

普外科小切口手术治疗急性阑尾炎临床观察

师伟

(甘肃省秦安县中医医院 甘肃秦安 741600)

摘要: 目的: 探究普外科小切口手术治疗急性阑尾炎临床观察。方法: 2022.12-2023.12 普外科治疗的 150 例急性阑尾炎患者进行随机数字分组, 对照组予以传统开腹手术治疗, 观察组予以小切口手术治疗, 比较效果。结果: 观察组的各项康复指标用时更快 ($P<0.05$), 术后 8、12、24 小时 VAS 评分、并发症发生率均更低 ($P<0.05$)。结论: 普外科小切口手术用于急性阑尾炎术后痛感轻, 身体损害小, 可减少并发症的发生, 促进术后身体各个机能的早期康复, 整体应用价值较高。

关键词: 普外科; 小切口手术; 急性阑尾炎; 传统手术

急性阑尾炎在普外科中发生率较高, 是高发的急腹症类型, 发病机制与阑尾本身的特殊结构以及细菌感染、胃肠道功能障碍等原因有关。临床诊断相对明确和简单, 通过病史的了解以及临床症状的判断和影像学技术等结合基本可以获得较为准确的诊断。对于急性阑尾炎临床主张早期实行手术的治疗方法, 在早期阑尾管腔阻塞或水肿时将其切除, 可预防阑尾化脓或穿孔等并发症, 利于身体的恢复, 也能在前期操作简单时及时处^[1]。然而, 对一些基层医院来说, 院内的手术设施条件有限, 开腹治疗依然是其常用的手术方法。但传统的开腹手术切口较长, 损伤较大, 患者应激反应强烈, 术后发生感染等并发症风险也相对较高, 不符合于现代患者的微创治疗需求^[2]。本文对此进行急性阑尾炎小切口手术治疗的作用探究, 旨在为急性阑尾炎患者寻求损伤更小、术后恢复更快的手术方法操作, 选取 150 例患者进行研究, 总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2022.12-2023.12 普外科治疗的 150 例急性阑尾炎患者进行随机数字分组, 对照组男 31 例, 女 44 例, 年龄 9-68 岁, 均值 (37.89 ± 0.15) 岁, 观察组男 37 例, 女 38 例, 年龄 5-70 岁, 均值 (37.90 ± 0.18) 岁, 通过对比两组的个人资料无较大差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组予以传统手术: 平卧位, 硬膜外连续麻醉, 对手术区域充分消毒、铺巾, 按压阑尾压痛点, 结合术前的影像学图像进行手术切口的具体定位, 在压痛处切开, 切口长度为 5—7 厘米左右, 依次分离皮下组织, 对腹横肌、腹内斜肌、腹膜进行钝性分离, 暴露阑尾, 观察阑尾发炎以及周围组织的具体情

况, 有无穿孔、出血等异常, 从阑尾根部开始切除, 先分离粘连组织, 结扎阑尾系膜后对其进行荷包式缝合, 处理阑尾残端, 检查修补效果满意时进行冲洗腹腔内组织、皮下组织的依次缝合。

观察组应用小切口手术: 前期准备和麻醉、消毒等处理步骤相同, 超声定位阑尾压痛点, 观察阑尾形态和根部, 定位根部, 对对应根部体表处沿横皮纹切开, 长度控制 1.5-2.5 厘米, 依旧是逐层分离, 暴露腹腔和阑尾, 仔细观察内部情况, 明确阑尾和周围的解剖结构, 组织钳操作腹膜, 将其外翻起来, 以便其不易观察到的盲区获得充分的观察, 从结肠开始向盲肠顶端寻找阑尾, 卵圆钳夹闭阑尾与结肠带的交界处, 提出阑尾至腹腔外将其按照常规操作切除、包埋、处理残端, 最后关闭切口。

1.3 观察指标

(1) 围术期指标; (2) 术后不同时间段的疼痛情况, VAS 评分测试主观感受疼痛程度, 0-10 分, 疼痛程度随着分数升高而递增^[3]。(3) 术后并发症。

