

小横切口单层缝合法在阑尾切除术中的应用体会

明新周, 明新求

作者单位: 542700 广西, 富川县民族医院普外科

作者简介: 明新周(1975-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 胃肠腺体外科疾病诊治。E-mail: YWKMXZ@163.com

[摘要] 目的 探讨小横切口单层缝合法在阑尾炎切除术中的应用效果。方法 回顾性分析 2007-01 ~ 2010-07 应用小横切口单层缝合法行阑尾切除术治疗阑尾炎 317 例的临床资料。结果 全组病例均成功施行阑尾切除术, 均采用小横切口单层缝合法。与常规阑尾炎手术相比, 该手术方法具有手术时间短、术后疼痛轻、恢复快、切口短小隐蔽、住院时间短、切口感染率低、费用低等优点。结论 小横切口单层缝合法在阑尾炎切除术中简单可行且并发症少, 值得在基层医院推广应用。

[关键词] 小横切口; 单层缝合; 阑尾炎; 手术

[中图分类号] R 656.8 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)01-0041-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.01.17

Experience of application of small transverse incision and single-layer suture technique in appendectomy

MING Xin-zhou, MING Xin-qiu. Department of General Surgery, Fuchuan National Medical Hospital, Guangxi 542700, China

[Abstract] **Objective** To explore the effect of application of small transverse incision and single-layer suture method in appendectomy. **Methods** The clinical data of 317 cases undergoing appendectomy by using small transverse incision and the single-layer suture technique from January 2007 to July 2010 were retrospectively analyzed. **Results** The patients were successfully implemented appendectomy, by using transverse incision and the single-layer suture. Compared with conventional surgery, this surgical method had advantages of shorter operative time, less post-operative pain, faster recovery, shorter incisions hidden, shorter hospital stay, lower wound infection rate, and low cost and so on. **Conclusion** Small transverse incision and the single-layer suture technique in appendectomy is simple and feasible and has fewer complications. It is worthy of popularizing in the primary hospitals.

[Key words] Small transverse incision; Single-layer suture; Appendicitis; Operation

阑尾炎是急腹症中最常见的病因, 约占 1/4, 是腹部外科常见病。在基层医院急性阑尾炎多见, 在我院约占同期急腹症病人的 31.5%。急性阑尾炎一旦发生, 尤其是化脓性坏疽穿孔性阑尾炎, 应首选手术治疗^[1]。2007-01 ~ 2010-07 我院外科在 317 例阑尾炎手术中, 采用小横切口单层缝合法行阑尾切除术, 取得了较好的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 317 例中, 男性 189 例, 女性 128 例; 年龄 3 ~ 88 岁, 平均 29.4 岁, 其中 14 ~ 45 岁为 285 例。术前均行腹部 B 型超声检查诊断为阑尾炎, 术后病理结果确诊为单纯性阑尾炎 41 例, 化脓性阑尾炎 178 例, 坏疽性阑尾炎 82 例, 慢性阑尾炎

急性发作 16 例。

1.2 手术方法 ≥12 岁患者行连续硬膜外阻滞麻醉, <12 岁患者行氯胺酮全麻。术前 B 型超声右下腹阑尾体表投影定位, 沿定位点作一横形切口(长约 1.2 ~ 2.5 cm, 对于肥胖者或腹膜后阑尾炎患者, 切口适当延长至 3.5 ~ 4.0 cm), 切开皮肤, 皮下组织、分层入腹, 吸净脓液, 进腹探查后常规切除阑尾。化脓性阑尾炎及坏疽性阑尾炎切口均不用甲硝唑冲洗及放置腹腔引流管。术后用 2 号 Dixon 可吸收线腹膜外竖 8 字全层皮内缝合 1 ~ 3 针。

2 结果

本组 317 例均采用右下腹横形小切口切除阑尾, 手术时间为 10 ~ 65 min, 平均 25.3 min。住院时

间为3~7 d,平均5 d。全组采用可吸收线皮内缝合无需拆线。所有病人均在术后24 h内恢复肛门排气。切口甲级愈合者314例,占99.1%。发生红肿、渗液者3例(0.95%),给予切口扩开放置引流,酒精湿敷后切口愈合。由于顺皮纹小切口瘢痕隐蔽,符合患者美容的要求,特别是青少年和女性患者。

