

# 腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术、腹腔镜常规阑尾切除术应用价值对比

苏常玉\* 杜雪雯 任露露

内蒙古通辽市奈曼旗人民医院, 内蒙古 028300

**摘要:**目的: 讨论对阑尾炎患者应用腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术、腹腔镜常规阑尾切除术开展临床治疗的应用价值。方法: 选取阑尾炎患者86例作为研究样本, 随机划分为两组, 每组43例。参照组予以腹腔镜常规阑尾切除术, 观察组予以腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术。结果: 相较于参照组, 观察组在术中切口长度、在院诊治时间、术中出血量、手术操作时长、肠道恢复时长等临床指标方面的表现更佳 ( $P < 0.05$ ); 观察组的不良反应发生率明显缩减 11.63% ( $P < 0.05$ )。结论: 腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术治疗阑尾炎的临床疗效明显超过腹腔镜常规阑尾切除术, 该术式可有效降低手术治疗对患者造成的创伤, 同时有助于加快患者病情的康复进程。

**关键词:** 腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术; 腹腔镜常规阑尾切除术; 阑尾炎; 应用价值

## 一、前言

阑尾炎是一种临床上相对常见且多见的病症, 该病症的致病因素具备多样性及复杂性的特征, 大部分患者的病因可归结为血液循环系统遭受大量细菌入侵<sup>[1]</sup>。以往, 临床上通常将开放阑尾切除手术疗法作为阑尾炎疾病的主要治疗方案, 虽然取得了一定的临床疗效, 但是开放阑尾切除手术极易给患者造成较大的术后创伤, 术中出血情况比较严重, 术后极易产生多种不良症状, 对患者的术后康复具有严重的不良影响<sup>[2]</sup>。本次研究选取2017年6月至2019年6月于我院接受诊治处理的阑尾炎患者86例作为研究样本, 着重讨论对阑尾炎患者应用腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术、腹腔镜常规阑尾切除术开展临床治疗的应用价值, 现报告如下。

## 二、资料与方法

### (一) 一般资料

选取2017年6月至2019年6月于我院接受诊治处理的阑尾炎患者86例作为研究样本, 应用数字随机表将符合纳入标准的患者随机划分为参照组与观察组, 每组病例均为43例。参照组中有男性患者22例, 女性患者21例, 年龄17~72岁, 中位数为(10.39±2.29)岁; 观察组中有男性患者23例, 女性患者20例, 年龄18~72岁, 中位数为(10.28±2.42)岁。本研究经医院伦理委员会批准, 患者已签署知情同意确认书。

#### 1. 纳入标准<sup>[3]</sup>

通过CT、腹部超声等影像学检查手段或常规查体确诊为急性或慢性阑尾炎; 术中确诊为阑尾炎。

#### 2. 排除标准<sup>[4]</sup>

存在严重器质性病症难以进行腹腔镜手术治疗; 存在腹腔镜或开腹手术治疗经历; 术前检查发现阑尾周围存在脓肿现象; 存在腹痛症状且症状的出现时间与手术时间的间隔超过72 h。

### (二) 方法

参照组予以腹腔镜常规阑尾切除术, 首先应给予患者麻醉处理, 麻醉方式选用全麻。在患者的脐上部做一手术切口, 切口长度约为1 cm, 随后创建人工气腹, 确保气腹压不低于1.5 kPa, 且不高于2.0 kPa, 并借助腹腔镜对病灶部位进行观察。随后对患者阑尾附近的粘连组织及腹腔积液进行清理, 切除阑尾, 并缝合切口, 同时需要对患者的阑尾残端进行清理。若患者未发生脏器受损等状况, 方可清除气腹, 缝合腹腔切口。

观察组予以腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术。患者需保持仰卧体位, 通过三孔法在患者脐部上缘1 cm位置处留置套管, 套管长度为10 mm, 并将其作为术中观察孔, 连接气腹管。常规创建气腹, 气腹压力值为11~12 mmHg。随后在患

