

分析穿孔坏疽阑尾炎患者行开腹和腹腔镜下阑尾炎手术治疗的效果

于大朋

河北省承德市宽城满族自治县峪耳崖中心卫生院 河北 承德 067601

[摘要]目的: 分析穿孔坏疽阑尾炎患者治疗中采用腹腔镜下阑尾切除术与开腹手术治疗的临床疗效。方法: 从2018年2月-2019年3月来我院治疗穿孔坏疽阑尾炎的患者中随机抽取90例, 按照奇偶数随机均分为对照组与观察组, 其中对照组患者采用开腹手术治疗方式, 观察组患者则采用腹腔镜下阑尾炎切除术, 对比两组患者住院时间、下床时间、排气时间、手术时间、不同时间切口疼痛评分及术后并发症情况。结果: 观察组患者手术时间、下床活动时间、排气时间、住院时间均短于对照组患者, 且术后并发症发生率以及自觉疼痛评分均低于对照组。结论: 穿孔坏疽阑尾炎患者在临床治疗中采用开腹手术与腹腔镜下阑尾切除术都可以得到有效治疗, 但腹腔镜下阑尾切除术可以有效减缓患者疼痛感, 并且术后恢复时间短。因此, 在穿孔坏疽阑尾炎临床治疗中采用腹腔镜下阑尾切除术更具优势, 值得在临床治疗中广泛推广。

[关键词]开腹手术; 腹腔镜下阑尾切除术; 穿孔坏疽阑尾炎; 效果

【DOI】10.12252/j.issn.2096-6288.2020.02.772

引言

穿孔坏疽阑尾炎属于外科临床上的急腹症疾病, 外科治疗中开腹手术应用时间最长, 该治疗方式可以有效切除阑尾上的病变组织, 但自身创口大、并发症, 且患者恢复时间场。随着医学科技的发展, 腹腔镜技术越来越成熟, 并被应用于穿孔坏疽阑尾炎手术治疗中。但是当前对开腹手术与腹腔镜下阑尾切除术在穿孔坏疽阑尾炎临床治疗中的效果比较研究较少。基于此, 本文就对穿孔坏疽阑尾炎临床治疗中采用开腹手术与腹腔镜下阑尾切除术的临床效果进行研究, 具体的研究报告如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象均来自我院从2018年2月-2019年3月治疗穿孔坏疽阑尾炎的患者, 从中随机抽取90例, 将其随机均分为对照组与观察组, 其中对照组患者实施开腹手术治疗, 对照组患者则采用腹腔镜下阑尾切除术。对照组患者中女性为23例, 男性为22例, 年龄13-78岁, 平均年龄为(54.74±8.17)岁; 观察组患者中女性为22例, 男性为23例, 年龄为15-80岁, 平均年龄为(55.03±7.98)岁。两组患者的一般资料对比无明显差异(P>0.05), 具有可比性。本次研究对象均自愿参与研究, 签署知情同意书, 同时患者沟通意识良好, 不存在精神方面的疾病。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者实行连续硬膜外麻醉或腰麻的方式, 将麦氏点作为切口入路, 切开腹膜后将渗出物吸出, 寻找阑尾将其移到切口位置, 然后用止血钳钳夹阑尾尖端系膜, 把阑尾动脉与阑尾系膜结扎, 将阑尾系膜直通阑尾根部分次切断, 然后将腹腔逐层缝合。另外, 临床手术医生还应根据患者的实际情况决定是否需要放置引流管。

1.2.2 观察组

手术前需对患者进行气管插管全麻, 并留置尿管。在手术前护理人员要帮助患者摆成仰卧位, 角度一般控制在15-20度之间, 同时要向左侧倾斜10-15度。患者肚脐上方需建立CO₂通路, 使其形成气腹, 气腹内的压力应维持在10mmHg-13mmHg之间, 把1cm的腹腔镜置入到气腹中, 并在患者腹部左右两侧的麦氏点置入5mm、10mm的套管。先对患者腹腔内部进行探查, 并将腹腔内部的渗出物吸出, 暂不冲洗。用弯钳将阑尾的尖端部位提起, 将阑尾系膜暴露出来, 如果存在粘连的情况, 可以借助电凝钩将其松解, 然后借助双机电凝刀才对学生的系膜进行处理, 直到患者阑尾根部位置, 在阑尾根部进行双重套扎, 并用碘伏进行消毒。如果患者穿孔位置在阑尾的根部, 无采用末端结扎处理就要在直接切除穿孔部分并缝合。当患者的阑尾标本在10mm以内, 可以借助trocar直接消除; 若阑尾标本较大的话需将其放置到标本袋内, 搁置一旁, 并对左下腹部的穿孔进行扩大, 直至扩大到可以取出标本为止。另外, 在术中还要观察患者出血情况, 如果患者出血情况不明显, 直接使用医用盐水对腹腔进行冲洗; 如果存在明显的出血情况, 则需进行引流。

1.3 观察指标

本次研究总的观察指标有多个, 分别为住院时间、下床时间、排气时间、手术时间以、不同时间段疼痛评分及术后并发症情况, 其中不同时间段疼痛评分总分为10分, 无痛为0分, 轻度疼痛为1-3分, 中度疼痛为4-6分, 重度疼痛为7-10分, 患者评分越高则表示疼痛感越严重, 反之则疼痛感较轻。

