



腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术在急性胃十二指肠溃疡穿孔中的临床疗效研究

石俊 (邵阳学院附属第二医院普外科 422000)

摘要:目的 在急性胃十二指肠溃疡穿孔中予以腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术,研究腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术的临床疗效。方法 选择急性胃十二指肠溃疡穿孔患者,共计100例,2015年3月-2017年2月是此次研究的时间选择段落,并按照数字表法分组,研究组、对照组,分别进行腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术、传统开腹手术治疗,研究组间患者的术中出血量、术后肛门排气时间和并发症发生率。结果 组间患者的术中出血量、术后肛门排气时间和并发症发生率数据指标存在较大的统计学差异性,且研究组各项数据指标更有优势性,即研究组与对照组相比,其术中出血量、术后肛门排气时间和并发症发生率数据均更低, $P < 0.05$ 。结论 腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术在治疗急性胃十二指肠溃疡穿孔中的临床疗效显著。

关键词:腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术 急性 胃十二指肠溃疡穿孔 临床疗效

中图分类号: R656.62 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 03-121-02

急性胃十二指肠溃疡穿孔属于外科急腹症,该病症有较高的发生率,据数据调查显示,予以溃疡手术进行治疗的患者,其发生急性胃十二指肠溃疡穿孔的可能性较大,且男性的发生概率大于女性;急性胃十二指肠溃疡穿孔具有起病突然且病情发展迅速等病症特点,若没有得到及时的临床治疗,则可能会引发患者发生中毒性休克等状况,会严重危害患者的生命安全。据最新的研究显示,患者的饮食习惯与发生急性穿孔存在密切的相关性。随着时代的进步,人们的饮食结构也发生着改变,因此,近年来急性穿孔的发生率也呈现出逐年上升的趋势。腹腔镜是一种临床应用十分频繁的一类治疗器械,腹腔镜手术具有十分肯定的临床应用价值。本文研究意图在于:在急性胃十二指肠溃疡穿孔中予以腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术,研究腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术的临床疗效;现相关数据研究报告见下方:

1 资料、方法

1.1 一般资料

选择急性胃十二指肠溃疡穿孔患者,共计100例,2015年3月-2017年2月是此次研究的时间选择段落,并按照数字表法分组,研究组、对照组。研究组——组内患者例数50例,男性患者例数多于女性例数(30:20);35-55岁是组内患者年龄范围,(45.66±7.36)岁是组内患者的平均年龄值;对照组——组内患者例数50例,男性患者例数多于女性例数(31:19);35-56岁是组内患者年龄范围,(45.67±7.16)岁是组内患者的平均年龄值;上述所有患者均经过临床检查,确诊为急性胃十二指肠溃疡穿孔患者;将存在手术禁忌证的患者排除在外。组间患者资料数据对比,没有统计学差异性数据指标出现, P 大于 0.05,可组间治疗效果比较。

1.2 方法

研究组、对照组,分别进行腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术、传统开腹手术治疗。

研究组——对患者实施静脉全身麻醉,在机体的脐部作切口,同时实施气腹针刺,对患者建立人工气腹(压力设置在15mmHg),将腹腔镜置入其中,对腹腔内的内容物、渗液等炎症物质予以清除干净,明确具体的溃疡穿孔部位,观察溃疡周围组织是否发生癌变;选择合适的4-0丝线缝合穿孔部位,范围包括全层间断和穿孔两侧至中心;对腹腔内部实施生理盐水冲洗,将内部的食物残渣吸干净,待常规放置引流管之后,排空内部气体,再缝合切口即可。

对照组——在腹部旁正中部位作一切口,按照肌层结构实施切开,探查腹腔内部情况并吸出积液,观察内部的病变情况后实施修补术治疗,手术后放置引流管即可。

1.3 观察项目

研究组间患者的术中出血量、术后肛门排气时间和并发症发生率。并发症观察项目——胃出血、粘连性肠梗阻。

1.4 数据处理

此次研究中的相关数据(组间患者的术中出血量、术后肛门排

气时间和并发症发生率)都经过统计学软件处理,版本为SPSS21.0版,患者的术中出血量、术后肛门排气时间均为计量资料,进行T检验,表现形式用(均数±标准差)表示;并发症发生率为计数资料,进行卡方检验,表现形式用(%)表示;当存在差异数据时,用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

组间患者的术中出血量、术后肛门排气时间和并发症发生率数据指标存在较大的统计学差异性,且研究组各项数据指标更有优势性,即研究组与对照组相比,其术中出血量、术后肛门排气时间和并发症发生率数据均更低, $P < 0.05$ 。组间患者的术中出血量、术后肛门排气时间和并发症发生率相关数据见表1、表2。

表1: 术中出血量、术后肛门排气时间分析表

组别	术中出血量 (mL)	术后肛门排气时间 (h)
研究组	17.36±4.12	30.11±10.23
对照组	59.69±12.03	46.23±10.92

表2: 并发症发生率分析表

组别	胃出血	粘连性肠梗阻	并发症发生率
研究组	0	1	1 (2.00%)
对照组	3	4	7 (14.00%)

