

急诊外科中急性阑尾炎的临床诊治方法

韦勇

福泉市第一人民医院, 贵州 福泉 550599

【摘要】目的: 分析急诊外科中急性阑尾炎的临床诊治方法。**方法:** 对我院收治的急性阑尾炎患者进行研究。根据手术治疗方案的不同分为对照组(开腹手术)与实验组(腹腔镜手术)。观察两组手术相关指标、术后恢复情况、治疗效果及并发症发生情况。**结果:** 在手术相关指标上, 实验组手术时间(41.21±3.45) min、疼痛持续时间(1.22±0.15) d、手术切口(1.51±0.45) cm, 均短于对照组的(57.23±4.25) min、(2.91±0.93) d、(5.06±1.63) cm, 且术中出血量(25.21±2.05) ml, 少于对照组的(37.24±3.56) ml, $P < 0.05$ 。在术后恢复指标上, 实验组术后排气时间(21.21±3.45) min、术后排便时间(50.21±3.05) min、术后进食时间(12.71±2.45) h 以及术后住院时间(4.21±1.45) d, 均短于对照组的(39.23±4.25) min、(61.24±4.56) min、(19.48±3.25) h、(7.23±1.85) d, $P < 0.05$ 。两组在治疗有效率差异无意义, $P > 0.05$; 但实验组并发症发生率3.92%, 低于对照组的19.61%, $P < 0.05$ 。**结论:** 在急性阑尾炎的急诊治疗中, 开腹手术与腹腔镜手术均具有较高的临床效果, 但腹腔镜手术安全性更高, 术后并发症发生率更低, 因此, 腹腔镜手术更具推广价值。

【关键词】 急诊外科; 急性阑尾炎; 诊断; 开腹手术; 腹腔镜手术

【中图分类号】 R656 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-0430(2023)15-0134-02

阑尾炎是外科常见的一种疾病, 发病较急, 通常分为单纯性阑尾炎、化脓性阑尾炎、坏疽穿孔性阑尾炎、阑尾脓肿四类^[1-2]。急性阑尾炎多与阑尾发育不良、饮食不注意有关, 也可能是阑尾局部梗阻或者阑尾感染所致^[3-4]。首先阑尾发育不良时, 可出现阑尾系膜发育过短或者过长, 肠内容物容易在阑尾管腔内残留, 导致阑尾局部管腔压力增大, 对局部产生压迫, 会导致充血、水肿, 继而易引发急性阑尾炎。其次平时饮食不注意, 长期进食难消化、不健康的食物, 如常吃烧烤, 或者大量酗酒等, 可能会诱发胃肠道的局部炎症, 导致阑尾腔内出现滤泡增生。特别是在人体免疫力较低的情况下, 容易诱发急性阑尾炎。同时阑尾是回肠末端一个末端器官, 当阑尾腔内出现梗阻时, 滞留粪便, 致使淋巴滤泡增生, 或出现寄生虫及回盲部结肠肿瘤等, 可引起阑尾管腔梗阻, 从而会引起阑尾突发肿胀, 伴随疼痛症状, 诱发急性阑尾炎。此外, 当腹腔、盆腔以及其他部位存在感染情况时, 会诱发局部炎症, 炎性因子可持续扩散, 从而引起阑尾感染, 出现急性阑尾炎。腹部疼痛是急性阑尾炎主要临床表现, 疼痛的位置主要是位于右下腹部。部分患者也可伴有腹泻的发生, 以及明显的消化道刺激症状, 如恶心、呕吐等。严重者可并发门静脉炎, 甚至出现肝脓肿, 也会表现为寒战、高热以及黄疸, 甚至出现心率增快, 血压下降, 严重的会危及患者的生命。急性阑尾炎治疗主要分为手术治疗与非手术治疗。在疾病早期, 炎症相对比较局限, 没有压痛、腹膜炎等症状时, 可以先选择适当的保守治疗, 但其并不是保守治疗的绝对适应征。一旦出现疼痛加重、腹膜炎体征等, 则需及时进行手术治疗。但由于传统开腹手术存在较多缺点, 如对患者损伤较大, 术后不利于恢复。若患者为高位阑尾^[5], 甚至还需加长切口。同时术后也极易发生并发症, 影响手术效果, 且手术瘢痕明显, 不美观等。而腹腔镜手术不仅创伤小, 恢复快。同时术后并发症发生率低, 且可探查全腹腔, 更利于特殊部位阑尾切除。本研究通过对102例急性阑尾炎患者进行研究, 分析开腹手术与腹腔镜手术治疗的临床效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

