

阑尾炎采用小切口阑尾炎切除术治疗的效果分析

施自斌

云南省文山市人民医院 663000

〔摘要〕目的 探讨阑尾炎采用小切口阑尾炎切除术治疗的效果。方法 观察本院 2019 年 5 月至 2021 年 3 月期间接收的 104 例阑尾炎手术患者，随机分为对照组与观察组各 52 例，对照组运用常规开腹手术治疗，观察组运用采用小切口阑尾切除术治疗，分析不同治疗后患者手术指标、并发症情况。结果 在手术时间、手术出血量、排气时间、术后疼痛评分与住院时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在术后并发症发生率上，观察组 3.85%，对照组 23.07%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论 阑尾炎采用小切口阑尾炎切除术治疗可以有效地减少手术创伤，减少术后疼痛程度，加快术后恢复速度，减少并发症，整体状况更为理想。

〔关键词〕阑尾炎；小切口阑尾炎切除术；治疗效果

〔中图分类号〕R615 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165 (2021) 05-011-02

阑尾炎属于常见的炎性变化，属于外科常见疾病，在青年群体中较为常见。患者中男性案例明显多于女性。疾病可以分为急性与慢性两种情况，急性阑尾炎是因为细菌侵入管腔内受损黏膜，由此导致感染风险，进而引发阑尾管腔狭窄、血供功能障碍以及黏膜受损情况。患者出现阑尾炎右下腹痛以及麦氏点触压反跳痛，合并有发热、恶心呕吐等情况。本文采集 104 例阑尾炎手术患者，分析运用小切口阑尾炎切除术治疗后患者手术指标、并发症情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2019 年 5 月至 2021 年 3 月期间接收的 104 例阑尾炎手术患者，随机分为对照组与观察组各 52 例。对照组中，男 31 例，女 21 例；年龄从 18 岁至 42 岁，平均 (28.49 ± 2.09) 岁；观察组中，男 28 例，女 24 例，年龄从 18 岁至 40 岁，平均 (27.75 ± 2.42) 岁；两组患者的基本年龄、性别、病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规开腹手术治疗，手术切口为 5 至 7cm，病灶切除后，做好常规缝合，术后使用抗生素做抗感染防控。

观察组运用采用小切口阑尾切除术治疗，采用局麻或者硬膜外麻，辅助患者保持平卧位，通过麦氏点做手术切口，长度约为 3cm 上下。在腹膜切开之后，需要将渗出物及时吸

出，通过拉钩让切口朝两侧做拉扯开，定位盲肠，将盲肠提出后顺沿结肠带做好阑尾定位。当阑尾周围不存在粘连情况，可以让拔阑尾尖端到手术切口位置，通过专业钳将其钳夹住，对阑尾尖端系膜做止血钳的夹住，进行阑尾系膜与阑尾动脉的结扎，而后切除阑尾。针对阑尾根部做 0.5cm 切断，清理阑尾残端后将其残端埋入，通过生理盐水进行残端的清理，做好腹部渗液充分清理后放置引流管，关闭腹腔。术后需要及时使用抗生素，防控感染。

1.3 评估观察

分析不同治疗后患者手术指标、并发症情况。手术指标主要集中在手术时间、手术出血量、排气时间、术后疼痛评分与住院时间等指标上。并发症主要集中在切口感染、肠梗阻、肠粘连等。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验， $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者手术指标情况

见表 1，在手术时间、手术出血量、排气时间、术后疼痛评分与住院时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1 各组患者手术指标评估结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后排气时间 (d)	术后疼痛评分 (分)	住院时间 (d)
观察组	34.17 ± 4.68	28.25 ± 1.74	14.71 ± 1.29	4.43 ± 0.52	4.12 ± 0.61
对照组	59.14 ± 6.32	54.11 ± 2.63	19.37 ± 1.95	5.19 ± 1.41	8.24 ± 1.18

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 患者术后并发症发生率情况

见表 2 所示，在术后并发症发生率上，观察组 3.85%，对照组 23.07%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2 患者术后并发症发生率评估结果 [$n(\%)$]

分组	n	切口感染	肠梗阻	肠粘连	术后并发症率
观察组	52	2	0	0	3.85%
对照组	52	4	3	5	23.07%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