\*通讯作者: 苏常玉, 1981年7月, 女, 汉族, 内蒙古通辽人, 现任职于内蒙古通辽市奈曼旗人民医院, 主治医师, 本科。研究方向: 临床医学。

者脐部下缘2 cm位置处置留置套管, 套管长度为10 mm, 作为主操作孔, 于左侧反麦氏点位置处置留置套管, 套管长度为5 mm, 作为牵引孔。随后由患者阑尾的终端至顶端使用手术超声刀对系膜至阑尾浆膜面实施切断处理, 并沿阑尾浆膜面向尾端剥离阑尾系膜至阑尾根部。夹闭阑尾及系膜根部远端, 随后使用手术超声刀依次切断阑尾及系膜, 随后经由Trocar孔取出阑尾及系膜, 并对穿刺孔实施常规消毒处理, 治疗进行缝合。

### (三) 观察指标

#### 1. 观察、对比两组的临床诊治有效性

治疗结果:

##### (1) 显效

接受治疗后, 患者的相关临床表征彻底性消退, 各项指标均表现正常。

##### (2) 有效

接受治疗后, 患者的相关临床表征呈现明显的改善趋势, 各项指标均表现正常。

##### (3) 无效

接受治疗后, 患者的相关临床表征并无明显的改善迹象, 甚至趋于严重化。

#### 2. 观察、对比两组患者的临床指标表现。

临床指标

在院诊治时间、术中出血量、手术操作时长、肠道恢复时长。

#### 3. 观察、对比治疗期间两组患者不良反应的发生情况

不良反应: 术后切口感染、肠梗阻、脓肿残留、术中活动性出血、盆腔感染。

### (四) 统计学处理

统计分析软件选用SPSS 20.0, 计量资料采用 $t$ 检验, 结果数据的表现形式为 $\bar{x} \pm s$ ; 计数资料采用 $\chi^2$ 检验, 结果数据的表现形式为率。 $P < 0.05$ 认定差异存在统计学意义。

## 三、结果

### (一) 两组的临床诊治有效性对照

参照组中临床治疗结果评价为显效、有效、无效的对应例数分别为17例、14例、12例, 即临床诊治有效性为72.09%; 观察组中临床治疗结果评价为显效、有效、无效的对应例数分别为23例、17例、3例, 即临床诊治有效性为93.02%。对两组患者的临床诊治有效性进行组间对照, 差异存在统计学意义( $P < 0.05$ )。与参照组相比较, 观察组的临床诊治有效性明显提升20.93% ( $P < 0.05$ )。如表1所示。

表1 两组的临床诊治有效性对照[例数(%)]

组别	显效	有效	无效	有效率
参照组 ( $n = 43$ )	17 (39.53)	14 (32.56)	12 (27.91)	31 (72.09)
观察组 ( $n = 43$ )	23 (53.49)	17 (39.53)	3 (6.98)	40 (93.02)
$\chi^2$				9.883
$P$				0.001

### (二) 两组的临床指标表现对照

接受治疗后, 两组的在院诊治时间、术中出血量、手术操作时长、肠道恢复时长等临床指标组间对照, 差异存在统计学意义( $P < 0.05$ )。相较于参照组, 观察组患者的在院诊治时间、手术操作时长、肠道恢复时长均明显缩短( $P < 0.05$ ), 观察组患者的术中出血量明显下降( $P < 0.05$ )。如表2所示。

表2 两组的临床指标表现对照

组别	在院诊治时间/d	术中出血量/mL	手术操作时长/min	肠道恢复时长/h
参照组 ( $n = 43$ )	9.38±3.02	47.83±9.27	67.82±9.03	27.32±4.36
观察组 ( $n = 43$ )	5.37±1.28	24.37±4.23	44.37±7.36	12.27±4.10
$t$	8.034	8.375	8.834	8.694
$P$	0.001	0.001	0.001	0.001

### (三) 不良反应的发生情况分析

参照组中术后切口感染、肠梗阻、脓肿残留、术中活动性出血、盆腔感染等不良反应对应的例数分别为3例、2例、1例、1例，对应的比例分别为6.98%、4.65%、4.65%、2.33%、2.33%，即不良反应的发生率为20.93%，观察组中术后切口感染、肠梗阻、脓肿残留、术中活动性出血、盆腔感染等不良反应对应的例数分别为1例、1例、0例、1例、0例，对应的比例分别为2.33%、2.33%、0、2.33%、0、0，即不良反应的发生率为6.98%。对两组患者治疗期间的不良反应发生率进行组间对照，差异存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。与参照组相比较，观察组患者的不良反应发生率呈现明显的下降趋势（ $P < 0.05$ ）。如表3所示。

表3 两组不良反应的发生率对照[例（%）]

