, 在回盲部寻找阑尾, 行分离、阑尾动脉结扎、阑尾切除、残端缝合。对于脓液不多的患者, 行多次蘸尽。对于已经穿孔、术中腹腔渗出相对较多的患者, 在清除腹腔脓液的基础上, 进行生理盐水冲洗, 或放置胶管引流[2]。

### 1.3 观察项目

观察并记录两组急性阑尾炎患者的手术时间、术中出血量、肛门排气时间、并发症、住院时间。

### 1.4 疗效判定标准

显效: 治疗后, 患者临床表现、体征均消失, 未发生并发症。好转: 治疗后, 患者临床表现、体征明显好转, 发生个别并发症情况。无效: 患者治疗后, 以上疗效均未达到。

### 1.5 统计学方法

本组研究采用统计学软件 SPSS18.0, 进行数据的分析、处理, 计数资料采用均数, 平均数( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间计数资料比较采用卡方检验, 计量资料采用 t 检验,  $P < 0.05$  显示组间差异具有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 临床疗效、并发症比较

两组患者具体临床疗效比较, 见表 1。从数据统计结果来看, 腹腔镜组总有效率、并发症发生情况均优于传统开腹组, 组间差异显著( $P < 0.05$ )。

腹腔镜组各项指标均优于对照组,  $P < 0.05$ 。

为切口感染、残余脓肿。从本组实验结果来看, 腹腔镜组患者并未术后并发症; 腹腔镜手术不会对患者的腹腔内造成明显的干扰, 所以加速了胃肠功能的恢复, 患者术后恢复快, 减少了住院时间、降低了经济负担; 美容效果明显: 腹腔镜手术切口相对较小, 患者术后切口仅需创可贴粘贴, 术后瘢痕均位于双髂前上棘连线下方位置, 所以其美容效果不可复制, 成为爱美女性的首选。

### 参考文献:

- [1]侯国.普外科临床中急性阑尾炎 58 例诊治体会[J].养生保健指南,2016(16):31-31.
- [2]陈佳浩.普外科临床中诊治急性阑尾炎的治疗分析[J].医药卫生:文摘版,2016(7):00065-00065.
- [3]丁建.普外科临床中急性阑尾炎临床诊治方法研究[J].医药卫生:引文版,2016(7):00037-00037.
- [4]杨小勇,陈玉盆.普外科临床中急性阑尾炎临床诊治的分析探讨[J].医学信息,2016,29(29):258-258.
- [5]姜生.普外科临床中急性阑尾炎的临床治疗分析[J].中外女性健康研究,2016(8):66-66.