对我院2019年1月-2021年1月所收治的102例急性阑尾炎患者进行研究。根据手术治疗方案的不同分为对照组(51例)与实验组(51例)。对照组男性30例, 女性21例, 平均年龄为(36.12±1.25)岁, 平均发病时间(6.15±1.23)h; 实验组男性29例, 女性22例, 平均年龄为(35.92±1.52)岁, 平均发病时间(6.21±1.34)h。两组资料无统计学差异($P > 0.05$)。

急性阑尾炎的诊断标准^[6-7]: (1) 临床症状: 患者出现右下腹疼痛或者转移性右下腹疼痛。(2) 体格检查: 麦氏点有固定的压痛, 甚至出现反跳痛和肌紧张。(3) 辅助检查: 包

括血常规、B超、CT等等。血常规检查显示白细胞升高; B超或CT检查发现阑尾增粗, 周围有液体渗出。

纳入标准^[8]: (1) 符合急性化脓性阑尾炎诊断标准。(2) 患者知晓并同意参加研究, 且无腹腔镜手术禁忌症。(3) 签署相关协议书。(4) 医院伦理委员会批准。

排除标准: (1) 腹腔广泛粘连、腹部或腹膜结核、严重阑尾炎等。(2) 过敏体质。(3) 严重肝肾等重要器官功能不全。(4) 拒绝参加本次研究或研究者认为不符者。

1.2 方法

对照组实施开腹手术: 采用硬膜外麻醉, 取患者仰卧位, 常规消毒铺巾。在麦氏点行3-4cm切口, 逐渐切开皮肤、皮下组织。暴露腹腔, 沿结肠确定阑尾位置。对阑尾及其动脉进行结扎。之后切除阑尾, 将残余阑尾进行缝合。采用生理盐水冲洗腹腔后进行切口缝合, 术后常规抗感染、纠正水、电解质平衡等治疗。

实验组实施腹腔镜手术: 采用全身麻醉, 患者平卧, 取头低脚高位, 待麻醉生效后, 常规消毒、铺巾。在腹部建立气腹, 于在肚脐上缘建立1个观察孔, 再在肚脐下缘5cm以及肚脐的右侧10cm, 建立2个操作孔。腹腔镜常规三戳创置入器械, 探查网膜腹腔, 明确阑尾位置。游离阑尾系膜后予塑料夹夹闭, 切断阑尾系膜。予游离阑尾根部, 予1枚塑料夹夹闭阑尾根部, 在距盲肠约0.5cm处剪断阑尾, 提起阑尾并取出。腹腔如果有脓液, 应积极清除, 纱布蘸干术野, 查未发现活动性出血, 予以甲硝唑液冲洗术野, 并吸净。牵拉网膜覆盖右下腹术区, 并根据腹腔情况决定是否放置腹腔引流管。清点纱布器械无误后, 放气缝合关闭切口。

1.3 观察指标

1.3.1 手术相关指标: 记录两组手术时间、术中出血量、手术切口以及疼痛持续时间。

1.3.2 术后恢复情况: 记录两组术后排气时间、术后排便时间、术后进食时间以及术后住院时间。

1.3.3 治疗效果^[9-10]: ①显效: 临床症状消失, 病情治愈。②有效: 临床症状及病情均改善。③无效: 不符合以上标准或加重。

1.3.4 并发症: 肠梗阻、切口感染、活动性出血、腹腔粘连以及腹腔脓肿等。

1.4 统计学分析

采用SPSS 21.0对数据处理, 计数、计量分别采用%、 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 使用 χ^2/t 校检; $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标对比

