

急性阑尾炎腹腔镜手术中不同止血方式的临床应用效果观察

刘孝良

陕西能源职业技术学院(临床医学) 陕西 咸阳 712000

摘要:目的:探讨急性阑尾炎腹腔镜手术中三种止血方式的临床效果,为优化手术方案提供依据。方法:采用前瞻性随机对照研究,选取2023年1月至2025年6月在某院行腹腔镜阑尾切除术的240例急性阑尾炎患者,随机分为超声刀组(A组)、双极电凝组(B组)和LigaSure组(C组),每组80例。比较三组基线资料、手术相关指标(手术时间、术中出血量、术后引流量)、术后恢复情况(首次排气、下床活动、住院时间)、术后并发症发生率及住院总费用。结果:三组基线资料差异无统计学意义($P>0.05$)。A组($42.3\pm 8.7\text{min}$)和C组($43.1\pm 9.2\text{min}$)手术时间显著短于B组($56.8\pm 11.5\text{min}$)($P<0.01$);A组($12.4\pm 4.3\text{mL}$)和C组($13.1\pm 4.8\text{mL}$)术中出血量显著少于B组($24.6\pm 7.9\text{mL}$)($P<0.01$)。A组和C组术后引流量、首次排气、下床活动及住院时间均优于B组($P<0.05$)。B组术后并发症总发生率(12.50%)显著高于A组(3.75%)和C组(5.00%)($P<0.05$)。结论:超声刀与LigaSure在缩短手术时间、减少出血、促进恢复及降低并发症方面优于双极电凝,值得优先选用,本研究为个体化选择止血策略提供了参考。

关键词:急性阑尾炎;腹腔镜阑尾切除术;止血方式;超声刀;双极电凝;临床效果

引言

急性阑尾炎作为普外科高发急腹症,若延误治疗可引发严重并发症,危及生命。自1983年首例腹腔镜阑尾切除术(LA)成功实施后,其凭借微创优势已成为治疗“金标准”。LA术中,阑尾系膜及根部处理对止血技术要求严苛,有效止血关乎手术安全与患者预后^[1]。目前,LA止血方式多样,能量平台因集多功能于一体成主流。双极电凝成本低但热损伤大,易致继发性出血;超声刀热损伤窄、烟雾少,对周围组织干扰小;LigaSure系统可永久闭合血管,适用于大血管。然而,针对急性阑尾炎特定病理状态,三种能量设备综合效能对比,尤其是对不同类型阑尾炎的适应性,尚缺大样本前瞻性研究。炎症程度影响组织特性,进而影响止血效果。故本研究通过前瞻性随机对照试验,系统比较三者临床效果,为临床决策提供依据,服务患者利益。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本研究采用前瞻性、单中心、随机对照试验设计,所有入组患者或其法定代理人术前均签署知情同意书。纳入标准包括年龄18-70岁、确诊为急性阑尾炎并拟行急诊腹腔镜阑尾切除术、ASA分级为I-II级、患者及家属同意参与;排除标准涵盖既往腹部手术史、合并重要脏器功能不全、凝血功能障碍或服用抗凝药物、妊娠期或哺乳期妇女、阑尾周围脓肿或穿孔需开腹手术、术中中转开腹者;剔除标准为术中发现其他需处理腹部疾病、术后

病理证实非急性阑尾炎、患者依从性差无法完成随访。根据这些标准,2023年1月至2025年6月于某院普外科共纳入接受LA的急性阑尾炎患者240例。

1.2 分组方法

本研究采用计算机生成的随机数字表,将符合纳入标准的240例患者按1:1:1比例随机分配至三个研究组,其中A组(超声刀组)80例用HarmonicACE+7超声刀处理阑尾系膜及根部,B组(双极电凝组)80例用ForceTriad双极电凝配合Hem-o-lok可吸收夹处理,C组(LigaSure组)80例用LigaSureMarylandJaw血管闭合系统处理;所有手术均由同一组年均LA手术量超100台的高年资主治医师及以上职称医生完成以减少术者偏倚,手术团队知晓分组情况,数据收集与分析人员对分组信息设盲。

1.3 手术方法

所有患者行气管插管全身麻醉,取头高脚低15°、左侧倾斜15°体位,常规建立气腹(CO₂压力12-14mmHg),经脐上缘10mmTrocar作观察孔,左下腹麦氏点对侧及右下腹麦氏点分别置入5mm和10/12mmTrocar作操作孔;进入腹腔全面探查后,按术前分组处理:A组用超声刀游离系膜、夹闭切割阑尾根部,残端不包埋;B组用双极电凝凝固血管分支、Hem-o-lok夹闭较粗血管干及阑尾根部后切断,残端不包埋;C组用LigaSure抓持闭合系膜及夹闭切割阑尾根部;三组手术结束前均彻底冲洗腹腔、吸尽渗液脓苔,化脓性或坏疽性阑尾炎于盆腔最低位放引流

