

动障碍随机、双盲双模拟、多中心临床研究 (J). 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(2): 171-176.

(6) 方拴锋, 朱晓华, 叶蓓, 等. 盐酸托莫西汀治疗儿童多动症合并短暂性抽动障碍的临床疗效及安全性评价 (J). 中

国临床药理学杂志, 2016, 32(8): 678-680.

(7) 王晓宏. 盐酸托莫西汀治疗儿童多动症合并短暂性抽动障碍的疗效评价 (J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(23): 59-60.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)04-0171-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.084

手术时机对腹腔镜阑尾切除术预后的影响

胡 丽

(中山市南区医院, 广东 中山 528455)

〔摘要〕 目的: 分析手术时机对腹腔镜阑尾切除术预后的影响。方法: 选取中山市南区医院 2016 年 1 月至 2019 年 1 月收治的 150 例腹腔镜阑尾切除术患者, 根据患者手术时机分三组, 发病时间 ≤ 48 h 手术病例 70 例; 48 h < 发病时间 ≤ 72 h 手术病例 40 例; 发病时间 > 72 h 手术病例 40 例。分析不同的手术时机与手术时间、术中出血、术后排气时间、住院时间、住院费用、术后并发症情况。结果: 与其他两组患者相比, 发病时间 > 72 h 手术病例组手术时间及术中出血量增加, 住院时间延长、住院费用增加, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 三组患者术后并发症发生情况比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 对于急性阑尾炎患者来说, 在发病 72 h 之内实施腹腔镜阑尾切除术治疗可以缩短手术时间, 减少术中出血, 降低手术风险、住院时间及住院费用。

〔关键词〕 急性阑尾炎; 腹腔镜阑尾切除术; 手术时机

〔中图分类号〕 R 656.8 〔文献标识码〕 B

有学者认为, 患者入院后完善 CT 等首要检查确诊为阑尾炎后, 于 48 h 内行手术治疗可降低术后并发症发生率^[1]。也有学者认为入院至手术时间的延长虽然会延长患者住院时间, 但并不会增加患者术后并发症发生率, 并提出急性阑尾炎为半择期手术, 可延期 6 ~ 24 h 至第 2 天白天进行手术以节约夜间医疗资源和减轻术者疲劳感^[2]。临床普遍认为, 在阑尾炎发病 3 d 以内行阑尾切除术治疗效果最佳, 对于发病超过 3 d 的患者则采用保守治疗^[3]。本研究选取 150 例腹腔镜阑尾切除术患者为研究对象, 分析手术时机对腹腔镜阑尾切除术预后的影响, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2016 年 1 月至 2019 年 1 月收治的 150 例腹腔镜阑尾切除术患者, 所选患者均经病理学检查确诊, 与诊断标准相符合^[4], 排除合并其他疾病患者。根据患者手术时机分三组, 发病时间 ≤ 48 h 手术病例 70 例, 其中男 40 例, 女 30 例, 年龄 23 ~ 58 岁, 平均年龄 (44.23 ± 10.51) 岁, 平均体温 (36.89 ± 0.56) °C, 10 例患者存在发热症状; 48 h

< 发病时间 ≤ 72 h 手术病例 40 例, 其中男 22 例, 女 18 例, 年龄 24 ~ 59 岁, 平均年龄 (44.23 ± 10.60) 岁, 平均体温 (36.90 ± 0.60) °C, 5 例患者存在发热症状; 发病时间 > 72 h 手术病例 40 例, 其中男 23 例, 女 17 例, 年龄范围 25 ~ 57 岁, 平均年龄 (44.19 ± 10.48) 岁, 平均体温 (36.79 ± 0.49) °C, 4 例患者存在发热症状。三组患者的一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

腹腔镜阑尾切除术具体操作方法如下: 首先对患者行以气管插管全麻, 在脐上缘做 10 mm 弧形切口, 建立二氧化碳气腹, 之后将 10 mm 套鞘置入, 再置入腹腔镜。在腹腔镜直视条件下探查, 并在左右下腹部分别建立操作孔, 将 5 mm 套鞘置入。选择头低足高 15°, 并向左侧倾斜 15 ~ 30°, 首先将腹腔脓液吸尽, 沿结肠带找到阑尾, 将盲肠提起, 对阑尾进行确定, 对周围粘连进行分离处理, 通过超声刀将阑尾系膜分段离断, 直至阑尾根部, 如果患者存在阑尾体部穿孔或末端穿孔现象, 则可以通过套扎线进行双重结扎或用可吸收夹进行结扎, 并在远侧 0.5 cm 位置剪断, 电凝处理阑尾残端黏膜。如果阑尾根部坏疽或穿孔不能进行结扎处理,

〔收稿日期〕 2021 - 01 - 25

〔作者简介〕 胡丽, 男, 主治医师, 主要从事普通外科临床及研究工作。

则通过 8 字缝合法进行缝合，同时通过大网膜进行覆盖。之后将阑尾置于套鞘或标本袋内取出，对腹腔进行冲洗，直至液体变清，对切口行以聚维酮碘溶液消毒处理，用创可贴将皮肤拉合，如果患者腹腔污染严重，则放置引流管。所有手术都是由同一个主刀医生完成。