1.4 统计学方法

统计学处理软件 SPSS20.0, 采用均数标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 组间差异性比较采用独立样本 t 检验, 采用百分比 (%) 表示计数资料, 组间差异性比较采用 χ^2 检验, 当 $P<0.05$ 时视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 围术期指标

观察组的各项康复指标所用时间均短于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 围术期指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	肛门排气时间 (h)	首次排便时间 (h)	下床活动时间 (h)	住院时间 (d)
对照组	75	58.96 ± 4.15	34.99 ± 2.17	42.15 ± 3.55	24.89 ± 2.44	7.96 ± 1.25
观察组	75	42.86 ± 2.57	25.86 ± 2.10	34.89 ± 2.88	13.50 ± 2.32	5.20 ± 1.17
t		9.826	7.171	9.205	8.962	7.415
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 术后不同时段 VAS 评分

观察组术后 8 小时、12 小时、24 小时 VAS 评分均低于对

照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 术后不同时段 VAS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 2 小时	术后 8 小时	术后 12 小时	术后 24 小时
对照组	75	2.69 ± 0.85	5.96 ± 1.02	6.21 ± 0.97	5.89 ± 1.63
观察组	75	2.65 ± 0.82	4.08 ± 0.89	4.63 ± 0.86	4.56 ± 1.42
t		0.526	8.965	7.123	9.008
P		1.412	0.000	0.000	0.000

2.3 并发症

观察组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 并发症发生率 (n, %)

组别	例数	肠梗阻	感染	腹腔脓肿	发生率
对照组	75	3 (4.00)	3 (4.00)	3 (4.00)	9 (12.00)
观察组	75	0 (0.00)	1 (1.33)	1 (1.33)	2 (2.66)
χ^2		3.061	1.027	1.027	4.807
P		0.080	0.311	0.311	0.028

3 讨论

急性阑尾炎为普外科的常见疾病, 发生较急, 发病时病情多变容易进展, 患者起病表现往往以右下腹疼痛为典型症状, 可同时伴随恶心、呕吐等临床症状。

病理上分为四种类型, 急性单纯性阑尾炎是病变的早期, 相比于其他类型也相对较轻, 此时患者阑尾已经有炎症损伤, 如果不及时治疗, 阑尾组织损伤加重, 会引起阑尾组织脓性的渗出物和病变, 发展为急性化脓性阑尾炎^[4]; 随着阑尾管腔内炎症因子以及脓液的渗出引起阑尾腔内外压力不均, 管腔内压力增加, 易引起穿孔和坏疽形成急性穿孔性阑尾炎或化脓阑尾炎, 并影响阑尾周围的组织而产生阑尾周围脓肿^[5]。因此, 要对急性阑尾炎早期病变及时控制, 手术切除阑尾可早期杜绝细菌感染反应, 控制病情的发展。一些患者在未明确诊断之前会主观认为是消化系统疾病, 应该及时诊断并制定有效治疗方法。急性阑尾炎的病变过程非常快, 为避免病情加重引起坏疽和穿孔等并发症, 目前手术治疗仍是主要手段。

传统的开腹手术切口较大, 术后疼痛以及应激反应强烈, 从而影响患者术后的活动以及肠道功能的恢复。并且传统的手术伤口长度大, 伤口愈合形成明显瘢痕, 对于年轻的患者来说, 可能会造成心理上的负担, 影响美观^[6]。在社会发展下, 人们健康意识改变, 对手术微创追求也更显著, 传统的开腹手术治疗已经不满足于现代患者对美学、舒适度以及术后康复时间的多重需求, 非必要时, 已经不再主张传统的开腹手术。