阑尾炎主要是因为阑尾腔感染所引发的疾病，典型症状是腹部疼痛，早期症状会出现脐周与上腹部的隐痛，在几小时之后可以发展为右下腹疼痛，具有疼痛的持续稳定性^[1]。如果不能及时治疗，可能会出现坏疽和穿孔的问题，导致弥漫性腹膜炎。传统开腹手术切口较大，术后恢复时间长，同时容易有较多的术后感染以及疤痕明显等不良问题。开腹手术的并发症主要集中在切口感染方面，甚至会有切口长期不愈合而引发的切口疝，以及周围有关组织水肿^[2]，对患者生活与工作构成一定影响。小切口手术治疗，在一定程度上降

(下转第 13 页)

(95.46±2.62) 分, 总有效率 97.22% (35/36) 比参照组 (87.39±2.73) 分, 78.38% (29/37) 高, $P < 0.05$ 。

2.2 不良反应率

见表 2, 参照组 5.41% (2/37) 有寒战反应, 8.11% (3/37) 躁动不安, 5.41% (2/37) 恶心呕吐, 共占 18.92% (7/37), 比观察组 2.78% (1/36) 不良反应率高, $P < 0.05$ 。

表 2 不良反应率 [n (%)]

组别	例数	寒战	躁动不安	恶心呕吐	合计
观察组	36	0 (0.00)	1 (2.78)	0 (0.00)	1 (2.78)
参照组	37	2 (5.41)	3 (8.11)	2 (5.41)	7 (18.92)
χ^2	-	-	-	-	4.872
P	-	-	-	-	0.027

3 讨论

在胃部疾病、上消化道疾病诊治中, 传统胃镜检查极易引起恶心、疼痛等强烈不适感, 而无痛胃镜操作简单、经济性高, 应用十分广泛, 在此基础上, 合理使用麻醉药物即可切实提升患者依从性, 减轻患者不适感, 继而顺利完成检查。相关研究指出, 右美托咪定麻醉效果佳, 起效时间、术后苏醒用时相对更短, 其研究结果显示, 实验组用药 (4.37±1.55) min 起效, 术后 (6.18±1.14) min 苏醒, 比对照组用时短 [3]。

本研究中, 观察组麻醉 (4.41±1.63) min 后见效, 术后 (6.21±1.09) min 后苏醒, 耗时比参照组短, 满意度 (95.46±2.62) 分, 总有效率 97.22% (35/36) 比参照组 (87.39±2.73) 分, 78.38% (29/37) 高, 同时, 参照组 5.41% (2/37) 有寒战反应, 8.11% (3/37) 躁动不安, 5.41% (2/37) 恶心呕吐, 共占 18.92% (7/37), 比观察组 2.78% (1/36) 不良反应率高, $P < 0.05$ 。表明无痛胃镜检查中应用右美托咪定, 能够缩短患者诊断的时间以及苏醒时间, 降低疼痛程度以及不良反应发生率。丙泊酚是常用的麻醉药物, 具有苏醒

相对较快、起效快等特点, 对患者呼吸和血管有着抑制的作用, 但是实施丙泊酚麻醉, 需要实施麻醉诱导干预, 且在诱导的过程中, 患者可能存在局部性疼痛的情况, 同时会对神经造成影响, 患者麻醉苏醒后, 易出现短暂性的恶心呕吐等反应, 还会在一定程度上, 影响呼吸循环系统, 在无痛胃镜检查中应用的价值并不理想 [4]。右美托咪定是 α 肾上腺受体激动剂, 能够在患者的脊髓 α 受体、脑部直接作用, 起到麻醉的效果, 从而降低患者的不适感。临床研究证实, 右美托咪定对呼吸循环系统以及血压水平的影响较小, 安全性较高 [5]。同时, 右美托咪定可起到镇静和镇痛的作用, 在骨髓、蓝斑部位作用, 可抑制交感神经, 激发患者神经中枢突触前的相关 α 受体, 对去甲肾上腺分泌抑制, 以此发挥镇痛和镇静的效果。右美托咪定能够调节心血管中枢系统, 将患者交感神经紧张程度降低, 避免患者出现严重不良反应的情况, 从而保证患者的安全性 [6]。