1.3 观察指标

分析不同的手术时机与手术时间、术中出血、术后排气时间、住院时间、住院费用、术后并发症情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表

示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者各项指标比较

发病时间 ≤ 48 h 的患者与 48 h $<$ 发病时间 ≤ 72 h 患者的手术时间、术中出血量、术后首次排气时间、住院时间、住院费用比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；与其他两组患者相比，发病时间 > 72 h 手术病例组手术时间及术中出血量增加，住院时间延长、住院费用增加，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 三组患者各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 /min	术中出血量 /mL	术后首次排气时间 /h	住院时间 /d	住院费用 /元
发病时间 ≤ 48 h	70	55.13 \pm 13.52	1.68 \pm 1.09	30.10 \pm 5.79	5.67 \pm 1.77	10302.5 \pm 1719.6
48 h $<$ 发病时间 ≤ 72 h	40	65.63 \pm 14.63	2.72 \pm 1.19	32.11 \pm 7.81	6.71 \pm 2.08	10155.9 \pm 1612.8
发病时间 > 72 h	40	81.96 \pm 15.33 ^a	5.97 \pm 2.43 ^a	33.25 \pm 6.93	8.46 \pm 1.17 ^a	13634.8 \pm 1693.7 ^a

与前两组比较，^a $P < 0.05$

2.2 三组患者术后并发症发生情况比较

三组患者术后并发症发生情况比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 2。

表 2 三组患者术后并发症发生情况比较 (*n*(%))

组别	<i>n</i>	肠梗阻	切口感染	出血
发病时间 ≤ 48 h	70	0(0.0)	4(5.7)	3(4.3)
48 h $<$ 发病时间 ≤ 72 h	40	1(2.5)	2(5.0)	2(5.0)
发病时间 > 72 h	40	1(2.5)	3(7.5)	3(7.5)

3 讨论

临床中，对于急性阑尾炎患者，传统治疗方式为保守治疗。特别是发病时间超过 72 h，影像资料显示阑尾与周围组织粘连严重的患者，保守治疗待炎症消退之后，再择期手术治疗。但此种处理方式会使患者病程延长，使患者的痛苦程度增加，同时也使患者的经济负担增加。现阶段临床中对急性阑尾炎患者手术时机的研究存在争议，有学者认为患者确诊之后可以在 48 h 之内进行手术治疗，可以使术后并发症发生率降低^[5]。也有学者认为，尽管发病 72 h 之后进行手术治疗会延长住院时间，但患者术后并发症发生率不会增加，并且可以节约夜间医疗资源，使术者疲劳感减轻^[6]。本研究中，针对急性阑尾炎患者选择不同手术时机进行治疗，结果显示，发病时间 ≤ 48 h 的患者与 48 h $<$ 发病时间 ≤ 72 h 患者的手术时间、术中出血量、术后首次排气时间、住院时间、住院费用、术后并发症比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；与其他两组患者相比，发病时间 > 72 h 手术病例组手术时间及术中出血量增加，住院时间延长、住院费用增加，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；三组患者术后并发症发生情况比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

在急性阑尾炎患者手术治疗中，腹腔镜阑尾切除术属于微创手术方式，不仅创伤小，而且术后恢复快，不会产生严重并发症，因此在临床中应用广泛^[7]。本研究中，接受腹腔镜阑尾切除术的患者无中转开腹病例。腹腔镜阑尾手术中，在处理阑尾与周围肠管炎性粘连、出血，电刀损伤肠管等并发症时，曾有操作器械及技术局限。但伴随医疗设备、技术的不断进步和发展，腹腔镜技术也随之发展，临床医师操作技术也得到提升，因此发病时间超过 72 h 的急性阑尾炎患者也能进行腹腔镜手术治疗。在发病 72 h 之内实施腹腔镜阑尾切除术治疗可以缩短手术时间，减少术中出血，降低手术风险、住院时间及住院费用。

〔参考文献〕

- (1) 陈爱国, 叶清. 手术时机对开放式阑尾术患者康复效果的影响探讨 (J). 基层医学论坛, 2017, 21(13): 164-165.
- (2) 白群, 刘淑红, 黄金娣, 等. 中晚期妊娠合并非产科急腹症手术时机选择的探讨 (J). 江西医药, 2017, 52(5): 435-437.
- (3) 李春雷. 开腹及免气腹腔镜阑尾切除术对妊娠期急性阑尾炎孕妇预后的影响 (J). 河南外科学杂志, 2019, 25(1): 112-113.
- (4) 牟剑虹. 腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的临床对比研究 (J). 工企医刊, 2013, 26(6): 486.
- (5) 王根红, 袁华芳, 陈晓冰. 超声引导下神经阻滞对腹腔镜胆囊切除术患者预后影响的临床研究 (J). 中国医师杂志, 2018, 1(3): 398-401.
- (6) 何光奎. 腹腔镜阑尾切除术临床应用价值探讨 (J). 养生保健指南, 2016, 2(20): 20.
- (7) 姚勇. 对急性阑尾炎患者进行腹腔镜阑尾切除术的效果研究 (J). 当代医药论丛, 2018, 16(22): 45-46.