



观察腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻的临床疗效

陈 伟 凌兴邦

天长市人民医院重症医学科 安徽天长 239300

【摘要】目的 探讨腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻的疗效。**方法** 选择我院 2015 年 5 月-2016 年 5 月收治的 90 例粘连性肠梗阻作为研究对象,随机分组,各组 45 例,对照组采取传统手术方式——开腹手术,观察组采取腹腔镜手术进行治疗。比较两组患者的治疗效果、手术指标。手术指标包括:手术时间、住院时间、手术出血量、术后肠功能恢复时间。**结果** (1)和对照组对比,观察组治疗有效率明显更高,数据差异存在统计学意义, $P < 0.05$ 。(2)和对照组对比,观察组手术时间、住院时间、术后肠功能恢复时间明显更短,手术出血量明显更少,数据差异存在统计学意义, $P < 0.05$ 。**结论** 对粘连性肠梗阻患者进行腹腔镜手术治疗,能够明显地提高疗效,并且可大大缩短手术时间、住院时间和术后肠功能恢复时间,有效地减少了手术出血量,应用价值高。

【关键词】 腹腔镜手术; 粘连性肠梗阻; 手术疗效; 微创技术; 术后并发症

【中图分类号】 R656 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 03-015-02

粘连性肠梗阻多数发病原因和腹部手术相关^[1]。随着腹部手术的次数增加,粘连程度也会愈加严重。治疗粘连性肠梗阻的方式很多,可分为两种,一种是保守治疗方法,通常而言,保守治疗效果欠佳;另一种是手术治疗方法,效果比保守疗法更加明显,因此在粘连性肠梗阻中应用广泛。传统手术方法主要为开腹手术,虽然效果明显,但是会对患者的身体造成较大的手术创伤,不利于患者术后恢复,并且容易复发,进入肠梗阻的恶性循环。随着微创技术的不断改善,腹腔镜技术逐渐在腹部手术中得以应用。本研究通过对我院粘连性肠梗阻患者进行对照实验,探讨腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

选择我院 2015 年 5 月-2016 年 5 月收治的 90 例粘连性肠梗阻作为研究对象,男患者 55 例,女患者 35 例,年龄 21-59 岁 (35.23 ± 5.50 岁),成因类型:阑尾切除术 30 例,剖宫产术 45 例,胃切除术 15 例。随机分组,各组 45 例,观察组男患者 29 例,女患者 16 例,年龄 21-59 岁 (35.19 ± 5.49 岁),成因类型:阑尾切除术 15 例,剖宫产术 24 例,胃切除术 6 例;对照组男患者 26 例,女患者 19 例,年龄 21-59 岁 (35.18 ± 5.50 岁),成因类型:阑尾切除术 15 例,剖宫产术 21 例,胃切除术 9 例。两组患者的性别构成、年龄特征、成因类型都无明显差异,可对比, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组:采取传统手术方式——开腹手术。先进行常规的气管插管和全身麻醉,按照常规开腹手术对粘连的组织进行分离,全部处理完毕以后,采用 250ml 术尔泰溶液对腹腔进行反复冲洗。最后关闭腹腔,缝合切口。

观察组:采取腹腔镜手术进行治疗。所有患者都进行气管插管和全身麻醉,在与原切口距离 5 厘米的位置放置套管针,然后建立气腹,经腹腔镜观察建立操作孔,第一个操作孔在腹腔无粘连的位置,经该孔放进超声刀,对粘连的组织进行分离,扩大腹腔空间范围,然后根据具体的粘连部位选择 2-3 个操作孔,对患者肠管、大网膜、前腹壁的粘连进行分离。如果患者属于束带导致小肠粘连的情况,可镜下解除束带;如果患者小肠和腹壁粘连形成角度,则可以使用电凝分离的方法对粘连进行切断。然后把梗阻的肠管复位。