组别	术后切口感染	肠梗阻	脓肿残留	术中活动性出血	盆腔感染	发生率
参照组（n = 43）	3（6.98）	2（4.65）	2（4.65）	1（2.33）	1（2.33）	9（20.93）
观察组（n = 43）	1（2.33）	1（2.33）	0（0）	1（2.33）	0（0）	3（6.98）
$\chi^2$						9.384
P						0.001

#### 四、讨论

阑尾炎是一种急腹症，发病相对急促，病症发展相对较快，误诊、漏诊情况时有发生，因此，极易耽误最佳诊治时间，致使患者的病情趋于严重化。开放阑尾切除手术疗法是治疗阑尾炎的常用术式，能够有效切除病灶，但该术式极易给患者造成严重的术后创伤，而且极易引发诸多不良反应<sup>[5]</sup>。有研究指出<sup>[6]</sup>，在阑尾炎患者的临床治疗过程中应用腹腔镜手术疗法进行治疗，能够有效降低手术治疗对患者造成的创伤，同时有助于清除腹腔最低位置处的脓液，能够有效预防术后脓肿残留。腹腔镜手术疗法是一种具备疼痛轻、术后恢复快等优势微创手术疗法，适用于急性阑尾炎的临床治疗。有研究指出，腹腔镜手术疗法能够有效提升手术视野，有助于相关工作人员观察、了解患者病变部位的粘连情况及其与周围组织的关系，同时能够有效降低手术操作对周围组织造成的损害作用。此外，经腹腔镜手术治疗后，患者的疼痛感相对较弱，手术切口相对较小，瘢痕较小甚至是无瘢痕，术后的康复进程明显加快。而常规开放阑尾切除手术疗法的麻醉方式主要为硬膜外麻醉，对患者的交感神经及血流动力学具有一定的不良影响，刺激性较强，极易引发心脏骤停等不良反应，对患者的生命健康具有严重的威胁。相关研究指出<sup>[7]</sup>，在腹腔镜手术治疗过程中通常需要使用0.9%生理盐水对患者的切口部位进行清洗处理，这也在一定程度上降低了交叉感染发生的概率。

但腹腔镜常规阑尾切除术仍旧存一些不足之处：

（一）阑尾必须经由穿刺孔或Trocar孔中取出，因此若阑尾及系膜出现明显的肿胀情形，则会在一定程度上增大标本经由狭小皮肤戳孔内取出的难度。

（二）若阑尾周围存在严重的粘连征象，则会在一定程度上增大阑尾系膜动脉位置的鉴别难度，若对系膜实施强行分离处理极易导致系膜发生出血状况。而且手术操作是在密闭条件下完成的，因此止血难度相对较大，手术操作时间明显延长。

（三）标本取出时需要使用取物袋，而取物袋极有可能与腹腔内脓液发生接触，此外取出过程中取物袋也极有可能发生破损，致使术后Trocar孔位置处的皮肤出现感染<sup>[8]</sup>。因此，相关研究人员提出对阑尾炎患者应用腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术开展临床治疗，以弥补上述缺陷，改善阑尾炎患者的临床治疗效果。由于阑尾动脉处于系膜外侧，与阑尾及系膜的结合处相距较远，而且由尖端至根部阑尾动脉逐渐增粗。因此，使用超声刀在阑尾系膜近端或远端将系膜横切，靠近阑尾浆膜面对系膜进行剥离处理，可有效削减术中活动性出血的发生率，而且对系膜实施剥离处理后，分别对阑尾及系膜实施离断处理，并经由Trocar孔取出，有利于顺利取出已切除的标本<sup>[9]</sup>。

本次研究选取2017年6月至2019年6月于我院接受诊治处理的阑尾炎患者86例作为研究样本，研究发现参照组及观察组患者临床诊治有效性分别为72.09%、93.02%。对两组患者的临床诊治有效性进行组间对照，差异存在统计学意义，与参照组相比较，观察组的临床诊治有效性明显提升20.93%；两组的在院诊治时间、术中出血量、手术操作时长、肠道恢复时长等临床指标组间对照，差异存在统计学意义，相较于参照组，观察组患者的在院诊治时间、手术操作时长、肠道恢复时长均明显缩短，观察组患者的术中出血量明显下降；参照组与观察组患者的术后不良反应发生率分别为20.93%、6.98%。对两组患者治疗期间术后切口感染、肠梗阻、脓肿残留、术中活动性出血、盆腔感染等不良反应发生率进行组间对照，差异存在统计学意义。与参照组相比较，观察组患者术后切口感染、肠梗阻、脓肿残留、

