



# 普外科临床中急性阑尾炎的诊治分析

杨华芳

江苏盛泽医院超声科 江苏吴江 215228

**【摘要】目的** 探讨普外科临床中急性阑尾炎患者的诊断和治疗策略。**方法** 以2016年1月~2017年12月因患上急性阑尾炎而入本院施行诊疗的患者94例为研究对象,随机划分为研究组、对照组两组,研究组47例行腹腔镜下手术治疗,对照组47例行开腹式手术治疗,记录对比两组的疗效指标。**结果** 研究组手术时长、出血量、疼痛时间、进食时间等指标均优于对照组,并发症不良率为2.13%少于对照组为14.89%,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 在普外科临床中对急性阑尾炎患者进行诊治时,应以腹腔镜辅助性手术为首选治疗手段。

**【关键词】** 急性阑尾炎;普外科;诊治

**【中图分类号】** R656.8 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561(2018)02-025-02

在普外科接收的患者中,急性阑尾炎者为比较典型的患病群体。转移性右下腹疼痛以及麦氏点压痛为该疾病的主要临床表现,病患发病后,常感恶心、反胃,经血常规检查可见白细胞数量上升。有文献证实<sup>[1]</sup>,大约有7.00%-12.00%的人在一生中会出现急性阑尾炎。急性阑尾炎患者阑尾根部发生梗阻或感染导致管腔内分泌物堆积、化脓,严重者可发生穿孔或气疽性坏死<sup>[2]</sup>。由此可见,使用有效方式,对该疾病患者开展必要的临床诊治,有着相当重要的现实意义。通常药物难以治疗已发生病变的阑尾,临床多采用手术切除治疗,可一次根治阑尾炎症。开腹术和腹腔镜均是切除阑尾的手术方法,相比之下,腹腔镜更加微创、无痛,更加符合解剖学特点和现代人们审美观念,我院现对急性阑尾炎患者采取腹腔镜手术治疗,取得满意的疗效,现报告如下。

## 1 对象及方法

### 1.1 研究对象

选择2016年1月~2017年12月因患上急性阑尾炎而入本院施行诊疗的94例患者为探究对象,经临床检查确诊为急性阑尾炎,将其划分两组,对照组:男35例,女12例,年龄28-48岁,平均年龄(32.3±4.6)岁,平均病程(36.8±5.3)h,其中急性单纯阑尾炎38例,急性化脓性阑尾炎9例,研究组:男34例,女13例,年龄26-48岁,平均年龄(31.3±4.3)岁,平均病程(38.4±5.5)h,其中急性单纯阑尾炎37例,急性化脓性阑尾炎10例,排除阑尾肿瘤及手术禁忌患者,所有患者年龄、病情等基本资料无明显差异( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

1.2.1 疾病诊断:医师依循普外科医学中有关急性阑尾炎的规范化诊疗内容,对两组病例展开体/病征判别,同时参照B超探查所得结果,全面评定每例患者疾病状况。若患者下腹部麦氏点处出现反复性疼痛或按压性疼痛,B超影像内看到右侧下腹存有腊肠形肿块物,可预判患有急性的阑尾炎;再检测血常规,如果核左移、白细胞等指标项目的水平升高,患者很可能伴感染性现象。

1.2.2 治疗方法:全部患者都采取气管插管全麻或者连续硬膜外麻醉,在术前给予抗生素。对照组患者行开腹式的阑尾摘除手术,患者平躺于操作台之上,施行全身性麻醉并插入通气管,在患者右下腹麦氏点部位采取横行或者斜形切口,在吸净渗液的前提下,于回盲部查找阑尾,进行分离-阑尾动脉结扎-阑尾切除-残端缝合等处理。脓液较少的患者给予多次蘸尽处理;术中腹腔渗出液较多且已经穿孔的患者,在清除腹腔脓液的前提下,应该选择生理盐水进行冲洗,或者放置胶管引流。研究组患者行腹腔镜下的阑尾摘除手术,

患者平躺于操作台之上,于患者脐下行约10毫米弧形切口,建立人工气腹,其压力应控制于10mmHg-15mmHg。此外,还应该插入10毫米Trocar,再将腹腔镜置入其中实施探查,由此实现明确诊断。在患者的左右两侧的中下腹部位分别放置5毫米Trocar,使患者盲肠充分得到显露,最后进行粘连分离以及阑尾切除操作。

