

三孔法腹腔镜阑尾切除术的临床疗效观察

梁宝钧

陇西县中医医院 甘肃定西 741800

摘要: **目的:** 探究阑尾炎患者使用腹腔镜(三孔法)进行阑尾切除的治疗效果。**方法:** 参加研究的60名患者,抽取时间2020年1月到2021年12月,利用住院号分组,分为研究组,患者30人,使用腹腔镜(三孔法);对照组,患者30人,使用开腹术,对比两个研究组患者的最终恢复情况。**结果:** 研究组患者手术时间、术中出血情况、术后下床时间、排气时间住院时长等指标均短于对照组,研究组术后康复情况更加优异,经软件分析可得 $P < 0.05$;研究组患者术后仅有1例出现并发症,发生率为3.33%,对照组则为20%,研究组并发症发生率更低,经软件分析可得 $P < 0.05$;2组患者术前生活质量评分对比差异小,术后,研究组躯体职能、功能、疼痛、健康状况评分更高,经软件分析可得 $P < 0.05$ 。**结论:** 改良的三孔法腹腔镜手术与传统开腹手术相比,优势性更明显,适合在临床阑尾炎治疗中积极推广。

关键词: 三孔法;腹腔镜;阑尾切除术;康复效果

在临床普外科阑尾炎疾病较为常见,其作为急腹症的一种,其致病机制是阑尾管腔内出现堵塞,细菌在此堆积,造成感染,最终出现阑尾炎改变^[1-2]。任何年龄段的人群都有可能发病,主要好发于青壮年群体,典型的临床症状为转移性右下腹痛。临床上绝大部分的慢性阑尾炎都是由急性阑尾炎导致的^[3]。近些年阑尾炎发病率逐渐升高。常规的治疗方法为阑尾切除术。以往临床常用的切除方式为开腹术,术中切口大,术后由于脂肪液化发生感染的几率较高^[4-5]。近几年临床诊疗领域不断发展,微创技术的应用越来越广泛,在腹腔镜下进行阑尾手术越来越便利,术后患者恢复快,并发症少。研究选择在我院进行阑尾手术的60名病人作为此次研究对象,探究阑尾炎患者使用腹腔镜(三孔法)进行阑尾切除的治疗效果,现效果良好,将报告整理如下。

1. 基线资料和一般方法

1.1 基线资料

参加研究的60名患者,抽取时间2020年1月到2021年12月,利用住院号分组,分为研究组,患者30人,使用腹腔镜(三孔法);对照组,患者30人,使用开腹术。详细资料见表1。比对可得 $P > 0.05$ 。纳入:入选对象认真阅读此次研究知情文件,确定患者和家属都充分了解后,完成同意书签署;伦理部门经过严格审核后通过;入选患者经过临床检查(生化/体格检查/腹部彩超)确诊为阑尾炎;病人自愿参加本次研究,主动接受相关实验室检查;符合腹腔镜阑尾炎切除手术指征;年龄小于80周岁。排除:合并严重免疫系统疾病或患有其他消化系

统疾病的患者;存在意识和肢体功能障碍,依从性差,影响正常交流和手术操作的患者;既往有严重过敏史。

表1 两组患者资料对比($\bar{x} \pm s, n\%$)

组别	例数	性别		年龄	疾病类型(例)		病程	
		男	女		慢性	急性	慢性(年)	急性(小时)
研究组	30	14	16	36.15 ± 3.22	8	22	2.5 ± 1.3	4.7 ± 1.8
对照组	30	13	17	36.16 ± 1.10	9	21	2.5 ± 1.4	5.0 ± 1.0
X ²	-	0.0673		0.0161	0.0821		0.0000	0.7980
p	-	0.7952		0.9872	0.7745		1.0000	0.4281

1.2 方法

对照组:给予传统开腹术,如下:协助患者仰卧位,予硬膜外麻醉,取麦氏点,作一斜切口或者横切口,切口大小为4到8厘米,逐层切开,沿患者结肠带找阑尾组织,分离周围肠系膜,进行切断和结扎处理,在阑尾根部0.5厘米位置予以切断,后做荷包包埋处理。最后擦净周围腹腔脓液,依次关腹,缝合切口。

