

两种阑尾残端处理方法在腹腔镜阑尾切除术中的疗效比较

胡晓青 薛玉龙
(河南省洛阳东方医院普通外科 洛阳 471003)

摘要:目的:分析两种阑尾残端处理方法在腹腔镜阑尾切除术中的疗效。方法:采取前瞻性研究选择 2020 年 3 月~2021 年 3 月收治的 80 例阑尾炎患者,按随机数字表法分为实验组和对照组,各 40 例。均行腹腔镜阑尾切除术治疗,对照组采用荷包缝合法进行包埋处理,实验组采用可吸收夹或高分子结扎钉进行直接夹闭处理。比较两组手术时间、术中出血量、肠道功能恢复正常时间、住院天数及术后并发症发生情况。结果:实验组手术时间、肠道功能恢复正常时间短于对照组,术中出血量少于对照组($P<0.05$);实验组术后并发症发生率较对照组低($P<0.05$)。结论:采用可吸收夹或高分子结扎钉方法与荷包缝合法处理阑尾残端相比,具有明显的优越性,可促进肠道功能恢复,减少术中出血,降低并发症发生率,疗效显著。

关键词:阑尾炎切除术;腹腔镜;荷包缝合法;高分子结扎钉;并发症

中图分类号:R656.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.13.059

阑尾炎是由于各种原因导致阑尾管腔阻塞或细菌性感染而引发,属于临床常见急腹症,好发于男性,常见于青壮年,临床主要表现为转移性腹痛,严重影响患者生活质量^[1]。目前临床对于阑尾炎主要采取手术治疗,如传统开腹能够及时切除阑尾,清除患者腹腔感染,但术后并发症较多,对患者术后恢复影响较大。而腹腔镜阑尾炎切除术(Laparoscopic Appendectomy, LA)属于微创手术,对术后恢复速度及并发症发生情况改善明显,被逐步推广应用于临床治疗单纯性及复杂性阑尾炎疾病^[2-3]。腹腔镜阑尾炎切除术治疗阑尾炎残端的方法主要有荷包缝合法、直接夹闭法。本研究分析两种不同阑尾炎残端处理方法的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 采取前瞻性研究选择 2020 年 3 月~2021 年 3 月在洛阳东方医院普外科手术治疗的 80 例阑尾炎患者,按随机数字表法分为对照组和实验组,各 40 例。对照组男 27 例,女 13 例;病程 4~11 h,平均 (7.50 ± 1.07) h;年龄 24~57 岁,平均 (40.50 ± 5.48) 岁;临床分型:慢性阑尾炎 12 例,急性单纯性阑尾炎 14 例,急性化脓性阑尾炎 14 例。实验组男 28 例,女 12 例;病程 5~12 h,平均 (7.80 ± 1.35) h;年龄 26~58 岁,平均 (42.30 ± 5.14) 岁;临床分型:慢性阑尾炎 11 例,急性单纯性阑尾炎 16 例,急性化脓性阑尾炎 13 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 纳入标准:符合《外科学(第 9 版)》中阑尾炎相关诊断标准;初次发病;确诊前未接受相关治疗;签署知情同意书。排除标准:反复保守治疗无效的慢性阑尾炎患者;合并阑尾穿孔、肠穿孔、解剖结构变异、感染性休克的患者;合并恶性肿瘤患

者。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.3 治疗方法 两组均采用全麻,行腹腔镜阑尾切除术。建立气腹后分别做相关阑尾切除操作孔,放入腹腔镜镜头(国械注进 20163061348)后,探查腹腔内阑尾情况,观察有无穿孔及变异,随后先游离阑尾根部系膜,分开结扎系膜后,游离阑尾根部。对照组采用荷包缝合法进行包埋处理阑尾残端,用慕丝线在距患者盲肠壁 0.5 cm 阑尾根部位置处缝扎阑尾,在缝扎位置间隔处剪断阑尾,然后对阑尾残端口用电凝棒电凝,在阑尾残端周围的盲肠壁进行荷包缝合,最后收紧缝线,对阑尾残端进行包埋处理,随后观察肠壁有无出血,最后冲洗腹腔,手术结束。实验组对阑尾残端用可吸收夹或高分子结扎钉进行直接夹闭,在盲肠壁上阑尾根部使用高分子结扎钉或钛夹直接夹闭,随后在夹闭间隔处剪断阑尾,再对阑尾根部断端黏膜进行电凝,探查无出血后,冲洗腹腔,手术结束。两组根据术中情况决定是否放置腹腔引流管。

1.4 观察指标 (1)比较两组手术时间、肠道功能恢复正常时间、住院时间及术中出血量;(2)比较两组术后腹痛、发热、再次手术、下腹不适等并发症发生情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标比较 两组住院时间对比,差异无统计学意义($P>0.05$);实验组手术时间、肠道功能恢复正常时间短于对照组,术中出血量少于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	肠道功能恢复 正常时间(d)	住院时间 (d)
对照组	40	83.19± 9.69	83.38± 11.04	3.10± 1.16	4.30± 1.18
实验组	40	61.16± 4.63	47.29± 5.09	1.40± 0.36	3.80± 1.15
t		12.974	18.776	8.852	1.919
P		<0.001	<0.001	<0.001	0.058