实验组手术时间、疼痛持续时间均短于对照组, 且手术切口更短, 术中出血量更少, $P < 0.05$, 详见表1。

表 1 两组手术相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	手术切口 (cm)	疼痛持续时间 (d)
参照组	51	57.23±4.25	37.24±3.56	5.06±1.63	2.91±0.93
实验组	51	41.21±3.45	25.21±2.05	1.51±0.45	1.22±0.15
t 值		5.564	4.689	11.767	8.409
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组术后恢复情况对比 及术后住院时间均短于参照组, $P < 0.05$, 详见表 2。

实验组术后排气时间、术后排便时间、术后进食时间以

表 2 两组术后恢复情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后排气时间 (min)	术后排便时间 (min)	术后进食时间 (h)	术后住院时间 (d)
参照组	51	39.23±4.25	61.24±4.56	19.48±3.25	7.23±1.85
实验组	51	21.21±3.45	50.21±3.05	12.71±2.45	4.21±1.45
t 值		4.628	4.125	4.352	4.127
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组治疗效果及并发症发生情况对比 发生率 3.92%, 低于参照组的 19.61%, $P < 0.05$, 详见表 3。

两组治疗有效率差异无意义, $P > 0.05$; 但实验组并发症

表 3 两组治疗效果及并发症发生情况对比 (n/%)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率	并发症发生率
参照组	51	26 (50.98)	20 (39.22)	5 (9.80)	46 (90.20)	10 (19.61)
实验组	51	30 (58.82)	19 (37.25)	2 (3.92)	49 (96.08)	2 (3.92)
χ^2 值					1.635	5.126
P 值					>0.05	<0.05

3 讨论

急性阑尾炎的发病率在腹部外科里占到 10%~15%, 居于各种急腹症的首位。它可以发生在任意年龄段里, 发病年龄高峰是 20 到 30 岁, 其中男性高于女性, 约 2-3: 1^[11]。患阑尾炎一定有先决条件, 最常见的还是阑尾黏膜下层的淋巴滤泡增生引起。有些患者可能会有感冒或者炎症, 肠道炎症导致局部阑尾淋巴滤泡增生, 增生之后阻塞的阑尾的出口导致阑尾管腔压力增高, 引起阑尾炎, 这是最常见的原因。这也就是为什么年轻人最常见的原因, 因为年轻人的淋巴滤泡, 相对比较发达, 淋巴组织比较多所以会引起这样的问题。其次粪石掉到阑尾管腔里引起阑尾管腔梗阻, 粪石形成之后, 相对不太容易排出来, 所以导致阑尾炎, 这在老年人常见。可能持续的梗阻会比较重, 所以老年人的阑尾炎相对更严重。此外, 在高纤维素饮食的地区, 阑尾炎的发生率要低一些, 主要是由于高纤维素的饮食, 会促进肠道的蠕动, 对维护正常的胃肠道功能有良好的作用。急性阑尾炎多表现腹痛, 可能伴有恶心呕吐等症状。病情较重伴大量渗出时可引起肠蠕动减慢, 形成麻痹性肠梗阻, 及大量炎性物渗出物导致肠粘连, 形成粘连性肠梗阻。同时也会形成脓肿的可沿肠壁、膀胱等器官感染蔓延形成内外瘘。此外, 由于脓液的积聚, 阑尾腔压力的增高, 导致阑尾的坏疽和穿孔, 由局限性腹膜炎进展为全腹膜炎, 甚至可能会造成感染的进一步加重, 感染中毒性休克, 危及患者生命。