研究组:给予腹腔镜(三孔法)术如下:常规准备完成后,嘱患者排空膀胱,协助其取仰卧位,予硬膜外麻醉或静脉全麻,于脐孔上,作一弧形切口,切口大小为1厘米,为构建气腹做准备,设置气压在10到13毫米汞柱之间,缓慢置入腹腔镜,调整患者体位为头低足高位,在患者左侧稍向下倾斜15度角,观察病人腹腔结构,检查是否存在其他脏器的疾病,确诊为阑尾炎后,寻找病灶,取耻骨联合与脐连线中点及右下腹切口,分别插入0.5cm及1cm的trocar,钝性分离黏连,使用吸引

器吸除脓性分泌物, 顺、逆行分离阑尾至阑尾基底部, 结扎阑尾系膜并用电钩凝断, 在阑尾根部离结肠0.5cm-1cm处结扎阑尾, 在阑尾结扎线上0.5cm处切断阑尾, 用电凝棒处理阑尾残端, 查无活动性出血, 在右下腹切口取出阑尾, 依次缝合切口, 并消毒包扎。

1.3 观察指标

通过随访调查收集两个组别患者围手术期各项体征和指标; 回顾性收集两组术后出现并发症的例数, 计算最终总发生率, 并发症越少越能说明该项手术方式的效果越好, 患者预后恢复越佳; 使用SF-36量表调查收集2

组病人术前和术后生活质量评分, 量表中包含五项评定指标。

1.4 统计学分析

使用spss 13.0软件进行统计学处理, 采用卡方检验和T检验, 若两组数据之间p值小于0.05, 则代表患者在以上方面, 存在统计学意义。

2. 结果

2.1 比对康复情况

研究组患者术后康复情况更加优异, 经软件分析可得P<0.05, 见表2。

表2 康复情况对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	手术时间 t/min	术中出血量 V/mL	术后下床活动时间 t/h	住院时间 t/d	首次排气时间 t/h	止痛药使用次数 (次)	住院费用 (元)
研究组 (n=30)	21.13 ± 11.41	11.13 ± 2.56	8.12 ± 3.21	3.32 ± 1.24	11.94 ± 4.08	1.19 ± 0.48	5055.6 ± 120.3
对照组 (n=30)	35.12 ± 13.25	12.52 ± 3.52	10.35 ± 3.23	5.36 ± 1.22	16.65 ± 5.47	2.08 ± 0.50	5997.8 ± 120.5
t	4.3822	1.7492	2.6822	6.4233	3.7804	7.0331	30.3083
p	0.0000	0.0855	0.0095	0.0000	0.0004	0.0000	0.0000

2.2 对比并发症

研究组患者术后并发症发生率更低, 经软件分析可得P<0.05, 见表3。

表3 并发症对比 (n, %)

组别	并发症				总发生率
	术区感染	恶心	呕吐	腹胀	
研究组 (n=30)	0/30 (0.00)	1/30 (3.33)	0/30 (0.00)	0/30 (0.00)	1/30 (3.33)
对照组 (n=30)	1/30 (3.33)	2/30 (6.67)	2/30 (6.67)	1/30 (3.33)	6/30 (20.00)
X ²	-	-	-	-	4.4444
p	-	-	-	-	0.0350

2.3 对比围手术期生活质量

2组患者术前生活质量评分对比差异小, 术后, 研究组评分更高, 经软件分析可得P<0.05, 见表4。

表4 围手术期生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	项目	研究组 (n=30)	对照组 (n=30)	T值	P值
术前	躯体功能	75.36 ± 7.54	75.62 ± 7.78	0.1314	0.8959
	躯体疼痛	76.93 ± 6.14	76.54 ± 6.42	0.2405	0.8108
	躯体职能	72.98 ± 8.13	73.69 ± 8.16	0.3376	0.7369
	健康状况	73.72 ± 6.42	73.62 ± 6.52	0.0599	0.9525
	情感职能	76.28 ± 5.66	75.44 ± 7.23	0.5011	0.6182
术后	躯体功能	89.63 ± 5.72	85.65 ± 4.96	2.8793	0.0056
	躯体疼痛	88.55 ± 9.43	81.66 ± 6.05	3.3683	0.0013
	躯体职能	89.93 ± 6.82	82.52 ± 5.15	4.7491	0.0000
	健康状况	90.45 ± 7.19	83.66 ± 8.04	3.4480	0.0011
	情感职能	92.46 ± 6.68	86.22 ± 6.71	3.6098	0.0006