1.4 统计学方法

本次研究中所以收集的数据均采用SPSS20.0软件处理, 其中技术资料采用百分比表示, 并用 χ^2 进行检验; 计量数据则采用($\bar{x} \pm s$)的方式表示, 用t检验。当p<0.05表示差异

表1 两组患者手术时间、下床活动时间、排气时间以及住院时间比较

组别	手术时间 (min)	下床活动时间 (h)	住院时间 (d)	排气时间 (h)
对照组 (n=45)	48.54±5.73	16.49±4.61	5.87±1.14	34.41±7.52
观察组 (n=45)	35.49±5.57	12.44±3.37	4.23±1.25	28.78±5.14
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表2 两组患者不同时间段疼痛评分比较 (分)

组别	术后1h	术后3h	术后6h	术后12h
对照组 (n=45)	2.66±0.24	3.98±1.81	4.67±1.12	3.32±0.17
观察组 (n=45)	1.24±0.22	2.41±0.35	3.31±0.39	1.21±0.14
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表3 两组患者并发症发生情况比较 (n, %)

组别	切口感染	腹腔囊肿	肠梗阻	瘢痕重度增生	总并发症
对照组 (n=45)	2 (4.44)	2 (4.44)	0 (0.00)	1 (2.22)	5 (11.10)
观察组 (n=45)	1 (2.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.22)
P					<0.05

具有统计学意义, 反之则说明差异没有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者手术情况对比

观察组患者与对照组患者手术时间、下床活动时间、排气时间以及住院时间如表1所示。

由表1中的数据我们可以得出, 观察组患者的手术时间、下床活动时间、排气时间以及住院时均短于对照组患者。

2.2 两组患者不同时间段疼痛评分比较

两组患者不同时间段的疼痛评分情况如表2所示。

由表2中的数据可知, 观察组患者在术后1h、3h、6h以及12h的疼痛评分均低于对照组患者。

2.3 两组患者发生并发症情况比较

观察组患者与对照组患者发生并发症的情况如表3所示

由表3中的数据可知, 观察组患者的并发症的发生率仅为2.22%, 对照组患者的并发症发生率为11.10, 观察组患者并发症发生率远低于对照组患者。

3. 讨论

坏疽穿孔性阑尾炎是当前外科临床中最常见的急腹症, 具有发病快、进展快的特点, 若不能及时就医治疗, 很容易发生严重的并发症, 甚至会威胁到患者的生命安全。外科临床治疗应用时间最久的就是开腹手术治疗, 其具有切除彻底的优势, 同时也伴有创口大、并发症多的缺点, 患者需要更长时间的来恢复健康。随着腹腔镜技术的成熟, 其完全改变了开腹手术的劣势, 其主要是通过 trocar孔固定引流, 可以有效降低再孔道损伤患者的腹壁组织。在腹腔镜下开展阑尾切除手术, 不仅可以让医生对患者腹内情况进行详细的探查, 同时还可以彻底清除患者腹内的渗出物, 从而减少术后并发症的发生。

本次研究中, 观察组患者采用腹腔镜下阑尾切除术, 对照组患者在采用传统的开腹手术治疗方案。两组患者在接受治疗, 对照组患者住院时间、下床活动时间、排气时间、手术时间分别为 (5.87±1.14) d、(16.49±4.61) h、(34.41±7.52) h、(48.54±5.73) min, 对照组患者住院时间、下床活动时间、排气时间、手术时间分别为 (4.23±1.25) d、(12.44±3.37)、(28.78±5.14) h、(35.49±5.57) min; 对照组患者不同时间段的疼痛评分分别为 (2.66±0.24) h、(3.98±1.81) h、(3.32±0.17), 观察组患者不同时间段的疼痛评分分别为 (1.24±0.22) h、(2.41±0.35) h、(3.31±0.39) h、(1.21±0.14) h; 对照组实施开腹手术后有2例患者存在切口感染, 1例腹部囊肿、1例瘢痕重度增生, 总并发症发生率为11.10%, 观察组实施腹腔镜下阑尾切除术后之后1例切口感染, 总并发症发生率为2.22%。综上所述, 我们不难看出两种治疗方案都可以有效治疗阑尾炎, 但是腹腔镜下阑尾切除治疗的患者恢复时间更短且并发症少。因此, 在坏疽穿孔性阑尾炎临床治疗中应大力推广腹腔镜下阑尾切除术。

参考文献

[1] 李高旗, 于庆玉, 赵元平. 腹腔镜阑尾切除术治疗急性坏疽穿孔性阑尾炎45例临床观察[J]. 中国药物与临床, 2019, 19 (07): 1112-1113.

[3] 王克群. 腹腔镜切除术治疗急性坏疽穿孔性阑尾炎的临床价值研究[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13 (05): 31-32.

[4] 杜嘉原, 汪富涛. 腹腔镜阑尾切除术治疗急性阑尾炎临床疗效及术后并发症研究[J]. 陕西医学杂志, 2019, 48 (02): 179-182+207.