

腹腔镜与开腹手术治疗坏疽性阑尾炎合并穿孔的疗效比较

张 刚

上海青浦区中医医院外科 201400

〔摘要〕目的 探究腹腔镜与开腹手术对坏疽性阑尾炎合并穿孔患者的应用效果。方法 抽取 2019 年 3 月-9 月收治的 102 例坏疽性阑尾炎合并穿孔患者，均分两组。研究组行腹腔镜手术，参照组行开腹阑尾切除术，比较两组患者的各项疗效指标。结果 研究组的手术时间、术中出血量、住院时间、住院费用、术后疼痛等各项指标均明显优于参照组，组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 研究表明，较之传统开腹阑尾切除术，腹腔镜手术的安全质量更高，且具备相对良好的性价比，患者术后疼痛感、感染率以及肠粘连率大幅降低，因此值得临床推广。

〔关键词〕腹腔镜；开腹手术；坏疽性阑尾炎；临床疗效

〔中图分类号〕 R713 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2020) 10-018-02

引言：

本研究将抽调 102 例坏疽性阑尾炎合并穿孔患者，分组探究腹腔镜与开腹手术对坏疽性阑尾炎合并穿孔患者的应用效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取 2019 年 3 月-9 月收治的 102 例坏疽性阑尾炎合并穿孔患者，均分两组。研究组男性 31 例，女性 20 例，平均年龄 (35.16 ± 2.84) 岁；参照组男性 23 例，女性 28 例，平均年龄 (36.47 ± 2.53) 岁。两组患者的性别、年龄及病程等一般资料比较差异并无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

本次研究中，研究组行腹腔镜手术，参照组行开腹阑尾切除术，比较两组患者的各项疗效指标。

参照组：本次研究中，参照组患者采用开腹阑尾切除术，行硬膜外麻醉以及常规阑尾切除。具体内容包括在患者的脐前上棘连线与右腹直肌外缘交点做 5cm 切口，将套管穿刺锥置入腹腔，排除患者体内脓液，切除阑尾系膜，取距离阑尾根部 5cm 处切除大部分阑尾，采用 4-7 号丝线结扎阑尾残端，随后缝合患者的浆肌层荷包，经操作孔取出阑尾标本，清洁患者腹腔内部，缝合手术切口并行常规消毒，手术结束^[1]。

研究组：本次研究中，研究组患者采用腹腔镜手术，具体内容如下：①医护人员帮助患者取头高脚低体位，在患者的脐穴上缘做 10cm 弧形切口，取直径 10mm 套管穿刺锥进行戳空，为第 1 操作孔，随后置入 10mm 腹腔镜；②在患者的右髂前上棘与脐连线中点做第 2 操作孔，并取直径 5mm 套管穿刺锥置入第 2 操作孔，且定义为第 1 操作孔；③在患者的左髂前上棘与脐连线中外的 1/3 处做第 3 操作孔，取直径 5mm 的套管穿刺锥置入该操作孔，并定义为辅助操作孔；④待至第 1 操作孔、主操作孔及辅助操作孔准备完毕后，医护人员首先通过腹腔镜观察患者的腹腔内，充分了解腹腔粘连情况，并且判断是否存在其他异常症状；⑤当医护人员观察得出患者腹腔内部存在脓液时，必须先吸尽脓液再进行下一步操作，结合医生的操作习惯，将阑尾抓钳置入患者腹腔内并夹起阑尾，经辅助操作孔置入超声刀，在分离周围粘连后充分暴露阑尾系膜，结合患者系膜宽度以及水肿情况，取超声刀依次切断阑尾系膜至阑尾根部；⑥将长度约为 60cm 的 7 号慕丝线置入患者腹腔，镜下结扎阑尾根，在结扎处 5-10mm 的位置剪断阑尾，采用电凝棒烧灼阑尾残端黏膜；⑦再次镜下观察患者腹腔内，若无异常情况，将阑尾标本经第 1 操作孔取出，特定条件下，医护人员需要经患者腹腔或者取引流管置入盆腔；⑧最后医护人员需要尽数放出患者腹腔内的二氧化碳，安全拔除套管穿刺锥，缝合

手术切口后并行常规消毒，手术结束^[2]。

1.3 观察指标

本次研究中，我院将以两组患者的手术时间、术中出血量、住院时间、住院费用、术后疼痛、切口感染等作为主要的观察指标。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计学软件，($\bar{x} \pm s$) 为两组之间的计量资料，t 为检验单位；(%) 为两组之间的计数资料， χ^2 为检验单位。

2 结果

2.1 两组手术时间、术中出血量等指标比较

结合表 1 所示，研究组的手术时间为 (39.12 ± 0.23) h，术中出血量为 (8.74 ± 1.23) ml，住院时间为 (4.52 ± 0.52) d，住院费用为 (8027 ± 1087) 元；参照组的手术时间为 (52.16 ± 0.54) h，术中出血量为 (22.13 ± 2.34) ml，住院时间为 (6.87 ± 4.01) d，住院费用为 (7506 ± 818) 元。经过对比，研究组的手术时间、术中出血量以及住院时间均优于参照组，组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；两组患者的住院费用比较差异较小，并无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1：两组手术时间、术中出血量等指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间	术中出血量	住院时间	住院费用
研究组	51	39.12 ± 0.23	8.74 ± 1.23	4.52 ± 0.52	8027 ± 1087
参照组	51	52.16 ± 0.54	22.13 ± 2.34	6.87 ± 4.01	7506 ± 818
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05	> 0.05