3. 讨论

阑尾炎疾病在临床上极其常见, 所有年龄段的人群都有可能感染阑尾炎, 可以根据其病程将其分为急性和慢性两种, 在此基础上也可根据病理改变将急性阑尾炎分为单纯性、化脓性、坏疽性以及穿孔性^[6]。病理原因是由于人体阑尾解剖结构的特殊性导致管腔易堵塞, 血供终止后出现阑尾坏死, 最终引发细菌感染。阑尾炎的临床表现较复杂, 与不同患者的阑尾位置和病理类型有一定关联, 其中最典型的症状为右下腹疼痛。具体治疗方法分为药物治疗和手术治疗, 由于病人个体差异性较大, 因此药物治疗效果有限, 一般适合于慢性阑尾炎或者单纯性阑尾炎患者, 使用常见的抗生素药物抑制厌氧菌群的增殖, 减轻患者症状^[7-8]。手术治疗方法有传统开腹术和新型的腹腔镜手术。传统开腹术适用于对开腹手术耐受的阑尾炎患者, 手术操作较复杂, 术中容易出现肠坏疽和穿孔等意外医疗事件, 此外手术过程中渗液容易流入腹腔, 术后出现切口感染, 影响预后患者生存质量。腹腔镜切除术适应症相对宽泛, 即便原因不明也可采取腹腔镜手术^[9]。与传统手术疗法相比, 腹腔镜下行阑尾切除术具有创口小, 住院时间短, 术后恢复快, 并发症相对较少的特点。现阶段腹腔镜技术也在不断发展, 由三孔法取代了以往的4孔法, 手术适应症也更加宽泛, 即便是化脓性和急性阑尾炎, 都可以采用三孔法腹腔镜进行切除。术中操作时间较短, 可以有效控制出血量, 此外传统开腹阑尾切除术, 手术过程中一般选择在患者

右下腹位置做切口, 由于腹腔内的不可见性, 就会存在切口位置选择不当的问题, 此时则需要继续增加切口大小, 术中风险同比增加, 在腹腔镜下进行阑尾切除, 手术切口较小, 分离阑尾时, 使用超声刀操作更加简便, 可以从根本上减少出血量。文章研究通过对比患者围手术及恢复指标, 结果显示, 研究组患者术后康复情况更加优异, 经软件分析可得 $P < 0.05$; 研究组患者术后并发症发生率更低, 经软件分析可得 $P < 0.05$; 2组患者术前生活质量评分对比差异小, 术后, 研究组评分更高, 经软件分析可得 $P < 0.05$ 。说明行三孔法的腹腔镜手术, 患者术中用时较短, 出血量也较少, 术后, 住院时间短, 治疗费用低。

综上所述, 改良的三孔法腹腔镜手术与传统开腹手术相比, 优势性更明显, 适合在临床治疗中积极推广。

参考文献:

[1]罗庆雨. 经脐皱襞三孔腹腔镜阑尾切除术治疗急性慢性阑尾炎患者的疗效及安全性分析[J]. 数理医药学杂志, 2020, 33(07): 988-989.

[2]庄波. 腹腔镜阑尾切除术与传统阑尾切除术治疗急性阑尾炎临床疗效及安全性观察[J]. 吉林医学, 2019, 40(10): 2345-2347.

[3]郭陵. 腹腔镜阑尾切除术治疗急性阑尾炎的临床疗效及安全性观察[J]. 基层医学论坛, 2019, 23(25): 3699-3700.

[4]谷曙光, 孙林, 刘振勇. 腹腔镜阑尾切除术治疗阑尾炎临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(23): 117.

[5]刘鹏. 二戳孔无钛夹腹腔镜与三孔腹腔镜阑尾切除术的疗效对比分析[J]. 现代养生, 2021, 21(12): 27-28.

[6]宋恩东, 方寅. 单孔腹腔镜与三孔腹腔镜阑尾切除术疗效的临床分析[J]. 安徽医药, 2021, 25(04): 730-732.

[7]郭美玲. 老年急性阑尾炎经脐单孔与传统三孔腹腔镜阑尾切除术临床对比研究[J]. 河南外科学杂志, 2020, 26(05): 66-68.

[8]周胜前. 经腹壁吊线辅助脐部单孔腹腔镜阑尾切除术与常规三孔腹腔镜阑尾切除术对急性阑尾炎的效果[J]. 医学理论与实践, 2020, 33(13): 2157-2159.

[9]罗庆雨. 经脐皱襞三孔腹腔镜阑尾切除术治疗急性慢性阑尾炎患者的疗效及安全性分析[J]. 数理医药学杂志, 2020, 33(07): 988-989.