

阑尾炎手术中的阑尾残端处理方法与临床效果分析

邓 戈

成都市第六人民医院 四川成都 610051

摘 要：目的：探讨阑尾炎手术中不同阑尾残端处理方式的临床效能。方法：将 120 例急性阑尾炎患者随机分为两组，对照组采用单纯结扎法处理，观察组采用埋藏缝合法处理，每组 60 例，对比两组手术时间、并发症发生情况、恢复时间及满意度。结果：对照组并发症发生率 16.7%，观察组仅 5.0%；与对照组相比，观察组肛门排气时间、住院时间均较短，满意度更高，各项差异均具统计学意义。结论：采用埋藏缝合法可降低术后并发症发生率，提高患者满意度，可在临床推广。

关键词：阑尾炎；阑尾残端；处理方法；临床效果

作为外科常见病症，阑尾炎属急腹症，主要采用手术切除治疗，阑尾残端处理作为手术关键环节，直接关联术后并发症发生及患者康复进度。临床上常用的阑尾残端处理方法为单纯结扎法与埋藏缝合法，两种方法优劣存在争议：单纯结扎法操作便捷，但残端暴露可能增加感染风险；埋藏缝合法可包埋残端，理论上能减少并发症潜在风险，但操作较繁复。本研究旨在对比两种阑尾残端处理措施的临床效能，为临床选择恰当处理途径提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 6 月至 2024 年 12 月在我院普外科接受阑尾切除手术的 120 例急性阑尾炎患者作为研究对象。纳入标准：（1）符合急性阑尾炎诊断标准，经临床表征、实验室分析及影像学检查确诊；（2）年龄 18–65 岁；（3）初次发病，未进行过阑尾切除等手术；（4）发病至手术开始时间 ≤ 48 小时；（5）患者知情且自愿签署同意书。排除标准：（1）阑尾穿孔或坏疽性阑尾炎；（2）伴有其他腹部脏器病症；（3）妊娠期妇女；（4）凝血功能异常；（5）心肝肾功能严重缺陷；（6）罹患精神病症。

借助随机数字表法，将 120 例患者分为对照组与观察组，每组 60 例。对照组男性 32 例，年龄 19–63 岁，平均 (36.8 ± 10.5) 岁，发病至手术时间 (15.6 ± 6.8) 小时，其中单纯性阑尾炎 35 例，化脓性阑尾炎 25 例。观察组男性 34 例，年龄 20–64 岁，平均 (37.2 ± 10.8) 岁，发病至手术时间 (16.2 ± 7.1) 小时，其中单纯性阑尾炎 33 例，化脓性阑尾炎 27 例。两组患者性别、年龄、病程、病理类型等一

般资料比较，差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 手术方法

两组患者均采用腰硬联合麻醉，常规消毒手术区域并铺巾。

基础手术步骤：选取右下腹麦氏点斜切口，逐层切开进入腹腔，探查腹腔情况，找到阑尾后游离阑尾系膜，在阑尾近根部结扎切断阑尾系膜及阑尾动脉^[1]。

对照组采用单纯结扎法：在盲肠 0.5cm 处，用丝线双重结扎阑尾根部，在结扎线远端 0.5cm 处切断阑尾，聚维酮碘消毒残端，不包埋阑尾残端。

观察组采用埋藏缝合法：完成阑尾结扎与切断后，在阑尾根部 0.5–1.0cm 范围的盲肠壁行荷包缝合，用血管钳夹持阑尾残端翻入盲肠体部，拉紧荷包缝线，实现残端完整包埋^[2]。

两组均常规冲洗腹腔，确认无活动性出血后，逐层闭合腹腔。

1.3 观察指标

（1）手术时间：自皮肤切开起至缝合终止的时长，采用标准计时装置进行精确记录，计时从手术刀接触皮肤时起，直至最后一针缝合完毕，切断缝线，记录精确至分，计时由巡回护士专人负责，保障数据准确可靠，手术时间涉及从切开、探查、阑尾处理、残端处理、冲洗到关腹等全部环节。

（2）术后并发症：对术后 2 周内切口感染、腹腔脓肿、肠梗阻、残端瘘等并发症的发生状况进行观察，每日查房时仔细检查切口情形，查看是否存在红肿、渗液、化脓等感染迹象，密切监测患者体温的变化趋势，必要时进行 B 超或 CT 检查，以明确腹腔内有无脓肿出现，针对患者腹胀、呕

吐等症状进行记录,评估出现肠梗阻的潜在风险,由主治医师对所有并发症确认,再详细记录。

(3) 胃肠功能恢复指标:记录术后肛门有排气表现的时间、肠鸣音从消失到恢复的时间、开始摄入流食的時刻。

(4) 住院时间:自手术当日起至出院历经的天数。

(5) 患者满意度:出院阶段采用自制的满意度调查文书评估,涵盖手术所取得的效果、疼痛呈现的状态、恢复的具体速率、护理服务的实际水平等范畴,调查总分达 100 分,若取得 85 分及以上分数算作满意。

