

• 临床研究 •

腹腔镜手术与传统开腹手术治疗急性阑尾炎的临床效果观察

胡建华

衡阳市中医医院急诊科 湖南衡阳 421002

摘要：目的 总结并归纳腹腔镜手术与传统开腹手术治疗急性阑尾炎的临床效果。**方法** 选取 2016 年 2 月至 2018 年 2 月期间我院收治的 60 例急性阑尾炎患者，使用计算机表法分为两组，研究组和对照组各 30 例，对照组采用传统开腹手术，研究组采用腹腔镜手术，在此过程中，对两组患者进行观察，具体比较内容为临床效果、疼痛状况以及患者住院时间。**结果** 研究组临床总有效率为 93.33% (28/30)，对照组临床总有效率为 76.67% (23/30)，研究组明显高于对照组，两者之间相差较大，而 $P < 0.05$ ，数据从统计结果思考，具有参考价值；手术后，两组 VAS 评分均较术前有所降低，且研究组降低幅度明显大于对照组，两者之间相差较大，而 $P < 0.05$ ，数据从统计结果思考，具有参考价值；研究组住院时间为 (5.17 ± 2.40) d，对照组住院时间为 (7.94 ± 2.68) d，研究组明显短于对照组，两者之间相差较大，而 $P < 0.05$ ，数据从统计结果思考，具有参考价值。**结论** 在治疗急性阑尾炎时，腹腔镜手术具有更高的治疗效果，且患者术后疼痛程度显著降低，恢复更快，可以被推广应用。

关键词：急性阑尾炎；开腹手术；腹腔镜；疼痛

中图分类号：R656.8

文献标识码：A

文章编号：1009-6647 (2018) 06-043-02

急性阑尾炎是普通外科常见的急腹症，病情变化多端，对患者的健康造成威胁。其临床明显症状为皮肤感觉过敏、腹痛、发热、腹部压痛，可能伴有恶心呕吐现象^[1]。传统的开腹手术虽有一定疗效，但对患者造成的创伤大，术后恢复慢。近年来，随着医学的不断发展，腹腔镜手术逐渐兴起，并以其创伤小，疼痛轻，术后并发症少、恢复快等优势，逐渐替代传统的开腹手术，成为急性阑尾炎患者进行手术治疗的首选方式^[2]。本文针对 2016 年 2 月至 2018 年 2 月期间我院收治的 60 例急性阑尾炎患者，将其临床分为两组，分别进行传统开腹手术和腹腔镜手术，并对两组治疗效果进行观察和比较，总结并归纳腹腔镜手术与传统开腹手术治疗急性阑尾炎的临床效果，现取得较好的研究成果，临床详细资料如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 2 月至 2018 年 2 月期间我院收治的 60 例急性阑尾炎患者为研究对象，纳入标准：①在我院被诊断为急性阑尾炎者；②本人及其家属对本研究知情且签署同意书者。排除标准：①有严重的全身性疾病者；②肝肾功能异常者；③有精神病史者。将 60 例急性阑尾炎患者以计算机表法分为两组，研究组和对照组各 30 例，其中研究组：男 22 例，女 8 例；年龄 21-73 岁，平均 (56.33 ± 1.45) 岁；对照组：男 21 例，女 9 例；年龄 23-75 岁，平均 (56.36 ± 1.47) 岁。两组患者，在各项指标上 P 值均大于 0.05，数据从统计结果，不具有意义，具有比较价值。

1.2 方法

对照组采用传统开腹手术，患者取仰卧位，行硬膜外麻醉联合静脉麻醉，右下腹切口暴露阑尾后分离、结扎阑尾系膜和阑尾动脉后切下阑尾，以生理盐水冲洗残端部分，缝合切口。

研究组采用腹腔镜手术，患者取平卧位右高左低，行硬膜外麻醉联合静脉麻醉，建立二氧化碳气腹，压力设置为 8-10 mmHg，由操作孔置入腹腔镜分离阑尾系膜和阑尾动脉，结扎后切下阑尾，以电凝止血，缝合切口。

在此过程中，对两组患者进行观察，具体比较内容为临床效果、疼痛状况以及患者住院时间。

1.3 观察指标

疗效判断标准：①显效：临床症状消失，无切口感染等

并发症；②有效：临床症状明显好转；③无效：临床症状未好转，甚至出现严重并发症。总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