2.2 两组术后疼痛及切口感染等指标比较

结合表 2 所示，51 例研究组患者术后出现剧烈疼痛患者 7 例，疼痛率为 13.72%，切口感染患者 0 例，感染率为 0.00%，肠粘连患者 2 例，粘连率为 3.92%；51 例参照组患者术后出现剧烈疼痛患者 16 例，疼痛率为 31.37%，切口感染患者 10 例，感染率为 19.61%，肠粘连患者 15 例，粘连率为 29.41%。研究组患者的术后疼痛、切口感染以及肠粘连等发生率均低于参照组，组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2：两组术后疼痛及切口感染等指标比较 (n/%)

组别	例数	术后疼痛	切口感染	肠粘连
研究组	51	7 (13.72)	0 (0.00)	2 (3.92)
参照组	51	16 (31.37)	10 (19.61)	15 (29.41)
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

随着改革开放的深入实施，大量先进的医疗技术及理念逐渐流入国内临床，促使我国的医疗水平不断提升，相关术式也随之呈现多元化发展趋势。传统术式的创新为各科室之间的疗效提升贡献巨大力量，也为医疗事业整体的创新发展带来了积极影响，

(下转第 20 页)

胎儿脑发育,并可导致神经行为异常及儿童认知障碍,远期智力、行为发育可能受到影响。(3)其它方面影响:远期并发症,成人期疾病发病风险增加。

目前,临床还不清楚 FGR 病理机制,大多数研究人员认为 FGR 同以下因素有着密切关联:(1)孕妇方面:包括母体营养不良,妊娠剧吐,微量营养摄入不足等。因此,孕妇应均衡饮食,发生妊娠剧吐、营养不良等及时治疗纠正。孕妇患有自身疾病:如心脏病、慢性肾病、高血压疾病、糖尿病、甲状腺疾病、自身免疫性疾病等,胎儿有生长受限的可能。(2)胎儿因素:胎儿存在染色体异常或基因组疾病等。胎儿自身结构异常:如先心病、腹壁裂、脐带膨出等。对于胎儿生长受限,应当进行详细的超声检查,必要时遗传咨询与产前诊断。此外,胎儿代谢异常也可导致胎儿生长受限。(3)胎盘、脐带因素:胎盘因素包括:胎盘血管瘤,小胎盘,副胎盘,局部胎盘梗死。脐带因素包括:单脐动脉,脐带过细,脐带打结,脐带扭转等。(4)其它因素:宫内感染(风疹病毒、巨细胞病毒、弓形虫感染等),吸烟、致畸药物,孕期禁用药物的使用。(5)胎儿体重还可受性别、孕妇产次、父母种族、身高、体重、年龄、经济、子宫畸形等影响。

临床诊断胎儿生长受限时,首先需准确核对孕周,明确孕妇月经情况,是否有辅助生殖等相关情况。胎儿体重主要通过胎儿超声检测进行评估,对于超声体重或腹围估计小于同胎龄第 3 百分位时,称之为严重的胎儿生长受限,不良妊娠结局风险更高,应重点关注。同时,需积极寻找可能的相关病因,详细询问病史,综合情况给予评估与治疗。此外,胎儿生长受限需要加强产检次数,进行孕期宫内监护,包括:自数胎动,定期超声及胎心监护,至少每两周 1 次,并评估其生长、趋势;羊水与脐血流情况,必要时进行生物物理评分。最理想的方案是综合评估,联合多个治疗进行评估胎儿宫内安危。

对怀疑或确诊生长受限的胎儿,积极寻找病因,并进行相应

的对症处理。一般治疗包括:适度休息,吸氧、营养支持;每日监测胎动变化。临床发现,当胎盘的螺旋小动脉出现血管硬化,出现纤维蛋白原沉淀,就会产生血栓,进而全部或部分阻塞血管,大幅度降低胎盘绒毛血管床,引发胎盘梗死,绒毛间质血管间的物质转运被切断,诱发 FGR。所以,临床主张转变胎盘血液灌注是治疗 FGR 的核心。

低分子肝素是分子量相对较低的肝素,由普通肝素中解聚制备而来,相较普通肝素,能够快速且有规律地被机体吸收,有着携带突出预见性能的药动学特点,生物利用率超过 90%。采用皮下注射低分子肝素到机体后,能够较好增强抗凝血酶 III 的生物活性,转变胎盘血液高凝状况,降低血液黏度与血管阻力,以调节血脂水平,对抗局部炎症,保护血管内皮细胞。另外,它能够控制纤维蛋白原转变成纤维蛋白,避免其沉积于胎盘血管基膜表层,加快局部血液循环,较好调节胎盘血流灌注,转变子宫环境,推动胎儿生长发育^[3]。除此之外,临床对于 FGR 者,除应用药物治疗外,还可通过以下举措进行预防:加强产前检查,胎监,认真数胎动,做好卫生宣教,增强营养,减少疾病;尽可能避免接触有害物质,禁研究;定期彩超复查等。