### 1.3 统计学方法

运用SPSS 18.0版统计软件对本次所有相关的调查数据予以整合处理, ( $\bar{x} \pm s$ )表示计量数据,运用t检验组间计数资料的对比,(n/%)表示计数资料;运用 $\chi^2$ 检验组间计数资料的对比, $P < 0.05$ 表示组间数据对比差异显著,具有统计学意义。

## 2 结果

对比两组患者手术情况,研究组各项指标均优于对照组( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组患者手术情况比较

组别	例数	手术时长(h)	出血量(mL)	疼痛时间(h)	进食时间(h)
对照组	47	4.3±1.8	96.43±20.15	22.1±5.4	22.9±4.7
研究组	47	2.3±0.5	62.52±14.84	12.6±3.2	10.7±2.4
t值		7.34	9.29	10.38	15.46
P值		0.00	0.00	0.00	0.00

对比两组患者并发症情况,研究组并发症不良率为2.13%,对照组为14.89%,研究组并发症不良率低于对照组( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组患者并发症情况比较

组别	例数	腹腔出血	切口感染	肠粘连	疼痛	总不良率
对照组	47	1(2.13%)	3(6.38%)	1(2.13%)	2(4.26%)	7(14.89%)
研究组	47	0(0%)	0(0%)	1(2.13%)	1(2.13%)	2(2.13%)
$\chi^2$ 值						10.46
P值						0.00

## 3 讨论

急性阑尾炎的诊疗体会<sup>[2-3]</sup>:①患者出现先腹痛后发热的典型外科腹痛,表现为外科急腹症的特点,首先要考虑诊断或排除急性阑尾炎;②发病急骤呈阵发性加剧伴恶心呕吐、以及发热等全身症状;③转移性右下腹痛为阑尾炎的典型表现;④对腹痛不足6小时,不能确诊者可先观察,超过12小时不能排除阑尾炎,根据最常见的是阑尾炎、肠套叠,分别占急腹症的82%和14%。根据对急性阑尾炎的诊治体会,也可以行手术探查,以免耽误病情,避免误诊误治,并可尽早手

(下转第27页)



表4 两组并发症相比较 [例数 (%) ]

组别	例数	闭孔神经反射	电切综合征	尿路刺激征	发生率
对照组	45	4	5	2	11(24.44)
观察组	45	1	2	1	4(8.89)
$\chi^2$					3.9200
P					0.0477

### 3 讨论

目前,经尿道前列腺切除术已成为前列腺增生治疗的金标准,但其最大的缺点是止血效果不佳,容易产生电切综合征,对高龄患者来说手术风险高。而经尿道双极等离子电切的工作原理是具有两个电极同时切割,电极产生的电流环路产生等离子束,能量对靶组织进行作用而促使增生组织破裂汽化<sup>[3-4]</sup>。不同于传统经尿道前列腺切除术,经尿道双极等离子电切靶组织表面温度低,有低热渗透作用,凝血组织深度低于1毫米,可显著降低切除综合征的发生率。冲洗液是生理盐水,通常不会导致低钠血症的发生。经尿道双极等离子电切的离子束可使组织产生0.3~1.0mm均匀固化层,切割时止血效果好,可减少出血量。经尿道双极等离子电切切割快速,可缩短手术时间,加速康复<sup>[5-6]</sup>。

本研究显示,观察组高危前列腺增生症切除效果高于对照组,  $P < 0.05$ ; 观察组术中出血量、膀胱冲洗时间、拔管时间、住院时间优于对照组,  $P < 0.05$ ; 手术后观察组生活质量、

最大尿流率、国际前列腺症状评分优于对照组,  $P < 0.05$ 。观察组并发症少于对照组,  $P < 0.05$ 。

综上所述,高危前列腺增生症患者行经尿道双极等离子电切疗效肯定,可有效改善尿动力学和生活质量,创伤小,术后并发症少,康复速度更快。

#### 参考文献:

- [1] 陈永江, 李强, 卓辉, 张红宇. 经尿道双极等离子电切术治疗高危前列腺增生效果观察 [J]. 人民军医, 2017, 60(01):43-44.
- [2] 柳东辉, 孙森, 王贻兵, 等. 经尿道双极等离子电切术治疗高危良性前列腺增生症临床观察 [J]. 临床军医杂志, 2016, 44(12):1293-1294.
- [3] 李中华. 高危前列腺增生症采用经尿道双极等离子电切治疗的临床意义分析 [J]. 大家健康(学术版), 2016, 10(06):115-116.
- [4] 李健, 郑敏莉, 黄裕清, 等. 经尿道双极等离子电切术治疗高危良性前列腺增生 97 例 [J]. 岭南现代临床外科, 2014, 14(02):182-185.
- [5] 张宇政. 经尿道双极等离子电切术治疗高危良性前列腺增生 26 例分析 [J]. 交通医学, 2013, 27(04):381-382.
- [6] 戴枫, 祝黎洁, 吴升, 等. 肾镜下经尿道弹道碎石联合双极等离子电切治疗高危前列腺增生合并膀胱结石 [J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(23):92+99.