以视觉模拟评分法 (VAS) 评价患者疼痛程度，总分 0-10 分，VAS 评分越高，疼痛越剧烈。

1.4 统计学方法

本次研究中，将 60 例急性阑尾炎患者的研究数据均输入至 SPSS17.0 软件中，进行统计学有效处理，VAS 评分和住院时间采用 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式表示，处理方式为 t 检验；临床疗效采用 % 的形式表示，处理方式为 χ^2 检验，结果显示， $P < 0.05$ ，便形成统计学意义。

2 结果

2.1 研究组和对照组的临床疗效

研究组临床总有效率为 93.33% (28/30)，对照组临床总有效率为 76.67% (23/30)，研究组明显高于对照组，两者之间相差较大，而 $P < 0.05$ ，数据从统计结果思考，具有参考价值，见表 1。

表 1：研究组和对照组的临床疗效 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	30	20 (66.67)	8 (26.67)	2 (6.67)	28 (93.33)
对照组	30	14 (46.67)	9 (30.00)	7 (23.33)	23 (76.67)
χ^2 值					12.0611
P 值					0.0352

2.2 研究组和对照组的疼痛状况

手术后，两组 VAS 评分均较术前有所降低，且研究组降低幅度明显大于对照组，两者之间相差较大，而 $P < 0.05$ ，数据从统计结果思考，具有参考价值，见表 2。

表 2：研究组和对照组的疼痛状况 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	术前	术后
研究组	30	7.38 ± 1.65	4.03 ± 1.24
对照组	30	7.35 ± 1.66	5.47 ± 1.36
t 值		0.0364	6.1401
P 值		0.8132	0.0000

2.3 研究组和对照组的住院情况

研究组住院时间为 (5.17 ± 2.40) d，对照组住院时间为 (7.94 ± 2.68) d，研究组明显短于对照组 ($t=13.7107$ ，

(下转第 45 页)

3 讨论

随着对乳腺癌治疗理念的优化,我们不仅关注治疗效果,也注重术后生活质量。要保持乳腺癌根治性手术后良好的乳房外形,乳房重建是一种较好的选择。改良根治术仍是中国治疗乳腺癌的主要手术方式。乳房重建率在过去的 15 年里长期保持在 3.5~4.5% 的低水平状态。但近年,乳腺癌改良根治术后行乳房重建的病例有增多趋势。

乳房重建的适应证目前仍具有较大的争议。有学者认为,TNM 分期 0 期-Ⅱ期乳腺癌才适合行乳房重建^[3]。也有研究认为部分Ⅲ期、Ⅳ期乳腺癌也不是乳房重建的绝对禁忌证^[4]。本组病例包括Ⅰ期 2 例,Ⅱa 期 10 例,Ⅱb 期 16 例,Ⅲa 期 6 例。乳房重建术的安全性已经得到全面认可。其中Ⅰ期乳房重建具有将根治及重建两个手术同时完成、患者没有乳房缺失的体验、重建乳房形态满意等优点。在手术方式选择中更受医生及患者的青睐。重建的方式有假体植入和自体组织移植两大类,二者亦可联合使用。背阔肌肌皮瓣(LDM)解剖靠近乳房,皮瓣设计较灵活,手术操作较简单,在临床的应用更加广泛;同时,因协同肌作用,对供区功能影响不明显,不易出现严重并发症。然而,LDM 所能提供自体组织量有限,而联合假体术后可能出现如包膜挛缩变形、感染、假体破裂等并发症而再次手术。为增加肌皮瓣容积,1983 年 Downes KJ^[5]提出扩大背阔肌肌皮瓣概念。从而进一步扩大背阔肌皮瓣的临床应用范围。

保留皮肤的全乳切除术(skin-sparing mastectomy, SSM),指切除全部腺体组织、乳头乳晕、活检瘢痕及距肉眼可见肿瘤 1cm 以内的皮肤,保留乳房正常皮肤及下皱襞。研究认为,乳腺癌术后局部复发主要来自残留的乳腺导管上皮而不是乳房皮肤组织。Carlson GW 等^[6]对 539 例行 SSM 患者平均随访 65 个月,局部复发 31 例(5.5%),与传统改良根治术后局部复发相当。SSM 保留了乳房原有的皮肤,乳房重建的美容效果明显优于不保留皮肤的重建乳房。而有条件保留乳头乳晕复合体者,可进一步增加重建乳房的美感,但有一定癌浸润的风险。本组病例以肿瘤距乳晕边缘 ≥ 3 cm,且无乳头内陷、溢血或溢液,乳头乳晕皮肤变硬等癌浸润征象者