小切口阑尾切除术是在传统手术方案基础上优化的微创手术形式, 在切口长度上显著缩短, 可控制 4 厘米以内, 对周围组织、脏器的影响也相对轻微, 进而可减少相关的损伤以及副作用, 是目前基层院所提倡的急性阑尾炎治疗技术, 创伤小、可创造快速康复的机会^[7-8]。本次结果为, 观察组的各项康复指标用时更快 ($P < 0.05$), 术后 8、12、24 小时 VAS 评分、并发症发生率均更低 ($P < 0.05$)。以上一系列结果充分证实小切口阑尾切除术在普外科中的优势, 对急性阑尾炎患者可以促进其术

后各项身体功能的康复; 术后不同时段 VAS 评分更低可提示该微创治疗方案的舒适性更高, 可以减轻术后的疼痛, 有利于控制应激反应, 也有利于减少并发症, 加强康复效果。对其主要优势进行分析, 虽然该术式进行小切口的操作, 但是在术前对手术区域进行超声的探查, 利于阑尾和根部的精准定位, 在阑尾根部做微创的切口, 既可以控制切口的长度, 也可以快速寻找阑尾; 术中利用组织钳、卵圆钳等器械的操作, 将阑尾进行腹腔外的切除, 既可以保证视野的清晰, 也可以减少腹内操作对周围神经以及血管的损伤, 尽可能维持腹腔的内环境, 减少其不良的干扰, 利于并发症的控制以及获得小切口成功作业, 减少对肠道等功能的影响, 促进术后排气、下床以及进食等时间的缩短; 小切口也从根本上减轻了疼痛, 是术后不同时间段 VAS 评分下降的主要原因。本研究在实践过程中也总结出相关经验: 虽然小切口手术有微创等特点, 但是其视野也有限, 选择该术式时要全面评估患者的病理类型等病变内容, 严格把握其适应症, 对于腹部脂肪过厚患者、坏疽穿孔性阑尾炎、阑尾周围脓肿以及超声提示阑尾位置特殊、严重局部粘连的患者均不适用。术中如果阑尾切除困难或者无法在腹腔外操作, 要把握好时机, 及时延长扩大手术切口, 暴露术区, 以降低手术难度, 减小手术风险, 避免延误病情。

综上所述, 急性阑尾炎需要通过手术治疗, 其中小切口术式可行, 能够促进患者早期下床以及胃肠功能恢复, 术后不良反应少, 还能降低痛感, 减轻患者治疗痛苦, 符合微创治疗理念。

参考文献:

- [1] 薛意恒, 孙中伟, 孙少川, 等. 吗啡硝唑治疗术后急性化脓性坏疽性阑尾炎临床观察 [J]. 中国现代普通外科进展, 2023, 26(1): 72-72.
- [2] 李泗云, 颜赞友, 盛赞, 等. 评价腹部超声引导下逆行阑尾炎治疗术对急性非复杂性阑尾炎的临床疗效 [J]. 昆明医科大学学报, 2024, 45: 1-6.
- [3] 杨雨民, 刘丹, 周金, 张晓辉, 王模日, 根. 腹腔镜与开腹手术治疗成人急性阑尾炎临床效果的对比分析 [J]. 中国全科医学, 2021, 24(S01): 146-147.
- [4] 贾青林. 急性阑尾炎手术和保守治疗的临床研究 [J]. 中国药物与临床, 2021, 21(11): 1894-1895.
- [5] 闫云峰. 急性阑尾炎严重程度的影响因素分析 [J]. 中国药物与临床, 2021, 21(3): 405-406.
- [6] 王佳, 汪震, 余世荣, 等. 肥胖患儿急性阑尾炎术后切口感染的治疗方案优化 [J]. 医药导报, 2021, 40(2): 278-281.
- [7] 赵学忠. 腹腔镜与开放手术治疗急性阑尾炎的临床效果及对患者术中出血量的影响 [J]. 中国药物与临床, 2021, 21(18): 3136-3138.
- [8] 方向明. 微创小切口在单纯性阑尾炎手术治疗中的应用价值分析——评《微创外科手术与麻醉》 [J]. 世界中医药, 2023, 18(6): I0001-I0001.