最后放置引流管吸取积液,关闭腹腔,缝合切口,进行常规抗感染治疗。

1.3 观察指标

比较两组患者的治疗效果、手术指标。手术指标包括:手术时间、住院时间、手术出血量、术后肠功能恢复时间。

疗效评价标准如下:(1)显效:治疗后全部症状消失,创口愈合良好,无不良反应,无复发;(2)有效:治疗后症状明显改善,创口恢复正常,存在轻微不良反应,无复发;(3)无效:治疗后症状无改善,创口发炎,存在严重不良反应,粘连复发^[2]。

治疗有效率 = 显效 + 有效。

1.4 统计学方法

数据通过 SPSS19.0 统计学软件进行统计分析,采用平均数 ± 标准差的形式表示正态分布的数据,并且进行 t 检验;计数资料则以 n (%) 的形式表示,进行卡方检验, $P < 0.05$ 表示数据差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 治疗疗效

和对照组对比,观察组治疗有效率明显更高,数据差异存在统计学意义, $P < 0.05$ 。(如表 1)

表 1: 比较两组患者的治疗有效率 n (%)

组别	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组 n=45	35	13	1	44 (98)
对照组 n=45	26	13	6	39 (87)
χ^2				3.87
P				<0.05

2.2 手术指标

和对照组对比,观察组手术时间、住院时间、术后肠功能恢复时间明显更短,手术出血量明显更少,数据差异存在统计学意义, $P < 0.05$ 。(如表 2)

3 讨论

粘连性肠梗阻是常见的一种腹部外科手术术后并发症,患者由于腹部内部组织粘连导致肠梗阻,对肠道功能造成影响^[3]。粘连性肠梗阻一般由于腹部手术、感染类疾病所导致。据研究,腹部手术是导致肠粘连的主要原因,由于该原因导致肠梗阻的患者占比高达 80%^[4]。粘连性肠梗阻单纯通过保守治疗疗效并不明显,因此采取手术方式进行治疗更加有效。但是,传统的手术方式需对患者进行开腹方可解除粘连的组织,手术切口大,出血量多,需要漫长的时间方可恢复,并



表2: 比较两组患者的手术指标

组别	手术时间 (min)	住院时间 (d)	手术出血量 (ml)	术后肠功能恢复时间 (h)
观察组 n=45	60.30±13.00	6.31±1.32	45.00±4.10	12.23±4.51
对照组 n=45	120.56±10.55	9.10±2.21	180.20±10.55	42.21±5.55
χ^2	24.14	7.27	80.13	28.12
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

且在术后期间也更容易形成再次粘连。据研究,手术次数和粘连严重程度形成正相关关系^[5]。

本研究分别采用传统开腹手术和腹腔镜手术对粘连性肠梗阻患者进行治疗,对比二者的手术疗效和手术指标,结果显示,和对照组对比,观察组治疗有效率明显更高, $P<0.05$ 。和对照组对比,观察组手术时间、住院时间、术后肠功能恢复时间明显更短,手术出血量明显更少, $P<0.05$ 。由此可见,和开腹手术对比而言,腹腔镜手术不仅疗效更高,而且手术时间、住院时间、术后肠功能恢复时间也明显更短,由于微创切口的长度极小,手术出血量更加少,并且术后切口恢复快,不容易造成再次粘连可有利于减少粘连复发。腹腔镜手术对腹腔内脏造成的损伤不大,切口一般约1-2cm,可避免了腹部组织和脏器直接接触外界,有利于减少术后炎症,避免粘连复发。目前,腹腔镜技术已经发展非常成熟,不仅可探查身体内部的多个隐蔽器官,而且寻找探查目的准确,优势明显。

综上所述,对粘连性肠梗阻患者进行腹腔镜手术治疗,能够明显地提高疗效,并且可大大缩短手术时间、住院时间和术后肠功能恢复时间,有效地减少了手术出血量,应用价值较高。

参考文献:

- [1] 赵德明.腹腔镜与开腹手术治疗粘连性肠梗阻临床疗效对比分析[J].中国现代药物应用, 2018, 12(09):46-47.
- [2] 张学跃.观察腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘, 2017, 17(A3):23-24.
- [3] 刘洪喜, 胡丹.腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻的临床观察[J].中国实用医药, 2014, 9(32):56-57.
- [4] 邓华林.手术联合中药治疗粘连性肠梗阻的疗效观察[J].内蒙古中医药, 2014, 33(30):43.
- [5] 黄旭峰.腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻的临床观察[J].医学信息(中旬刊), 2010, 5(09):2401.