2.2 两组术后并发症发生情况比较 实验组术后并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	腹痛	发热	再次手术	下腹不适	总发生
对照组	40	3(7.50)	2(5.00)	1(2.50)	4(10.00)	10(25.00)
实验组	40	1(2.50)	1(2.50)	0(0.00)	1(2.50)	3(7.50)
χ^2						4.501
P						0.034

3 讨论

腹腔镜阑尾切除术属于临床较为常用的治疗阑尾炎术式,通过切除阑尾,改善患者临床症状,但不同切除方式和阑尾残端处理方法,对患者术后恢复产生一定影响^[4]。

传统的开放阑尾切除手术方法对机体损伤较为明显,患者术后并发症发生率较高,不利于患者术后康复。而腹腔镜阑尾切除术对患者机体损伤较小,利于患者术后恢复,有明显优越性,在使用腹腔镜行腹腔探查时可以清楚观察阑尾周围及回盲部的一般情况,能够及时准确评估患者病灶情况,术中调整手术方案,安全性较高;同时腹腔镜利用可缩放探头术野更好,利于术中操作,降低误操作,减少患者机体损伤及并发症发生风险^[5-6]。本研究结果显示,实验组手术时间、肠道功能恢复正常时间短于对照组,术中出血量少于对照组 ($P<0.05$); 两组住院时间对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。这提示腹腔镜阑尾切除术可有效缩短患者手术、肠道功能恢复正常时间,降低术中出血量,减少机体损伤,利于术后恢复。原因为采用可吸收夹或高分子结扎钉直接夹闭法处理阑尾残端,可直接减少手术时间,降低对盲肠壁的损伤程度,减少术中出血量,促进患者术后肠道功能的恢复,可早期进行饮食,有利于患者术后早期活动,从而促进患者身体恢复。本研究结果还显示,实验组并发症发生率低于对照组,提示腹腔镜阑尾切除术安全性较高。其原因在于,可吸收夹或高分子结扎钉属于现代生物功能技术产物,机体不会对其出现排异反应,同时还可在机体内被分级吸收,并随代谢排出体外,对于患者机体影响较小。同时可

吸收夹与可吸收线具有相似特性,具有水化膨胀的作用,当夹闭水肿组织时,水肿消退后,可吸收夹外层膨胀,内围变小,从而强化其效果,避免脱落,利于患者术后恢复。同时腹腔镜阑尾切除术中通过及时夹闭阑尾根部,避免阑尾内容物溢出污染腹腔,降低腹腔感染及切口感染的发生风险^[7-8]。而荷包缝合法也可较好地缝合阑尾根部,但对于阑尾根部超过 1 cm 及盲肠壁严重水肿时,无法有效处理,过大荷包将阑尾残端包埋后会影响盲瓣功能。同时盲肠壁严重水肿,在包埋与缝合过程中,可能导致盲肠撕裂,增加肠瘘风险。由此可见可吸收夹或高分子结扎钉安全性更高,利于患者术后恢复,降低并发症发生风险。同时腹腔镜下阑尾切除术可以更好地分离结扎阑尾根部,可吸收夹或高分子结扎钉结扎效果牢固更佳牢固,将阑尾与肠管分开,防止在电凝过程中损伤肠管及肠壁,引发出血及肠痿,从而降低术后并发症发生风险^[9-10]。因此临床可优先选择可吸收夹或高分子结扎钉对阑尾残端进行处理,以缩短手术时间,降低术后并发症发生风险。

综上所述,腹腔镜阑尾切除术后的阑尾残端采用可吸收夹或高分子结扎钉直接夹闭处理方法,可缩短术中时间,降低术中出血量,促进患者肠道功能恢复,降低并发症风险,临床可广泛应用。

参考文献

[1]钱燕,于仁,王海啸,等.腹腔镜下逆行切除术治疗复杂性阑尾炎的临床效果[J].广西医学,2018,40(4):456,462.
[2]陈少华,李会星,梁雨荣,等.腹腔镜与开腹肝左叶血管瘤切除术的临床疗效对比[J].解放军医学院学报,2018,39(5):388-391.
[3]蔺觅,黄永君,李帅,等.腹腔镜阑尾切除术 683 例临床分析[J].中国基层医药,2017,24(17):2678-2681.
[4]郭健童,梁健升,吕少霞,等.经脐单孔腹腔镜治疗小儿复杂性阑尾炎的效果及安全性分析[J].中国伤残医学,2017,25(24):16-18.
[5]田娜.腹腔镜与开腹手术治疗慢性阑尾炎的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2018,29(8):1197-1199.
[6]戴以文.腹腔镜下阑尾切除术与传统阑尾切除术的临床对比研究[J].实用中西医结合临床,2017,17(2):29-30.
[7]李高旗,于庆玉,赵元平,等.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(7):1112-1113.
[8]屈文红.腹腔镜阑尾切除术后使用不同方法处理阑尾残端的效果观察[J].现代诊断与治疗,2018,29(19):3113-3115.
[9]黎亚飞,廖春娟,余小珍,等.腹腔镜下阑尾切除术治疗阑尾炎 45 例临床分析[J].实用中西医结合临床,2016,16(7):55-56.
[10]韩建成.腹腔镜阑尾切除术对患者术后肠道功能及切口感染的影响[J].实用中西医结合临床,2017,17(2):70-71.

(收稿日期: 2021-04-20)



欢迎广告惠顾! 欢迎投稿! 欢迎订阅!