3 讨论

3.1 急性阑尾炎是腹部外科最常见的疾病之一,开腹行阑尾切除术仍是最常用的手术方法,特别是在基层医院。自1894年McBurney创立了麦氏切口阑尾切除术以来,随科学技术的发展,特别是显微镜阑尾切除术使用后,人们对美学的要求不断提高,小切口阑尾切除术时有报道。金丽明等^[2]报道,阑尾切口的长短,尤其是腹膜创面的大小直接与日后的粘连程度有关,且横切口对肥胖者或阑尾后位者尤为适合。我院结合临床实际,在常规手术器械条件下,开展沿皮纹小横切口单层缝合法行阑尾切除术。术前根据B型超声体表定位,选择定位点做顺皮纹切口,长1.2~2.5 cm。对于肥胖者及腹膜后阑尾炎患者适当延长切口至3.5~4.0 cm。Rettenbacher等^[3]报道,超声检查对阑尾炎诊断的灵敏度为98%,特异度为98%,阳性预测值为95%。术前B型超声的准确诊断和定位,给手术提供了较快、较准找到阑尾,并顺利切除阑尾的好机会,明显缩短了手术时间。由于急性阑尾炎术后最常见的并发症为切口感染。切口感染可能与切口类型、手术时间、切口保护、彻底止血、消灭死腔等因素有关。近年有学者提倡采用右下腹手术切口腹膜外单层缝合法^[4]。张育超等^[5]提示,以往分层缝合被认为是关腹的标准,因为它是以解剖层次为基础,人们认为切口的愈合也是按层愈合,但实际上无论为何种组织伤口的愈合都是瘢痕愈合。近年来有学者提出不缝合腹膜的关腹方法,此方法起内引流作用,减少切口感染。也有学者提倡对于化脓性阑尾炎和坏疽性阑尾炎应用单层缝合法来减少切口感染。Kairm等^[6]提出单层缝合法操作简单安全,切口出血不用丝线结扎,不需外翻腹膜保护切口,不需冲洗或擦拭切口,不需置放腹腔引流管,减少缝合层次,明显缩短了手术时间,降低了切口感染的危险性。本组317例阑尾炎患者均采用单层缝合法缝合切口,发生切口感染仅3例,占0.95%,与文献报道阑尾切除术后切口感染率可高达21%^[7]不一致。本组术后切口感染均为肥胖病人,其中化脓性阑尾炎1例(为腹膜后阑尾炎,手术时间达65 min),坏疽性阑尾炎2例(手术

时间分别为50 min和54 min),均为术后3~4 d仍感切口疼痛,局部红肿,给予切口扩开后见少许脓性液体,经引流换药后愈合,这可能与患者肥胖、脂肪层厚、局部血运差、手术时间过长、切除阑尾过程中污染切口边缘等多种因素有关。由于小横切口阑尾切除术具有切口小、瘢痕纤细,术后疼痛轻,对腹腔干扰小,能早期下床活动等优点,促进了早期胃肠功能恢复,而且也符合病人美观的要求和外科微创化的观念。但由于小横切口对病灶的探查欠清,易造成误诊漏诊。我们认为,由于切口小,只能用一食指寻找和分离阑尾,同时对回盲部进行探查,因此,此手术应由高年资、临床经验丰富的医师进行。术前B型超声诊断和定位,虽然可减少手术时间及误诊漏诊,但对于右下腹疼痛时间超过72 h,同时右下腹B型超声检查不能诊断为阑尾炎的,特别是老年患者,我们建议先行右下腹螺旋CT检查明确诊断或采用加强抗感染,待腹痛消失、炎症消退后行结肠镜或钡剂灌肠检查以明确诊断再行手术治疗。本组此类患者2例,术后病理证实,1例回盲部腺癌,另1例为慢性阑尾炎、回盲部淋巴细胞浸润性改变。

3.2 小横切口单层缝合法阑尾切除术具有切口小、美观、术后疼痛轻、恢复快、切口感染率低、住院时间短等优点,甚至可与腹腔镜媲美,且医疗费用及技术难度远低于腹腔镜阑尾切除手术。我们认为只要诊断明确,完全可以选用小横切口单层缝合法阑尾切除术,而且应该在基层医院推广使用。

参考文献

- 1 Ditillo MF, Dziura JD, Rabinovici R. Is it safe to delay appendectomy in adults with acute appendicitis? [J]. Ann Surg, 2006, 244(5): 656-660.
- 2 金丽明, 郑江文, 朱晓峰, 等. 结肠癌并发阑尾炎9例分析[J]. 临床误诊误治, 2007, 20(2): 31-32.
- 3 Rettenbacher T, Hollerweger A, Gritzmann N, et al. Appendicitis: should diagnostic imaging be performed if the clinical presentation is highly suggestive of the disease? [J]. Gastroenterology, 2002, 123(4): 992-998.
- 4 陈建发, 吕绍豪. 阑尾切除不缝合腹膜预防切口感染的体会[J]. 中国急救医学, 2001, 21(7): 388.
- 5 张育超, 杨 斌, 陈 双, 等. 腹部切口全层缝合与分层缝合对照研究[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(12): 1049-1050, 1054.
- 6 Karim H, Chafik K, Karim K, et al. Risk factors for surgical wound infection in digestive surgery. Retrospective study of 3,000 surgical wounds [J]. Tunis Med, 2000, 78(11): 634-640.
- 7 党 文, 吕玉明, 李敬禹. 小切口预防阑尾切除术后切口感染[J]. 中国现代普通外科进展, 2000, 3(2): 59.

[收稿日期 2011-08-17][本文编辑 黄晓红 吕文娟]