

腹腔镜切除术在阑尾炎外科治疗中的作用探析

刘广涛

邯郸市永年区中医院 河北 邯郸 057150

摘要:目的:分析腹腔镜切除术在阑尾炎外科治疗中的应用效果。方法:选取2022年9月-2023年9月本院82例阑尾炎患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组41例,行开腹阑尾炎切除术,观察组41例,行腹腔镜切除术,比较两组临床疗效。结果:观察组的并发症发生率、IgE、IgM、IgA、IgG、切口长度、手术出血量、手术时间、首次进食时间、首次排便时间、首次通气时间和住院时间均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:给予阑尾炎患者腹腔镜切除术治疗对机体损伤更小,安全性更高,能有效防范并发症,具有推广价值。

关键词:腹腔镜切除术;阑尾炎;免疫指标;并发症

阑尾炎是普外科多发病,受阑尾腔堵塞影响,出现细菌感染,尤以大肠杆菌发生率最高。患者主要症状有发热、腹痛等,表现为反跳痛、压痛和右下腹疼痛等。疾病进展快速,如治疗不当,会危及生命^[1]。该病主要有两种疗法,内科保守治疗安全,但疗效有限,目前主要选取手术治疗。传统外科手术应用广泛,开腹展开操作,具有较大创伤,易产生并发症,后续恢复时间长。另外手术本身有条件限制,针对用药情况、耐受力 and 体质等,要求高,术中存在多种不可控因素,可能出现风险意外事件^[2]。科学技术提升,医学事业发展,微创理念日渐成熟,腹腔镜技术被用于该病治疗,手术切口小,恢复速度快,具有明显优势。本次研究以阑尾炎患者为对象,分析腹腔镜切除术的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年9月-2023年9月本院82例阑尾炎患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组41例,男22例,女19例,年龄为20-79岁,平均年龄(51.25±4.61)岁;观察组41例,男23例,女18例,年龄为21-80岁,平均年龄(51.67±4.54)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:观察临床表现,采用实验室检查、影像学检查,证实阑尾炎^[3];主要症状有右下腹疼痛,反跳痛或压痛,肠鸣音减弱或消失,伴随症状有呕吐、恶心等;资料完整;知情同意本次研究。

排除标准:有手术禁忌;伴有其他阑尾炎疾病;沟通困难;恶性肿瘤;精神疾病;凝血功能障碍。

1.2 方法

1.2.1 对照组

该组行开腹阑尾炎切除术:了解手术流程,实施硬

膜外麻醉,采取仰卧位,明确手术部位,进行切口,长度为3-7cm,将阑尾系膜分离。术后将阑尾动脉处理好,先固定,然后结扎,采取络合碘,对阑尾残端进行处理。对于盲肠水肿炎症者,利用八字缝合法,对阑尾残端进行处理。术后给予补液,提供抗生素,防范术后感染。

1.2.2 观察组

该组行腹腔镜阑尾切除术:术前工作参考对照组,确保心态平和、稳定,开展全身麻醉,采用三孔法,先取脐上缘切口约1cm为观察孔,将气腹针放进去,将适量二氧化碳注入,将气腹建立好。将Trocar放入,仔细观察病灶,于脐及耻骨联合中点切开约0.5cm为副操作孔,在反麦氏点切开约1cm为主操作孔,分别将Trocar放入并置入操作器械,患者头低足高位,左侧倾斜,吸除腹腔脓液,将阑尾粘连解除,提起并游离阑尾系膜,血管夹结扎阑尾动脉,电钩离断阑尾系膜,双重套扎线处理阑尾根部。观察根部如存在坏疽,则不可进行套扎,给予“8”字缝合残端。切除标本从主操作孔取出。如有弥漫性腹膜炎,可采取甲硝唑、生理盐水,对其进行冲洗,术中严密止血,必要时放置引流。术后处理参考对照组。

1.3 观察项目和指标

评价免疫指标^[4]:检验治疗前后的IgE、IgM、IgA和IgG。**评价手术指标^[5]:**观察两组的切口长度、手术出血量、手术时间、首次进食时间、首次排便时间、首次通气时间和住院时间。**评价并发症^[6]:**包括出血、切口感染、肠梗阻和脓肿残余。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组免疫指标比较

治疗后两组IgE、IgM、IgA和IgG均明显低于治疗前，观察组变化更明显，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组免疫指标比较[$n(\bar{x} \pm s)$]