1.4 统计学方法

运用 SPSS22.0 统计软件分析数据,计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以例数(百分比)表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义^[3]。

2 结果

2.1 两组患者手术时间比较

观察组手术时间为 (45.3 ± 8.6) min, 对照组为 (38.5 ± 7.2) min, 观察组手术时间长于对照组, 差异有统计学意义 ($t=4.732$, $P < 0.001$)。分析手术时间构成, 观察组时间增加主要集中在阑尾残端处理环节。单纯结扎法仅需两次结扎阑尾根部即可完成, 操作简便; 埋藏缝合法需准确定位荷包缝合位置、选择合适缝合范围、精细荷包缝合、翻入残端包埋并收紧缝线, 系列精细操作需额外时间。从整体手术时间看, 平均延长约 7 分钟, 增量有限, 临床实践中可接受, 鉴于埋藏缝合法的临床效益, 该时间投入价值较高, 随术者熟练度提升, 时间差异会进一步缩小。

2.2 两组患者术后并发症发生情况比较

术后 2 周内, 对照组 10 例发生并发症, 其中切口感染 5 例、腹腔脓肿 3 例、肠梗阻 1 例、残端瘘 1 例; 观察组 3 例发生并发症, 占 5.0%, 其中切口感染 2 例、肠梗阻 1 例。对照组并发症发生率明显高于观察组, 差异有统计学意义 ($\chi^2=4.227$, $P=0.040$)。细分并发症发生情况, 对照组切口感染比例 8.3%, 高于观察组的 3.3% (2/60), 可能与单纯结扎后残端炎性渗出物刺激切口有关。值得注意的是, 对照组 3 例腹腔脓肿、1 例残端瘘均为棘手并发症, 延长治疗时间、增加医疗费用、给患者带来身心痛苦; 观察组完全规避这两类严重并发症, 体现出埋藏缝合法的优势。从并发症严重程度看, 观察组并发症多为轻度切口感染, 经简单换药

即可痊愈, 对照组并发症需更复杂治疗。

2.3 两组患者胃肠功能恢复情况比较

如表 1 可见, 观察组肛门排气时间、肠鸣音恢复时间及进流食时间均明显短于对照组, 差异有统计学意义。

表 1 两组患者胃肠功能恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$, h)

组别	例数	肛门排气时间(h)	肠鸣音恢复时间(h)	进流食时间(h)
观察组	60	18.6 ± 4.2	12.3 ± 3.5	24.5 ± 5.6
对照组	60	26.8 ± 5.7	18.5 ± 4.3	32.8 ± 6.8
t 值	-	9.032	8.652	7.265
P 值	-	<0.001	<0.001	<0.001

分析这些指标临床意义, 肛门排气时间是肠道功能恢复的重要标志, 观察组平均 (18.6 ± 4.2) h 排气, 较对照组提前 8 小时以上, 反映患者可更早恢复肠道正常蠕动; 肠鸣音恢复时间观察组为 (12.3 ± 3.5) h, 快于对照组的 (18.5 ± 4.3) h, 提示埋藏缝合法对肠道功能干扰较小; 进流食时间缩短有利于改善患者营养状态, 促进肠道功能进一步恢复, 形成良性循环。胃肠功能快速恢复直接关系患者舒适度与康复速度, 可使患者较早摆脱腹胀、恶心等不适, 快速恢复正常饮食, 对提升治疗体验及生活质量意义显著。

2.4 两组患者住院时间比较

观察组住院时间为 (4.8 ± 1.2) d, 对照组为 (6.5 ± 1.6) d, 对照组住院时间明显长于观察组, 差异有统计学意义 ($t=6.582$, $P < 0.001$)。住院时长缩短具有多方面积极意义: 从患者角度, 可更早重返正常生活与工作, 减少疾病带来的生活困扰与心理压力, 平均缩减 1.7 天对需兼顾家庭和工作的患者意义突出; 从经济角度, 按现有住院收费标准, 住院时间缩短一天可节省数百元, 减轻患者经济负担; 从医疗资源利用角度, 可提高病床周转效率, 使有限资源服务更多患者, 同时降低院内感染几率, 减少患者在医院环境中的暴露时长, 促进全面健康。

