

比较研究腹腔镜手术、开腹阑尾切除术在治疗穿孔性阑尾炎中应用价值

吕新旺

衡水市第五人民医院

[摘要]目的：在穿孔性阑尾炎患者治疗中分别应用腹腔镜手术与开腹阑尾切除术，比较两者的应用价值。方法：选取2019年2月-2020年2月，在我院治疗的82例急性阑尾炎病人。采取随机数字表法，将患者分为两组。对照组中41例，应用腹腔镜手术治疗；对照组中41例，应用开腹阑尾切除术。比较两组的围术期指标、并发症情况。结果：术中指标比较结果可见：观察组手术时间更短，出血量更低，与对照组比较可见差异明显（ $P < 0.05$ ）；术后恢复指标比较结果可见：观察组拔管、肛门排气以及住院等时间均更短，与对照组比较可见差异明显（ $P < 0.05$ ）；术后并发症比较结果可见：观察组并发症率更低，差异明显（ $P < 0.05$ ）。结论：腹腔镜手术在降低手术创伤、加速术后康复、降低并发症率等方面均较开腹阑尾切除术更具优势，符合微创外科理念，更具应用价值。

[关键词]穿孔性阑尾炎；开腹；腹腔镜；阑尾切除术

[DOI] 10.12252/j.issn.2096-6261.2020.02.759

急性阑尾炎（acute appendicitis, AA）在普外科较为常见，是一种以右下腹疼痛、阑尾区压痛等为主诉的急腹症，一般经临床检查以及影像学检查可明确诊断。穿孔急性阑尾炎是一种较为严重的急性阑尾炎类型，病情较为复杂，并发症较多，需要尽快采取手术治疗。传统开腹阑尾切除术是治疗该病的经典术式，但创伤较大，术后恢复较慢，已经不适应微创外科理念的发展趋势，而腹腔镜技术具有切口小、损伤小、并发生率低、术后康复快等特点，在结肠、胆囊、阑尾、肝脏、胰腺等手术中均有较多开展，尤其是在阑尾切除手术中，其技术日益纯熟，已经逐步能够取代传统术式^[1]。本文将以穿孔性阑尾炎患者为研究对象，对其分别开展腹腔镜手术以及开腹手术，比较其应用价值，现报道如下。

一、资料与方法

（一）一般资料

选取2019年2月-2020年2月，在我院治疗的82例急性阑尾炎病人。纳入标准：1.明确诊断为穿孔性阑尾炎；2.依从性良好；3.拟定手术治疗方案；4.发病至手术时间不超过72h；5.对本次研究知情同意。排除标准：1.中转为开腹手术患者；2.存在重要器官功能障碍患者；3.合并其他感染性疾病患者；4.既往接受过腹部手术患者等。采取随机

数字表法，将患者分为两组。观察组中41例，其中，男性：25例，女性：16例；年龄19~58例，年龄（ 35.92 ± 6.69 ）岁；发病至手术2~67h，平均（ 32.92 ± 6.67 ）h。对照组中41例，其中，男性：26例，女性：15例；年龄20~59例，年龄（ 35.32 ± 6.55 ）岁；发病至手术3~69h，平均（ 33.13 ± 6.90 ）h。两组上述资料无显著差异（ $P > 0.05$ ）。

（二）方法

观察组开展腹腔镜手术，麻醉方案为全身麻醉，手术体位选择仰卧位，消毒、铺巾，连接相关仪器。于脐上缘作1cm左右切口，将气腹针置入腹腔，建立二氧化碳气腹（ $10 \sim 12$ mmHg），置入腹腔镜，探查腹腔内情况，尤其是盆腔肠管、回盲部。在麦氏点、脐下髂前上棘分别作穿刺孔，置入Trocar，分别为10 mm、5 mm，查找并确认阑尾部位，判断其病理类型。使用吸引器将腹腔内脓液吸净，留取部分标本用于细菌培养，应用超声刀分离回盲部粘连组织，使阑尾部分充分暴露，利用抓钳将其提起，并对阑尾系膜进行游离处理，在穿孔处直接将阑尾根部离断，使用2-0丝线，间断缝合。应用生理盐水对腹腔进行反复冲洗，留置1~2根引流管。术后根据药敏结果选择敏感抗生素，进行抗感染。对照组开展开腹手术，麻醉后，于右下腹麦氏点部位作适当切口，长度约为4~5 cm，进入腹腔，使用吸引器清除脓

表1 两组围术期指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别 | 例数 | 手术时间 (min) | 出血量 (min) | 拔管时间 (d) | 排气时间 (d) | 住院时间 (d) |
|-----|----|--------------|------------|-----------|-----------|------------|
| 观察组 | 41 | 82.26±17.67 | 7.02±1.75 | 2.22±0.59 | 2.07±0.55 | 7.01±1.67 |
| 对照组 | 41 | 102.23±24.43 | 30.34±4.72 | 3.04±0.67 | 3.10±0.74 | 12.09±2.78 |
| t | -- | 4.241 | 29.663 | 5.881 | 7.153 | 10.030 |
| P | -- | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