急性阑尾炎首选手术治疗, 包括开放性手术 (在阑尾处切开一个小切口, 找到阑尾并将其切除)、腹腔镜下阑尾切除术 (通过腹腔镜找到阑尾, 将其切除)。本研究结果显示, 在手术相关指标上, 实验组手术时间、疼痛持续时间均短于参照组, 且手术切口更短, 术中出血量更少, $P < 0.05$ 。在术后恢复指标上, 术后实验组术后排气时间、术后排便时间、术后进食时间以及术后住院时间均短于参照组, $P < 0.05$ 。两组治疗有效率差异无意义, $P > 0.05$; 但实验组并发症发生率 3.92%, 低于参照组的 19.61%, $P < 0.05$ 。说明了腹腔镜手术的临床应用价值更高。开腹手术是传统治疗急性阑尾炎的最经典术式, 其优势在于视野清晰, 在手术过程中能够清晰看到复杂的病症, 尤其是比较严重的疾病。但开腹手术对患者创伤较大, 腹壁会有一个很长的瘢痕, 对美观有影响。同时对于腹部脂肪比较厚的患者, 也有可能发生腹壁脂肪液化、切口感染等风险, 进而增加术后的愈合和恢复时间。而腹腔镜手术属于微创手术, 不仅创伤大为减少, 手术过程和术后恢复轻松, 痛苦少。同时腹腔镜手术对腹腔内脏扰乱小, 避

免了空气和空气中尘埃细菌对腹腔的刺激和污染。且术中以电切、电凝操作为主。对血管先凝, 后段止血彻底, 出血非常少。手术结束前冲洗彻底, 保持腹腔的清洁, 大大减少术后肠粘连的因素。此外, 腹腔镜手术术后恢复快, 可以早期下床活动, 促进病情早日康复。但是腹腔镜手术还是有自身缺点^[12], 如腹腔镜设备比较昂贵, 对手术医师有非常高的技术要求。同时有阑尾炎病史, 再次出现化脓性阑尾炎的症状, 阑尾内部有粘连则会增加手术难度, 粘连较重, 腹腔镜无法完成, 则需要进行开腹手术。

综上所述, 在急性阑尾炎的急诊治疗中, 开腹手术与腹腔镜手术均具有较高的临床效果, 但腹腔镜手术安全性更高, 术后并发症发生率更低, 因此, 腹腔镜手术更具推广价值。

参考文献:

- [1] 葛军杰, 杨涛. 两种不同手术方式治疗急性坏疽性阑尾炎的对比研究[J]. 临床研究, 2022, 30(05): 93-96.
- [2] 胡科, 刘玉君, 夏龙飞. 腹腔镜手术与开腹手术治疗小儿急性阑尾炎的效果比较[J]. 中国基层医药, 2022, 29(04): 509-512.
- [3] 郭悦, 朱晓旭, 韩煦. 急性阑尾炎 B 型超声、MSCT 检查影像学表现及临床诊治价值对比[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2022, 20(02): 143-145.
- [4] 郑豪杰. 腹腔镜手术与开放手术治疗急性阑尾炎的疗效与安全性[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12(23): 91-94.
- [5] 赵娜. 腹腔镜手术与传统开腹手术治疗急性阑尾炎的临床效果分析[J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(15): 124-125.
- [6] 杨雨民, 刘丹, 周金, 张晚辉, 王祺日根. 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(S1): 146-147.
- [7] 叶伟杰, 陈家阳, 林树文, 洪晓城, 吉成岗, 何应新. 腹腔镜手术和传统开腹手术治疗复杂性阑尾炎患儿的效果比较[J]. 中国当代医药, 2021, 28(16): 36-39.
- [8] 李子茂. 腹腔镜手术治疗急性阑尾炎的疗效及对炎症反应的影响[J]. 甘肃科技, 2021, 37(10): 126-128.
- [9] 易政国, 谢晓峰, 陈声辉. 腹腔镜和开腹手术治疗急性阑尾炎的临床疗效和安全性的研究[J]. 当代医学, 2021, 27(07): 48-50.
- [10] 胡育松. 探讨腹腔镜手术与传统开腹手术在急性阑尾炎治疗中的临床效果[J]. 名医, 2021, (02): 47-48.
- [11] 陈婷婷. 急性阑尾炎实施腹腔镜手术与开腹手术的治疗效果比较[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(02): 55-56.
- [12] 张海洋. 普外科临床治疗中急性阑尾炎临床诊治效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(66): 54.