本研究,引发 FGR 的主要原因包括怀孕期合并症、胎盘不正常、羊水太少、宫内窘迫。观察组胎儿生长发育各指标较对照组更优,且新生儿的体重、胎龄较对照组更高($P < 0.05$)。

归纳得出,采取对症措施治疗 FGR,可以较好改善病情。

[参考文献]

- [1] 王贝, 马俊莲. 胎儿宫内生长受限新生儿结局及病因分析[J]. 浙江临床医学, 2020, 22(4):543-544.
- [2] 严文彦, 卢纹, 欧燕珊. 胎儿宫内生长受限采用低分子肝素治疗的临床效果分析[J]. 中国病案, 2019, 20(2):102-104.
- [3] 游燕, 陈香军, 王丹凤, 等. 胎儿宫内生长受限 120 例病因及妊娠结局分析[J]. 中国基层医药, 2018, 25(9):1196-1199.

(上接第 17 页)

能受体进行有效结合,从而有效收缩支气管平滑肌,以缓解呼吸困难,改善肺功能。经现代药理研究证实^[6],噻托溴铵在血药浓度峰值后,具有较长的药效时间,高达 24h,可在一定程度上改善患者临床症状,已逐渐成为目前临床治疗此项疾病的首选药物。而孟鲁司特钠为抗炎药物,属于白三烯受体拮抗剂,具有较高的选择性,可对半胱氨酰白三烯受体起到有效的特异性抑制,气道炎症细胞增殖得以抑制,继而加快机体白细胞的凋亡现象,从而使得支气管平滑肌得到舒张,从而有效改善机体肺功能。在本次实验中,观察组患者临床治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$),肺功能指标治疗后优于对照组($P < 0.05$),不良反应两组患者比较无统计学差异($P > 0.05$)。数据说明噻托溴铵联合孟鲁司特钠治疗慢性阻塞性肺疾病的效果更好,能够有效改善患者肺功能,且无显著不良反应发生,治疗安全可靠。

综上所述,慢性阻塞性肺疾病患者采用噻托溴铵联合孟鲁司

特钠治疗效果理想,并发症发生率低,可在临床上推广应用。

[参考文献]

- [1] 沈圣丽. 孟鲁司特钠联合噻托溴铵对慢性阻塞性肺疾病患者血气指标及炎性因子的影响[J]. 人人健康, 2019 (9): 255.
- [2] 陈晓阳. 多索茶碱联合噻托溴铵粉在慢性阻塞性肺疾病患者中的治疗效果分析[J]. 养生保健指南, 2019 (11): 314.
- [3] 王鹏. 孟鲁司特钠联合沙美特罗替卡松气雾剂对 COPD 的疗效[J]. 河南医学研究, 2020 (5): 864-866.
- [4] 郭峰. 孟鲁司特钠联合沙美特罗替卡松治疗慢性阻塞性肺疾病患者的疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 2019 (4): 5-6.
- [5] 古辉, 李雪平, 杜燕芳, 徐小彭, 黄国华. 单用噻托溴铵喷雾剂治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的效果分析[J]. 中国药物经济学, 2019 (3): 39-42.
- [6] 李梅. 多索茶碱联合噻托溴铵粉治疗慢阻肺的疗效探究[J]. 健康大视野, 2020 (4): 90.

(上接第 18 页)

保障了国民的健康体质与生活质量。在多项术式创新中,腹腔镜手术的疗效提升尤为显著,较之常规的开腹手术,腹腔镜手术更安全,创口更小,性价比更高。除此之外,作为一种全新的微创手术,腹腔镜主要适用于卵巢囊肿摘除、子宫切除以及阑尾切除等临床症状的临床治疗,通过以上适用症可以得出,腹腔镜的主要面向群体为女性,因此其充分发挥了自身创口小、恢复快等优势,为女性患者尽量保留较为美观且微小的手术切口。现阶段,越来越多的科室临床开始采用腹腔镜手术,多数医生对腹腔镜手术的了解程度随之加深,该术式的运用合理性因此不断提升,手术效

率以及临床疗效持续精进。

综上所述,较之传统开腹阑尾切除手术,腹腔镜手术的安全质量更高,且具备相对良好的性价比,患者术后疼痛感、感染率以及肠粘连率大幅降低,因此值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 陈俊峰, 张家兴, 黄剑伟. 腹腔镜与开腹手术治疗老年急性化脓性阑尾炎并穿孔的疗效对比[J]. 牡丹江医学院学报, 2016, 37(03):86-88.
- [2] 冯卫, 张伟雄. 经腹腔镜行阑尾切除术与常规开腹行阑尾切除术临床疗效比较[J]. 临床误诊误治, 2016, 29(S1):47-48.