#### (上接第 24 页)

神经细胞膜,对人体脑内阿片受体产生作用,使得垂体中内源性阿片样物质被释放,乙醇的代谢产物乙醛能够与巴胺缩物质合成内源性吗啡衍生物,直接或间接的抑制阿片受体的产生,使得患者产生中枢神经抑制的现状,危害性极大,应及时进行救治,醒脑静联合纳洛酮的应用,能够有效改善患者的症状,提升治疗效果,应用价值极高,值得选用<sup>[5]</sup>。本研究中,观察组治疗后酒后清醒时间、酒后症状消失及留观时间,均短于对照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组的总有效率 97.67% 高于对照组的 75.17%, 统计学有意义 ( $P < 0.05$ )。提示:醒脑静联合纳洛酮治疗急性酒精中毒有助于缩短症状改善时间,提高临床疗效,利于患者早期恢复。

综上所述,醒脑静联合纳洛酮治疗急性酒精中毒的应用效果显著,症状得到改善,提高了治疗效果,醒脑静联合纳洛酮值得急性酒精中毒患者应用。

#### (上接第 25 页)

术防止阑尾穿孔并发弥漫性腹膜炎的发生。

急性阑尾炎患者只要确诊,则应该马上实施阑尾炎切除术。在临床中,急性阑尾炎的传统治疗往往选择开腹手术,虽然临床疗效获得了一定的认可,但是长期以来也存在着很多的问题,比如肠梗阻、切口感染以及肠粘连等<sup>[4]</sup>。而腹腔镜手术具有以下优点:1、手术创伤小,仅需2-3个切口,瘢痕较小,更符合现代人们对外科手术的美观需求。2、手术为腹腔镜窥探监视下操作,降低了周围组织损伤,腹腔视野开阔,便于吸净脓液,降低术后感染,减少术后发生粘连。3、切口小,减少术中及术后出血量、疼痛感,降低了不良反应,缩短住院时间,促进患者痊愈,也为患者节省了治疗时间和医疗成本,不耽误患者工作学习<sup>[5]</sup>。本研究结果显示,研究组手术时长、出血量、疼痛时间、进食时间、并发症发生率等指标均优于

#### 参考文献:

- [1] 高劲梅. 醒脑静注射液联合盐酸纳洛酮注射液治疗急性重度酒精中毒临床效果 [J]. 医学信息, 2015, 28(52):29-30.
- [2] 尹翠萍. 急诊血液透析联合纳洛酮治疗急性重度酒精中毒 86 例的护理及临床分析 [J]. 航空航天医学杂志, 2016, 27(4):506-507.
- [3] 秦辛, 陈永洪. 醒脑静注射液联合古拉定治疗急性酒精中毒的疗效及对患者血清  $\beta$  内啡肽、超氧化物歧化酶及丙二醛水平的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(17):142-144.
- [4] 杨珩钦, 顾浩铨. 探讨醒脑静注射液对急性酒精中毒患者氧代谢及氧化应激的影响 [J]. 中国实用医药, 2016, 11(26):247-248.
- [5] 付俊鲜, 杨光路. 醒脑静注射液联合高压氧治疗病毒性脑炎疗效及对血清 SOD 活性、MDA 含量及脑神经损害的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(32):3606-3608.

对照组,差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

综上所述,在普外科临床中展开阑尾炎急性患者的医疗诊治时,应以腹腔镜辅助性手术为首选治疗手段。

#### 参考文献:

- [1] 刘东旭, 刘桂英. 普外科临床中急性阑尾炎临床诊治方法探讨 [J]. 大家健康旬刊, 2017, 11(5):116.
- [2] 宗学营. 普外科临床治疗中急性阑尾炎临床诊治分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(50):9893-9893.
- [3] 赵铁清. 普外科临床中急性阑尾炎临床治疗效果分析 [J]. 饮食保健, 2017, 4(17):4-6.
- [4] 苏晋. 普外科临床中急性阑尾炎临床诊治分析 [J]. 养生保健指南, 2017(8):1-2.
- [5] 裴岩. 普外科临床中急性阑尾炎临床诊治研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017(71):13916-13916.