指标	时间	观察组 ($n = 41$)	对照组 ($n = 41$)	t	P
IgE (g/L)	治疗前	1.29±0.11	1.28±0.12	0.393	0.695
	治疗后	1.11±0.10 ^a	1.17±0.12 ^a	2.460	0.016
IgM (g/L)	治疗前	1.27±0.15	1.28±0.13	0.323	0.748
	治疗后	1.05±0.10 ^a	1.17±0.12 ^a	4.919	0.000
IgA (g/L)	治疗前	1.27±0.13	1.28±0.11	0.376	0.708
	治疗后	1.10±0.11 ^a	1.19±0.12 ^a	3.540	0.001
IgG (g/L)	治疗前	1.27±0.18	1.28±0.16	0.266	0.791
	治疗后	1.00±0.09 ^a	1.19±0.08 ^a	10.103	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组手术指标比较

观察组的切口长度、手术出血量、手术时间、首次进

食时间、首次排便时间、首次通气时间和住院时间均明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组手术指标比较[$(\bar{x} \pm s)$]

指标	观察组 ($n = 41$)	对照组 ($n = 41$)	t	P
切口长度 (cm)	2.68±0.17	7.74±0.23	113.283	0.000
手术出血量 (ml)	22.61±1.87	41.52±2.11	42.946	0.000
手术时间 (min)	56.87±7.15	101.63±5.99	30.727	0.000
首次进食时间 (d)	1.28±0.15	1.50±0.16	6.423	0.000
首次排便时间 (d)	1.57±0.11	1.80±0.17	7.273	0.000
首次通气时间 (d)	1.48±0.15	1.60±0.19	3.174	0.002
住院时间 (d)	2.14±0.21	7.63±0.13	142.331	0.000

2.3 两组并发症比较

对比并发症发生率，观察组更低（ $P < 0.05$ ）。详见表3。

见表3。

表3 两组并发症比较[$n(\%)$]

组别	例数	出血	切口感染	肠梗阻	脓肿残余	发生率
观察组	41	1	1	0	0	4.88
对照组	41	2	2	3	3	24.39
χ^2	41	/	/	/	/	6.248
P	/	/	/	/	/	0.012

3 讨论

阑尾炎发生后，受炎症因子、病症刺激等因素干扰，机体免疫力减弱，肢体协调性下降，不仅伴有腹痛、呕吐等胃肠道反应，还存在窒息、气促等呼吸道反应，治疗难度变大^[7]。阑尾炎发生突然，临床将其划分为穿孔型、坏疽型和普通型等类型，不同类型的手术适应情况不一致。仔细观察病情，掌握具体表现及发病原因，能有效防范错诊、漏诊等现象^[8]。关于阑尾炎手术治疗的研究较多，传统开腹手术能有效切除病灶，但其切口较大，美观性差，感染剪率高，易产生负面心理。术中出血量多，术后并发症多，后续恢复不佳。

阑尾炎保守疗法主要有卧床休息，为其补液，禁食或提供流食；选取甲硝唑联合有效抗生素，例如氨苄西林和庆大霉素等；进行局部理疗或热敷右下腹，能加快炎症吸收及消散速度。予以保守治疗时，观察病情变化，若体征加重，白细胞计数增加，体温升高，应马上实施手术^[9]。临床一旦确诊阑尾炎，建议尽早实施手术治疗。19世纪产生阑尾切除术，实施开腹治疗，腹腔镜技术于80年代被提出，因后者优势突出，目前已逐渐取代开腹疗法。但临床关于两种技术的优劣势依然争议不断，有学者认为开腹手术操作简单，安全性高，麻醉需求低，操作越发熟练，切口变小，而腹腔镜手术需要建

立气腹, 应激反应大, 大部分学者与此观点相符^[10]。

近些年, 现代医学发展, 微创技术成熟, 利用腹腔镜技术, 展开手术, 能满足多方面需求, 例如康复效率、安全和微创等, 预后良好。观察手术切口, 尽管腹腔镜手术较小, 术野有一定限制, 但借助开创气腹、建立三孔法等方式, 能将术野扩大, 可精准切除病灶^[11]。实施腹腔镜手术, 入路简单, 切口小, 具有较高操作效率, 能减少出血量, 缩短手术时间, 提升术后满意度。术后肠梗阻、出血等症状发生风险低, 患者配合度高。和开腹手术相比, 腹腔镜创伤小, 疼痛感轻, 风险下降, 分析原因主要有: 后者操作便捷, 切口小, 不会给腹腔产生过多机械损伤和干扰刺激, 不适症少, 能有效减轻病情。另外, 腹腔镜手术花费时间少, 手术视野清晰且全面, 可精准探及病灶位置, 通过电凝处理, 能快速止血, 牵拉刺激少, 能有效防范腹壁出血。进行腹腔镜手术时, 借助套管隔离, 能将切口与脓液、阑尾炎症隔开, 细菌不会直接与切口接触, 能防范切口感染, 提高手术安全性及针对性^[12]。而开腹手术尽管应用广泛, 能将病灶完全切除, 但后续处理困难, 风险高, 建议优先选择腹腔镜手术。