术中活动性出血、盆腔感染等不良反应的发生率呈现明显的下降趋势。这一结果再次证明,在阑尾炎患者的临床治疗过程中应用腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术疗法进行治疗,相较于腹腔镜常规阑尾切除术疗法,诊治效果更佳,可有效缓解阑尾炎患者的临床症状,缩减手术治疗时长以及术后在院治疗时间,改善预后,同时,能够加快患者病情的康复进程,且不会加大不良反应的发生率,提示腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术疗法治疗阑尾炎有效、安全、可靠,具有理想的临床应用价值。研究发现<sup>[10]</sup>,系膜剥离法不会引发大规模的术中活动性出血现象。术中活动性出血虽然不会引发大量出血征象,但腹腔镜下止血操作的难度系数相对较高,需要经由Trocar孔将纱布置入,同时需要对出血部位实施适当的压迫处理,而且相较于开腹手术,腹腔镜手术疗法的术后缝合操作相对繁琐,因此,术中活动性出血现象的发生导致腹腔镜下止血时间明显延长。应用腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术展开临床治疗时,术中活动性出血现象的发生率明显下降,因此患者的手术治疗时长显著缩短<sup>[11]</sup>。

## 五、结论

综上所述,腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术治疗阑尾炎的临床疗效明显超过腹腔镜常规阑尾切除术,该术式可有效降低手术治疗对患者造成的创伤,同时,有助于加快患者病情的康复进程,具有理想的临床应用价值。

## 参考文献:

- [1]余昌中,田驹,杨荣华,于聪慧,巨邦律,柰超,梅建民.腹腔镜胰体尾切除术在胰尾癌手术治疗中的应用及对生活质量评分的影响研究[J].临床外科杂志,2019,27(12):1077-1079.
- [2]薛孟海.比较阑尾炎患者腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术、腹腔镜常规阑尾切除术的临床疗效[J].临床研究,2019,27(10):136-138.
- [3]詹渭鹏,狐鸣,田宏伟,景武堂,苗长丰,汪旭云,邓渊,李小飞,房伟,马云涛.达芬奇机器人“3+2”模式在胰体尾切除术中的应用[J].中国普通外科杂志,2019,28(09):1061-1067.
- [4]陈经纬.腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术与腹腔镜常规阑尾切除术的对比研究[J].中外医疗,2019,38(25):42-44.
- [5]杨培,曾新桃,罗华,张伟,陈思瑞,彭俊扬.腹腔镜保留与不保留脾脏的胰体尾切除术治疗胰体尾病变的效果分析[J].腹腔镜外科杂志,2019,24(05):328-332.
- [6]王瑞芳,李春玲,李敏,沈颖,景佳晶.融入术后加速康复理念的临床护理路径目标完成率管理——以腹腔镜胰体尾切除术为例[J].中国医院管理,2019,39(05):66-69.
- [7]王瑞芳,李春玲,李敏,沈颖,汪晶.加速康复外科理念的临床护理路径在腹腔镜胰体尾切除术围手术期的应用[J].腹腔镜外科杂志,2019,24(03):239-240.
- [8]谈震,周斌,陈鹏,盛忠峰,王涛,郭卫东.胰腺良性与交界性肿瘤:胰腺中段切除术与胰体尾切除术的临床疗效对比分析[J].临床外科杂志,2018,26(12):936-939.
- [9]Brittany L. Johnson, Eric H. Rosenfeld, Brittany D. Carter, Monica E. Lopez, Annalyn S. DeMello, David E. Wesson, Mary L. Brandt. An assessment of provider satisfaction with the use of a standardized visual aid for informed consent for appendectomy in children[J]. Journal of Pediatric Surgery, 2020.
- [10]王新团,张引涛. Kimura法与Warshaw法在腹腔镜保留脾脏的胰体尾切除术中的临床对照研究[J].肝胆胰外科杂志,2018,30(05):353-356.
- [11]张育理,赵惠斌,张朝军.腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术与腹腔镜常规阑尾切除术的对比研究[J].局解手术学杂志,2018,27(08):550-553.