



切口腹壁不留线阑尾切除术与传统开腹阑尾切除术临床比较

王志鹏

龙泉驿区中医医院 四川成都 610100

【摘要】目的 对传统开腹阑尾切除术和切口腹壁不留线阑尾切除术的临床治疗效果进行比较分析。**方法** 选取80例于我院就诊的阑尾炎患者作为研究对象, 收治时间为2015年5月至2016年4月, 按照随机的分组原则, 将患者分为对照组和观察组, 每组40例。针对对照组患者实施传统开腹手术进行阑尾切除, 观察组患者采取切口腹壁不留线阑尾切除术。观察两组阑尾炎患者手术时间、住院时间、手术切口长度、手术中出血量以及并发症发生情况。**结果** 观察组阑尾炎患者的手术时间、住院时间、手术切口长度以及手术中出血量数据——(36.15±6.09) min、(5.02±1.25) d、(2.54±0.61) cm、(22.07±8.79) ml, 均优于对照组患者, P值小于0.05; 在并发症发生情况方面, 观察组阑尾炎患者的发生概率仅为5.00%, 明显低于对照组患者, P值小于0.05。**结论** 切口腹壁不留线阑尾切除术较传统开腹阑尾切除术更具优势, 能够减少患者痛苦, 能够缩短患者住院时间, 降低并发症发生的风险, 帮助患者早日康复。

【关键词】 阑尾切除术; 切口腹壁不留线; 传统开腹; 临床

【中图分类号】 R656.8 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 01-018-02

【Abstract】 Objective Comparative analysis of the clinical effect of traditional open appendectomy and incision abdominal wall without line appendectomy. **Methods** A total of 80 cases of appendicitis patients in our hospital as the research object, from time from May 2015 to April 2016, randomly, the patients were divided into control group and observation group, 40 cases in each group. The control group was treated with traditional laparotomy appendectomy, the patients in the observation group were given incision abdominal wall without leaving the line of appendix surgery. Observe two groups of patients with appendicitis operation time, hospitalization time, incision length, intraoperative blood loss and complications. **Results** The observation group of patients with appendicitis operation time, hospitalization time, incision length and bleeding volume data - (36.15 ± 6.09) min, (5.02 ± 1.25) d, (2.54 ± 0.61) cm, (22.07 ± 8.79) ml, were superior to the control group, the P value is less than 0.05; the situation occurred the probability of occurrence of complications, observation group of patients with appendicitis was only 5%, significantly lower than the control group, the P value is less than 0.05. **Conclusion** Incision abdominal wall does not leave the line appendectomy than traditional open appendectomy is more advantages, can reduce the pain of patients, can shorten the hospital stay, reduce the risk of complications, help patients recover as soon as possible.

【Key words】 Appendectomy; incision abdominal wall without line; traditional open surgery; clinical

阑尾炎作为外科中常见的一种急腹症, 对其的治疗以切除阑尾为原则, 手术治疗后, 大部分患者均可康复^[1]。相比于传统开腹手术, 切口腹壁不留线阑尾手术更受患者及医生的青睐。本文旨在研究传统开腹手术阑尾切除手术与切口腹壁不留线阑尾切除手术的临床效果比较, 具体如下。

1 资料和方法

1.1 基线资料

选取80例在2015年5月至2016年4月期间于我院就诊的阑尾炎患者作为研究对象, 根据手术的方法不同, 将患者随机的分为对照组40例和观察组40例, 所有患者及家属均获知情权, 并同意纳入此次研究。对照组中, 男性患者与女性患者的比例为23:17, 患者年龄为21—63岁, 平均(44.79±3.85)岁。为单纯性阑尾炎的患者有19例, 化脓性阑尾炎的患者有13例, 穿孔性阑尾炎患者有8例。观察组中, 男性患者与女性患者的比例为21:19, 患者年龄为19—65岁, 平均(44.62±4.06)岁。为单纯性阑尾炎的患者有20例, 化脓性阑尾炎的患者有13例, 穿孔性阑尾炎患者有7例。两组阑尾炎患者在基线资料的对比上, 差异不明显, P值大于0.05, 两者试验指标可以进行比较。

1.2 方法

对照组患者采用传统开腹术进行阑尾切除, 患者取仰卧位, 进行连续硬膜外麻醉操作, 根据压痛点位置选择切口, 切口长约5厘米至7厘米, 观察患处情况, 实施阑尾切除操作, 如果阑尾炎患者为单纯水肿型, 在切除阑尾之后, 应对末端回肠进行检查, 检查其是否有发炎、溃疡、穿孔的发生。阑尾切除之后, 逐层对切口进行缝合。

观察组患者则实施切口腹壁不留线法进行阑尾切除, 取仰卧位, 同样实施连续硬膜外麻醉, 在压痛较明显的位置选择切口, 切口约长2厘米至3厘米, 切口方向应与腹部中心