方可考虑保留乳头乳晕。术中及术后需病理进一步明确有无癌浸润。Shimo^[7]等对 425 例行保留乳头的乳腺癌改良根治术(Nipple-sparing mastectomy, NSM)患者进行平均 46.8 个月的随访发现,累计局部复发率为 5.8%,较同期传统全乳切除局部复发率(5.6%)无统计学差异。

保留乳房皮肤的乳腺癌改良根治术后Ⅰ期扩大背阔肌肌皮瓣乳房重建技术安全可靠、操作简便。能同时满足乳房切除的根治性疗效及改善重建乳房外观满意度。扩大背阔肌肌皮瓣能提供更多的组织量,适用于中、大体积乳房重建需求。值得临床进一步推广。

参考文献

- [1] 马榕,王建丽,张凯,等.保留乳头改良根治术应注意的相关问题[J].中华乳腺病杂志,2010,4(1):4.
- [2] 左文述,衣龙海,王永胜,等.乳腺癌改良根治与乳房重建术的临床研究[J].中华医学杂志,1997,77(7):91-93.
- [3] Jia-jian C, Nai-si H, Jing-yan X, et al. Current Status of Breast Reconstruction in Southern China: A 15 Year, Single Institutional Experience of 20,551 Breast Cancer Patients. *Medicine (Baltimore)* 2015;94:e1399.
- [4] Reefy S, Patani N, Anderson A, et al. Oncological outcome and patient satisfaction with skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: a prospective observational study. *BMC Cancer*.2010;10:171.
- [5] Downes KJ, Glatt BS, Kanchwala SK, et al. Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction is an acceptable treatment option for patients with high-risk breast carcinoma. *Cancer*.2005;103(5):906-913.
- [6] Carlson GW, Styblo TM, Lyles RH, et al. Local recurrence after skin-sparing mastectomy: tumor biology or surgical conservatism?. *Ann Surg Oncol*, 2003, 10(2): 108-112.
- [7] Shimo A, Tsugawa K, Tsuchiya S, et al. Oncologic outcomes and technical considerations of nipple-sparing mastectomies in breast cancer: experience of 425 cases from a single institution. *Breast Cancer*. 2016 Nov;23(6):851-860.

(上接第 43 页)

$P=0.0000$),两者之间相差较大,而 $P<0.05$,数据从统计结果思考,具有参考价值。

3 讨论

临床将急性阑尾炎分为急性单纯性阑尾炎、急性蜂窝织炎性阑尾炎和急性坏疽性阑尾炎。急性坏疽性阑尾炎是一种重型的阑尾炎^[3]。阑尾因内腔阻塞、积脓、腔内压力增高及阑尾系膜静脉受炎症波及而发生血栓性静脉炎等,均可引起阑尾壁血液循环障碍,以致阑尾壁发生坏死。分析原因,阑尾梗阻、感染或腹泻、便秘等胃肠道功能障碍引起的内脏神经反射均会引起急性阑尾炎。

此项试验中,研究组临床总有效率为 93.33%(28/30),对照组临床总有效率为 76.67%(7/9),研究组明显高于对照组。表明腹腔镜手术相较于传统开腹手术,在临床上具有更好地治疗效果。本研究结果显示,手术后,两组 VAS 评分均较术前有所降低,且研究组降低幅度明显大于对照组;研究组住院时间为 (5.17 ± 2.40) d,对照组住院时间为 (7.94 ± 2.68) d,研究组明显短于对照组。根据上述材料,表明在急性阑尾炎的手术治疗中,使用腹腔镜手术,有助于患者的康复,与

张国军、何凤生等^[4,5]人的研究内容相符,值得广泛应用,提升患者治疗效率。

综上所述,在治疗急性阑尾炎时,腹腔镜手术具有更高的治疗效果,且患者术后疼痛程度显著降低,恢复更快,可以被推广应用。

参考文献

- [1] 张军杰,姚坤厚,华龙,等.腹腔镜微创手术与传统开腹手术治疗急性阑尾炎临床疗效比较[J].中国实用医药,2016,11(10):53-54.
- [2] 王波,郝英.急性阑尾炎经腹腔镜手术与传统开腹手术治疗的临床效果对比[J].临床医学研究与实践,2017,2(3):77-78.
- [3] 肖玉清.腹腔镜和开腹手术治疗老年急性化脓性阑尾炎的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(37):35-36.
- [4] 张国军.对比分析腹腔镜和传统开腹阑尾切除术治疗急性阑尾炎的疗效[J].中国社区医师,2017,33(7):34-35.
- [5] 何凤生,李丽芳.腹腔镜手术治疗急性阑尾炎合并糖尿病的临床效果分析[J].中国实用医药,2017,12(19):35-37.