表2 两组术后并发症情况比较[n (%)]

| 组别 | 例数 | 腹腔脓肿 | 肠粘连 | 切口感染 | 感染性休克 | 总发生率 |
|----------------|----|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 观察组 | 41 | 1 (2.44) | 0 | 1 (2.44) | 0 | 2 (4.88) |
| 对照组 | 41 | 2 (4.88) | 2 (4.88) | 4 (9.76) | 1 (2.44) | 9 (21.95) |
| X ² | -- | 0.35 | 2.05 | 1.92 | 1.01 | 5.14 |
| P | -- | >0.05 | >0.05 | >0.05 | >0.05 | <0.05 |

液，留取标本（同观察组），对周围粘连组织进行分离，沿结肠带找到阑尾，结扎阑尾系膜并从穿孔位置直接离断，间断缝合根部，随后进行腹腔冲洗、留置引流管，完成手术。手术抗感染治疗同观察组。

（三）评价标准

1. 围术期指标比较：统计项目包括术中指标：手术时间、出血量；术后恢复指标：拔管时间、排气时间以及住院时间。2. 并发症指标比较：统计项目包括肠粘连、切口感染、腹腔脓肿以及感染性休克等。

4. 统计学方法

数据使用SPSS22.0软件完成处理，计数资料、计量资料分别用（%）、 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，利用X²或t检验。P<0.05表示差异，有统计学意义。

二、结果

（一）围术期指标比较

术中指标比较结果可见：观察组手术时间更短，出血量更低，与对照组比较可见差异明显（P<0.05）；术后恢复指标比较结果可见：观察组拔管、肛门排气以及住院等时间均更短，与对照组比较可见差异明显（P<0.05），见表1。

（二）术后并发症情况比较

观察组患者的并发症率为4.88%，较对照组的21.95%更低，差异明显（P<0.05），见表2。

三、讨论

穿孔急性阑尾炎是一种最复杂、严重的阑尾炎类型，阑尾肠管可见局部或全层坏死，同时存在根部或近端穿孔，黏膜组织溃烂，腹腔积脓严重，且血液渗入脓液，若不能给予患者有效治疗，可能诱发弥漫性腹膜炎，引起肠道菌群移位、循环障碍，造成脓毒性休克、脓毒症或脏器功能衰竭，具有一定的病死率^[2]。因此，及时切除阑尾、清除腹腔脓液非常重要。开腹手术是以往临床上开展的主要术式，其技术非常成熟，但较微创术式相比，其手术切口更长，组织破坏更大，在探查腹腔时较为不便，且可能损伤其他脏器，术后

需要较长时间恢复。同时，由于其创伤较大，术后疼痛更明显，患者因畏惧疼痛，担心影响切口愈合，不愿下床活动，导致其胃肠功能恢复缓慢^[3]。

与开腹手术相比，腹腔镜手术极大地降低了手术创伤，其切口较小，一般仅为10mm，且术中术野灵活、清晰、开阔，方便探查腹腔内情况，实现精准操作，可避免过多的牵拉肠管，无需脏器暴露，可降低手术操作对腹腔的刺激，术后胃肠道功能恢复更快。同时，与单纯性阑尾炎相比，穿孔性阑尾炎需要反复、大量腹腔冲洗，预防术后感染或脓肿。而腹腔镜手术由于技术逐渐成熟，开腹、关腹过程均极大的简化，更容易寻找阑尾，因此往往手术时间更短，能够将更多的时间用于腹腔冲洗。此外，在腹腔镜手术中，能够保留腹膜完整性，减少异物进入，降低术中出血，能够减少病原菌定植，降低手术切口感染率。在本次研究中，从围术期相关指标比较结果可见，观察组手术时间更短，出血量更低，且术后拔管、肛门排气以及住院等时间更短，从术后并发症比较结果可见：观察组并发症率更低，组间比较均有显著差异（P<0.05），可见腹腔镜手术具有全面优势，其创伤性更低，术后恢复更快，并发症更少。

综上所述，腹腔镜手术在降低手术创伤、加速术后康复、降低并发症率等方面均较开腹阑尾切除术更具优势，符合微创外科理念，更具应用价值。

参考文献：

- [1]袁博,张岚,唐海灵,等.传统开腹和腹腔镜手术对急性阑尾炎患者临床疗效、胃肠功能以及并发症的影响[J].解放军医药杂志,2019,31(12):85-89.
- [2]胡斌.腹腔镜微创疗法与开腹手术治疗急性阑尾炎疗效对比[J].世界复合医学,2019,5(11):32-34.
- [3]韩杰.经脐单孔腹腔镜阑尾切除术与开腹手术治疗慢性阑尾炎的效果比较[J].河南医学研究,2019,28(17):3157-3159.