垂线成100度切开皮下组织, 皮下组织切口应大于皮肤的切口, 有利于将腹外斜肌腱膜切开, 进入腹腔后, 可提起切口周边腹膜, 并固定, 对切口进行保护。寻找阑尾位置, 如果视野范围内, 阑尾未显露, 可以对切口进行适当延长, 提起阑尾, 将周围组织分离, 将阑尾系膜结扎、切除, 之后实施荷包缝合包埋操作, 手术完成之后, 对切口进行缝合。

1.3 观察指标

观察两组阑尾炎患者的手术时间、住院时间、手术切口长度、手术中出血量以及并发症发生情况。

1.4 统计学处理

对两组阑尾炎患者的手术时间、住院时间、手术切口长度、手术中出血量以及并发症发生概率数据进行分析比较, 使用SPSS21.0软件, 手术时间、住院时间、手术切口长度、手术中出血量为计量资料, 采用T检验, 并发症发生概率为计数资料, 采用卡方检验, 若两组数据之间的P值小于0.05, 则说明两者之间的比较差异较大。

2 结果

2.1 两组患者手术指标对比

研究结果显示, 观察组阑尾炎患者的手术时间、住院时间、手术切口长度以及手术中出血量数据, 均优于对照组患者, P值小于0.05, 具体结果如表1所示:

表1 对比两组患者手术指标 (n, min、d、cm、ml)

组别	例数	手术时间 (min)	住院时间 (d)	手术切口长 度 (cm)	手术中出血 量 (ml)
观察组	40	36.15±6.09	5.02±1.25	2.54±0.61	22.07±8.79
对照组	40	40.31±7.33	7.84±3.23	6.56±1.25	42.92±9.53

2.2 两组患者并发症发生情况对比

在并发症发生情况方面, 观察组阑尾炎患者的发生概率

(下转第20页)



2.3 ROC曲线下面积

分别以肝功能和血糖测定结果作为变量,HBV-DNA病毒应答作为检验变量,绘制ROC曲线(图1),结果见表4,除FPG同HBV-DNA不存在一致性外,ALT、AST、TbIL、ALB、2hPG同HBV-DNA均存在一致性。

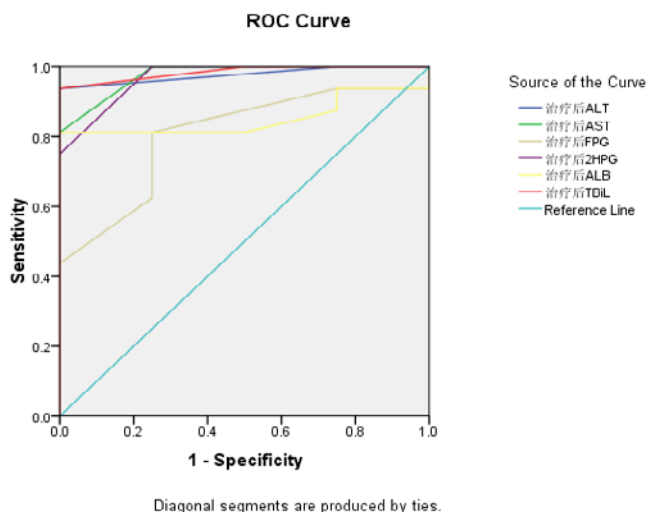


图1 病毒应答和肝功能和血糖的ROC曲线

表4 ROC曲线数据

Test Result Variable(s)	Area	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
治疗后 ALT	0.977	0.004	0.915	1.038
治疗后 AST	0.977	0.004	0.912	1.041
治疗后 ALB	0.852	0.033	0.684	1.019
治疗后 TbIL	0.984	0.003	0.938	1.031
治疗后 FPG	0.805	0.065	0.588	1.021
治疗后 2hPG	0.969	0.005	0.889	1.049

3 讨论

肝硬化与肝源性糖尿病同时并存时,随肝功能恶化可加重糖尿病病情,而血糖过高或过低也影响肝细胞的修复,相互影响,恶性循环,但主要是肝功能状况影响肝源性糖尿病

的轻重,因此应积极治疗原发病,改善肝功能,去除糖尿病诱发因素^[4]。HBV持续活跃复制是疾病进展的关键因素,恩替卡韦是新一代的核苷酸类抗HBV药物,可强效快速抑制HBV的复制,这可能是恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化伴肝源性糖尿病临床疗效优于护肝治疗的主要原因^[5]。