2.5 两组患者满意度比较

出院时满意度调查显示, 观察组 56 例满意, 满意度 93.3%; 对照组 47 例满意, 满意度 78.3%。观察组满意度显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2=5.551$, $P=0.018$)。分析满意度调查内容, 观察组在手术成效、疼痛水平、康复速率、护理质量等维度评分均高于对照组, 尤其手术效果与恢复速度评分优势明显。多数患者反馈, 观察组术后疼痛较轻, 可更早下床活动与进食, 整体感受更舒适。高满意度不仅是对治疗效果的肯定, 也体现对医疗服务流程

的认可,有助于构建良好医患关系,提高患者对医院及医生的信任,促使患者更配合后续治疗与随访,对取得长远疗效有积极作用,同时可通过口碑传播增强医院社会声誉,形成良性循环。

3 讨论

阑尾残端处理是阑尾切除术的关键环节,处理不当可能导致切口感染、腹腔脓肿、肠梗阻等并发症,显著影响患者康复进程及生活质量。本研究结果显示,观察组采用埋藏缝合法处理阑尾残端,术后并发症发生率仅 5.0%,远低于对照组的 16.7%,两组差异有统计学意义,证实埋藏缝合法在预防术后并发症方面优势明显。

深入分析原因,单纯结扎法操作简便快速,但阑尾残端暴露于腹腔,残端炎性渗出物持续刺激周边组织,加重局部炎症反应,大幅增加感染及粘连几率;埋藏缝合法可将阑尾残端完整包埋入盲肠壁,形成天然生物隔离带,避免残端与腹腔直接接触,大幅减少炎性物质对腹腔脏器及腹膜的刺激,从根本上降低感染及粘连发生频率,更符合无菌原则与组织保护理念。

本研究还发现,观察组患者胃肠功能恢复时间明显短于对照组,具有重要临床意义。观察组肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、进流食时间分别为 (18.6 ± 4.2) h、 (12.3 ± 3.5) h、 (24.5 ± 5.6) h,与对照组相比均显著缩短,差异有统计学意义。这可能与埋藏缝合法显著减轻腹腔内炎症反应程度及范围有关,从而减轻对肠道功能的干扰与抑制。胃肠功能快速恢复可促进患者早期进食,及时改善营养状况,促进伤口愈合,同时有效缩短住院周期,缓解患者经济及心理压力。

需注意的是,观察组手术时间 (45.3 ± 8.6) min 较对照组 (38.5 ± 7.2) min 略有延长,主要因埋藏缝合需完成精细荷包缝合及残端包埋等额外工序,但平均约 7 分钟的时间差异在临床实践中可接受,尤其考虑到其带来的并发症减少、康复加速、住院时间缩短等多方面益处,该时间投入性价比高。

从患者满意度看,观察组满意度 93.3% 显著高于对照组的 78.3%,差异具有临床意义。主要原因是观察组患者术

后并发症较少、疼痛程度轻、恢复快、住院周期短,治疗体验更优。高满意度直接反映治疗效果,也体现患者对医疗服务质量的肯定,有利于构建融洽医患关系。

特别说明的是,虽然埋藏缝合法优势明显,但对术者技术要求较高,需熟练掌握荷包缝合技术,具备丰富手术技能与临床经验。若遇阑尾根部炎症严重、盲肠壁水肿明显且组织脆弱的病例,荷包缝合可能存在困难。

4 结论

本研究对 120 例急性阑尾炎患者进行随机对照研究,系统比较单纯结扎法和埋藏缝合法处理阑尾残端的临床效果。结果表明,与传统单纯结扎法相比,埋藏缝合法处理阑尾残端虽手术时间略有延长,但在减少术后并发症、促进康复、提高患者满意度方面优势显著。采用埋藏缝合法可使术后并发症发生率从 16.7% 降至 5.0%,加快胃肠功能恢复,缩短住院时间,将患者满意度从 78.3% 提升至 93.3%。这些改善不仅体现在客观临床指标,更有效提升了患者就医感受与生活质量。在条件允许情况下,建议临床医师优先选用埋藏缝合法处理阑尾残端,以获得更优临床效果与患者转归。对基层医院及年轻医务工作者,应加强埋藏缝合技术系统培训,提高手术操作熟练度与临床决策水平,推动该技术更广泛推广,使更多急性阑尾炎患者获益,切实实现医疗质量稳步提升与患者利益最大化。

参考文献:

- [1] 阮观忠,王惠铃.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].临床普外科电子杂志,2022,10(03):103-106.
- [2] 周黄敏.Hemolock 夹闭法在阑尾手术残端处理中的应用效果分析[J].现代诊断与治疗,2024,35(24):3741-3743.
- [3] 徐莉娜.舒适护理在阑尾炎手术护理中的应用效果观察与分析[J].黑龙江中医药,2021,50(04):400-401.

作者简介: 邓戈(1992-),男,四川省成都市,汉,硕士研究生,医师,职务:无,研究方向:普外肝胆、普外胃肠