本次研究结果显示和对照组比, 观察组的IgE、IgM、IgA和IgG均更低 ($P < 0.05$), 代表腹腔镜切除术能保护机体免疫功能, 对生理功能产生的破坏小。观察组的切口长度、手术出血量、手术时间、首次进食时间、首次排便时间、首次通气时间和住院时间均更低 ($P < 0.05$), 表示腹腔镜切除术能优化手术效果, 缩短康复进程。郑自豪等研究证实该观点。接受手术治疗后, 患者易出现并发症, 例如出现高血压、糖尿病等伴随病变; 营养状态差, 产生低蛋白血症和贫血等; 阑尾、盲肠局部出现阑尾根部穿孔和盲肠水肿等; 抵抗力减弱; 出血、渗血; 脓肿残余等。程度较轻者, 致使患者出现痛苦感, 住院时间增加, 程度严重者, 导致死亡。治疗时应加强重视程度, 予以局部、全身抗生素治疗时, 对腹腔进行反复冲洗, 防范感染, 预防并发症。观察组的并发症发生率更低 ($P < 0.05$), 表明腹腔镜切除术后出血、感染等发生风险更低。

在阑尾炎治疗中, 腹腔镜手术主要有以下优势: ①能起到诊疗双重功效, 若辅助检查结果为误诊, 利用腹腔镜技术探查, 能明确原发病灶, 不会错过最适宜治疗时机, 特别是无法确诊者, 优势突出。②如阑尾炎位置异常, 采用腹腔镜技术, 效果更突出, 以肥胖或位置异常者为例, 难以迅速辨明阑尾, 实施开腹手术时, 为了确定阑尾位置, 将切口延长, 导致损伤加重。利用腹腔

镜技术, 不需要将切口扩大, 能减轻创伤。③借助腹腔镜技术, 能于直视状态下, 对腹腔进行冲洗, 可顾及残留死角, 开腹手术无该功能。④腹腔镜技术不断成熟、完善, 能缩短手术时间。⑤可防范并发症。说明应用腹腔镜阑尾切除术治疗阑尾炎疗效及优势明显, 维护手术安全。

综上所述, 给予阑尾炎患者腹腔镜切除术治疗对机体损伤更小, 安全性更高, 能有效防范并发症, 具有推广价值。

参考文献

- [1]郁美芳.全局视阈施护法在阑尾炎腹腔镜手术后护理中的应用[J].中国乡村医药,2023,30(18):75-76.
- [2]李海燕.小儿阑尾炎腹腔镜手术围术期应用快速康复外科护理的效果[J].中国社区医师,2023,39(23):137-139.
- [3]张增利.老年急性阑尾炎腹腔镜切除术围术期医护一体化模式效果分析[J].河南外科学杂志,2023,29(4):133-136.
- [4]胡巧,蒋丽丹,王如香.基于目标达成理论的整体护理对急性阑尾炎腹腔镜手术患儿的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(6):39-42.
- [5]付勇军.经脐单切口腹腔镜切除术治疗急性阑尾炎的临床疗效[J].现代诊断与治疗,2021,32(11):1788-1790.
- [6]王军强,徐峰,杨民.抗菌药物辅助应用对急性阑尾炎腹腔镜手术患者的影响[J].世界复合医学,2023,9(2):185-188.
- [7]韩雪,杜传昱.小剂量氯胺酮辅助硬膜外麻醉在阑尾炎腹腔镜手术中的应用效果评价[J].罕少疾病杂志,2023,30(1):63-64+74.
- [8]王羲勤.免气腹单孔腹腔镜切除术和开放手术治疗化脓性急性阑尾炎的临床效果比较[J].中国妇幼保健,2022,37(19):3681-3684.
- [9]王鹏,张自飞.腹腔镜切除术与开腹切除术治疗急性阑尾炎治疗效果比较[J].山西医药杂志,2022,51(14):1604-1606.
- [10]周艳.化脓性阑尾炎腹腔镜切除术行综合护理的临床效果分析[J].中国医药指南,2021,19(28):16-18.
- [11]杨娅.腹腔镜切除术与开腹手术治疗急性阑尾炎对手术指标及术后并发症的影响[J].黑龙江中医药,2021,50(2):155-156.
- [12]乐红晓.开腹与腹腔镜阑尾切除术治疗急性阑尾炎伴弥漫性腹膜炎的临床疗效[J].系统医学,2022,7(1):118-120.