综上所述, 无痛胃镜受检中右美托咪定麻醉具有见效快, 不良反应小, 苏醒用时短的应用优势, 可提升检查安全性, 确保其顺利进行, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 刘文彬, 吴福波, 朱超. 右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉临床疗效分析 [J]. 当代医学, 2020, 26(08):64-66.
- [2] 晏道生, 易国华, 邓金萍. 右美托咪定用于无痛胃镜麻醉中的效果及安全性分析 [J]. 药品评价, 2019, 16(18):29-30.
- [3] 贾公胜. 分析右美托咪定在无痛胃镜中的麻醉治疗效果 [J]. 当代医学, 2019, 25(28):47-48.
- [4] 郭芳. 右美托咪定在无痛胃镜中的麻醉治疗效果分析 [J]. 中国医药指南, 2018, 16(17):36-37.
- [5] 连志鹏, 张铨. 右美托咪定联合丙泊酚麻醉在老年无痛胃镜麻醉中的应用效果 [J]. 中国当代医药, 2018, 25(12):70-72.

(上接第 10 页)

的治疗有促进的作用。使患者保持良好的心态, 改善患者的生活质量, 同时提高患者对治疗的依从性, 以及对护理人员的配合度, 增加了预后的效果, 在临床上值得推广和使用。

[参考文献]

- [1] 陈芳, 郑萍萍等. 基于人文关怀的磁性护理理念在老年慢性病患者管理中的应用 [J]. 护理管理杂志, 2019, 19(5): 322-325.
- [2] 张秋艳. 呼吸内科护士管理中人文关怀的应用实践 [J]. 中西医结合护理 (中英文) 2019, 3(11): 184-186.

(上接第 11 页)

低手术创伤, 术后疼痛感更轻, 手术恢复更快。采用可吸收线缝合, 减少术后拆线问题, 术后疤痕相对较轻 [3]。在腹腔脏器上的损伤相对较轻, 术后恢复相对更好, 减少了腹腔黏与肠梗阻等不良并发症的问题, 患者接受度较好。从本研究中可以发现, 采用小切口阑尾炎切除术可以有效地减少手术时间, 降低手术出血量, 减少术后排气时间, 整体的术后疼痛度更低, 患者住院时间更短, 治疗恢复效果相对更理想。患者的接受度更好, 切口感染、腹腔粘连等并发症更少, 治疗恢复的质量与速度更为理想, 手术风险更低 [4]。在处理应对上, 要做好患者教育指导工作, 提升其整体工作的配合度。要让患者做好术前术后治疗依从性的落实, 避免不良行为、思想构成的治疗恢复阻力。要做好患者心理建设、认知引导、

[3] 周晓慧, 林璐, 赵鑫. 人文关怀理念在骨科患者围手术期疼痛管理中的应用研究 [J]. 护士进修杂志, 2019, 34(14): 1330-1332.

表 1 两组患者护理满意度的对比情况

组别	例数	非常满意	较满意	不满意	护理满意度
实验组	31	25 (75.85%)	5 (15.9%)	1 (2.56%)	97.44%
对照组	31	14 (45.16%)	10 (32.26%)	7 (22.58%)	77.42%
χ^2					5.002
P					<0.05

生理舒适化处理, 这些都有助于患者治疗配合度的提升, 加快术后恢复进度。总而言之, 阑尾炎采用小切口阑尾炎切除术治疗可以有效地减少手术创伤, 减少术后疼痛程度, 加快术后恢复速度, 减少并发症, 整体状况更为理想。

[参考文献]

- [1] 孙安良. 小切口阑尾炎切除术用于阑尾炎治疗的临床效果分析 [J]. 健康必读, 2021(7):66.
- [2] 朱厚雷, 李国森. 小切口阑尾炎切除术治疗阑尾炎的临床疗效及对术中出血量分析 [J]. 饮食保健, 2021(6):31.
- [3] 周茂飞. 小切口阑尾炎切除术应用于阑尾炎临床治疗的价值探究 [J]. 中国保健营养, 2021, 31(14):83.
- [4] 苏军峰. 腹腔镜与小切口阑尾切除术治疗早期急性阑尾炎的临床效果 [J]. 健康必读, 2021(10):135.