(上接第13页)

饮食不规律,急性胃出血发病率也越来越高。急性胃出血属于一类急危重症,患者需要及时到医院就医,如果发病后未及时治疗,会危及生命,因此患者需要引起高度重视。目前临床上对治疗急性胃出血有保守治疗与手术治疗两种方式,其中保守治疗就是采用药物进行治疗,以奥美拉唑使用最为广泛。奥美拉唑作为质子泵抑制剂,对胃酸分泌具有良好的抑制作用,用药后起效快,可以促进血小板凝固,达到止血的效果,对治疗急性胃出血具有重要意义^[3]。除此之外,保守治疗还涉及到输血、输液等治疗,对失血过多的患者进行输血,可以有效控制血压,预防患者出现休克、晕厥的情况。但是保守治疗只适合病情较轻者,如果患者采用保守治疗后,止血效果不显著,则需要采用手术进行治疗。手术治疗适合病情较重者,医生通过胃镜可以快速找到出血部位与出血原因,采取手术治疗,减少出血量。当患者有多个出血点时,首先将患者胃内的内容物清除干净,然后应用药物才能发挥最大的疗效,在手术过程中还需要注意观察患者的生命体征,更好的促进患者康复^[4]。

在本文研究中,两组患者采用不同方法治疗均取得了良好的效果,对照组患者的总有效率为83.72%,实验组患者的总有效率为95.35%,两组相比实验组患者的总有效率要高于对照组($P<0.05$)。由此可知,急诊手术治疗急性胃出血效果更为显著,但是对于病情较轻者,可以先选择采用保守治疗,如果止血效果明显,则无需采用手术,当患者治疗无效时再采取手术治疗也能起到良好的效果。所以,医生在给患者治疗时,要根据患者的情况采取最适合患者的治疗方案,在达到治疗效果的同时,还可以帮助患者节省手术费用。

参考文献:

- [1] 伍建平.分析急性胃出血急诊治疗及临床效果[J].中国实用医药, 2018, 13(07):42-43.
- [2] 孟丽.急性胃出血的急诊治疗及临床效果观察[J].当代临床医刊, 2016, 29(02):1996-1997.
- [3] 王洪政.急性胃出血的急诊治疗及临床效果观察[J].中国药物经济学, 2013(06):200, 205.
- [4] 翟金林.急性胃出血的急诊治疗及临床效果分析[J].实用心脑血管病杂志, 2012, 20(05):880.

(上接第14页)

时间、术中平均出血量以及住院时间等相关指症分别为(50.26±10.26)min、(37.52±12.65)mL、(6.12±0.62)天,各项数据均明显优于B组、C组,A组并发症发生率为3.0%,明显低于B组、C组。

综上所述,对于大隐静脉曲张患者给予微创创吸术其治疗效果明显优于大隐静脉高位结扎术、传统创吸术。

参考资料:

- [1] 余培东, 陈耀堂, 柴继军等.高位结扎联合激光腔内治疗大隐静脉曲张135例分析[J].宁夏医学杂志, 2016,

38(2):162-163.

- [2] 金一琦, 徐国雄, 黄剑等.腔内激光手术治疗大隐静脉曲张的临床疗效[J].中国现代普通外科进展, 2016, 19(2):122-124.

- [3] 孔艳杰, 黄乐刚.静脉腔内激光闭合术治疗大隐静脉曲张临床疗效分析[J].中国现代普通外科进展, 2015, 18(12):968-970.

- [4] 闫文锋, 吴刚, 许延发等.激光腔内闭合术联合高位结扎术治疗大隐静脉曲张疗效观察[J].中华实用诊断与治疗杂志, 2015, 29(8):786-787, 790.