部分文献^[6]对恩替卡韦的抗病毒疗效进行了研究,结果和本文的证实的结果基本一致。但是没有研究对治疗后的HBV-DNA定量测定结果与单个指标之间的关系进行分析研究。因此通过分析单个的肝脏指标变化和HBV-DNA的关系有利于我们发现给药后的临床疗效与肝脏指标的相关性。从我们的分析结果可以发现,抗病毒疗效与肝功能指标ALB有一定的相关性,但是与其他各指标均没有必然的相关性,所以在治疗过程中通过保肝治疗的对照组中ALB的降低幅度较小,但是其余各项指标均有了一定的改善,说明保肝治疗也有一定的临床疗效。ROC曲线下面积结果显示HBV-DNA与FPG不存在一致性,因此治疗后的空腹血糖水平不能预测抗病毒疗效,这种结果的出现也可能和用药的时间有关。同时我们也发现HBV-DNA的降低与肝功能(ALT、AST、TbIL、ALB、2hPG)的改善一致性较高,这说明通过抗病毒治疗,临床疗效最先体现在肝功能指标的改善,但是肝功能指标的改善不是永久性的,因此在抗病毒治疗同时,还要继续关注肝功能、血糖等各项指标的变化,改善疾病预后,提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] 赵雪勤.原发性2型糖尿病与肝源性糖尿病患者临床特征的对比研究[J].慢性病学杂志,2016(3):315-317.
- [2] 苟卫,王燕玲,周永,等.恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化伴肝源性糖尿病患者对肝纤维化指标的影响[J].临床肝胆病杂志,2014(12):1330-1333.
- [3] 李娜,崔伟丽,乔兵,等.恩替卡韦和阿德福韦酯治疗乙型肝炎肝硬化合并肝源性糖尿病患者的效果比较[J].临床肝胆病杂志,2016,32(6):1108-1111.
- [4] 张德瑞.肝硬化并发肝源性糖尿病临床特点分析[J].医药,2016(4):00246-00246.
- [5] 贾梦山.恩替卡韦联合保肝基础治疗对乙型肝炎肝硬化患者HBVDNA及肝功能的影响[J].医药论坛杂志,2016(7):33-35.
- [6] 闫宏,宁福军.恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化合并肝源性糖尿病的临床效果分析[J].中国当代医药,2016,23(12):107-109.

(上接第18页)

仅为5.00%,明显低于对照组患者,P值小于0.05,具体结果如表2所示:

表2 对比两组患者并发症发生概率(n,%)

组别	例数	肠粘连	感染	发生概率
观察组	40	1	1	5.00%
对照组	40	4	5	22.50%

3 讨论

阑尾炎在临床上通常表现为持续性、阵发性的腹痛,且在阑尾区域有压痛或者反跳痛的症状,目前临床上对其的治疗,通常以手术治疗为主,能够达到使患者在短期内康复的目的,最大程度地减少患者痛苦,降低并发症发生的风险^[2]。

常用的传统开腹阑尾切除术,临床技术较为成熟,操作简单,手术的风险较低,但是此种方法在实施过程中,会使患者腹腔直接暴露,内脏器官会与空气直接接触,增加感染的风险^[3]。另外,残留的缝线会导致切口愈合的时间延长,更甚者会导致窦道的发生,对治疗效果产生直接影响。

本次研究中,观察组患者所使用的切口腹壁不留线阑尾切除术,切口较小,能够在手术中对患者的出血量进行有效控制,患者手术之后恢复快,瘢痕组织也较少;因是从侧腹进入腹腔,

故受肠管的影响较小;没有切口缝线,切口处也无异物,不会导致窦道的发生;对患者机体的创伤较小,有效的减少了炎症反应的发生。这种方法对医生的技术水平要求较高,手术相对而言难度更大,且对发病时间长、肥胖以及腹腔发生广泛粘连的患者并不适用^[4]。本次研究结果表明,观察组患者的手术时间、住院时间、手术切口长度以及手术中出血量数据,均要优于对照组患者,P值小于0.05;观察组患者并发症发生的概率仅为5.00%,明显较对照组患者低,P值小于0.05。

综上所述,相比于传统开腹阑尾切除术,切口腹壁不留线阑尾切除术能够有效控制手术中出血量,切口更小,对患者术后恢复有促进作用,降低并发症发生的风险。

参考文献:

- [1] 毕金宝,焦红仙.小切口腹壁不留线阑尾切除术328例报道[J].中国普外基础与临床杂志,2012,19(4):442-442.
- [2] 李相鹤.切口腹壁不留线阑尾切除术与传统开腹阑尾切除术临床比较[J].临床医学,2016,36(4):93-94.
- [3] 张宝国.小切口腹壁和全层缝合行阑尾切除术158例分析[J].河北联合大学学报(医学版),2012,14(3):363-363.
- [4] 付同翔,陈蓉.109微创阑尾切除术报告[J].新疆医学,2012,42(7):153-154.