3 讨论

胃十二指肠溃疡属于慢性疾病,疾病发展过程中极易被患者所忽视,但是,该种病症会随着病情发展而演化为急性胃十二指肠溃疡穿孔,给患者带来极大的身心痛苦。一般情况下,大多存在不良饮食习惯的人群较易发生急性胃十二指肠溃疡穿孔情况,若该类患者没有得到及时且正确的医学治疗,则较易发生中毒性休克等并发症,严重病情患者会直接死亡^[1-2]。

传统开腹手术治疗急性胃十二指肠溃疡穿孔患者可以取得一定的临床治疗效果,但是,该种治疗方式会存在一定的手术创面,患者术后会遗留下不同程度的身体瘢痕,并且,使得术后发生感染等情况的可能性加大,极为不利于患者的术后康复。

腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术有以下治疗优势性:手术中的出血量相对较少,手术切口长度相对较短,具有手术微创效果,术后遗留下的瘢痕组织也相对更小等。腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术在手术中不会让脓液直接接触切口,所以发生感染的几率较低,术后的康复速度较快,有利于患者的疾病康复^[3-4]。除此之外,腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术还可以对患者的疾病具体情况的有效判断,这是由于腹腔镜的器械特性所决定的,腹腔镜有十分广阔的手术视野,能够准确探查具体的疾病部位及其周围组织情况^[5-6]。

此次研究中,组间患者的术中出血量、术后肛门排气时间和并发症发生率数据指标存在较大的统计学差异性,且研究组各项数据指标更有优势性,即研究组与对照组相比,其术中出血量(17.36±4.12mL)、

(下转第124页)



于呼吸急促又需CT扫描者,往往在启动扫描前30秒内才让患者躺下,扫描完即刻扶起。若辅助检查后生命征不平稳或结果提示需要紧急处理,则应回抢救室进一步有针对性抢救后进入手术室。严重创伤患者建立急诊抢救室—辅助检查科室—急诊抢救室—手术室的路径,有利于确保患者安全,实现精准治疗。(3)要善于用动态的观点进行病情评估并注意机体代偿反应。急诊医师在接诊危急重患者时需尽快做出病情评估并能指导相应抢救。正确、及时识别“潜在危重病患者”是急诊医生特别关注的重要课题,可以明显减少临床急诊医师的误诊、误治或漏诊、漏治^[6]。休克是导致创伤患者早期死亡的关键,其中出血所致的低血容量性休克是其中的主要原因。因此,创伤对循环的评估的重点应是检查患者是否存在休克。休克患者不一定有低血压,休克患者出现低血压往往已是失代偿的表现。因此,对休克早期检出意义重大,应动态监测生命体征的变化,注意既往有否高血压病史,同时注意评估交感系统的代偿反应,如肢端温度,毛细血管再充盈时间,肢端温度,花斑等。对呼吸进行评估时,应注意正常人氧合指数95-99%, COPD患者89-92%。血氧饱和度正常并不能排除气道问题;明显的血氧饱和度下降,往往是通气不足的较晚表现。对于颅脑创伤而反应或氧合指数欠佳患者应注意检查上呼吸道,注意有无颅底骨折致上呼吸道出血,若有应及时气管插管保护气道。(4)要注意临床决策中的矛盾和误区。严重创伤救治中,床旁胸片检查是经常被选用的,但对于有些病例采用则是不当的,如纵膈气肿并全身严重皮下气肿患者,由于皮下气体的干扰,胸片根本无法看清肺部情况。纵膈气肿需胸骨上窝做横切口,这会令很多医生不敢操作;而当纵膈气肿合并全身严重皮下气肿时,也就不敢进行及时干预,实际上此时只须在气肿处皮下切开,分离皮下排气即可有效缓解症状。胸腔闭式引流是血气胸的常规治疗,但对于创伤后短时间内CT扫描出现大量胸腔积血患者,说明胸腔大血管破裂,此时胸腔闭式引流是无效且耽误时间,宜直接进入手术室开胸手术治疗。严重创伤需要多学科会诊,由于视角不同,专科的会诊意见也不尽相同,急诊科要求抢救生命为先,而专科往往

要求更为详尽检查,专科的意见影响急诊科医师的决策,若一味照搬专科意见,有时会延误救治。如本组骨盆骨折并休克患者请泌尿科会诊后行泌尿道造影检查,而未及时请介入科行血管栓塞治疗。血管介入治疗,在既往骨盆骨折患者会诊及救治中往往易被忽略。在本组5例骨盆骨折患者最后均由介入科进行出血血管栓塞后存活;本组1例车祸股骨开放性骨折;右股动脉断裂,右下肢毁损伤,右耻骨骨折,失血性休克患者经急诊抢救后血压波动于80/50mmHg左右,请骨科会诊,建议转ICU,待生命征稳定后手术治疗,而ICU会诊,则认为应及时手术,否则生命征不可能稳定。最后由急诊科再与骨科商议后决定并直达手术室行紧急右下肢截肢术,术后患者存活。由此可见,作为急诊医生在创伤救治时,面对多种意见和建议时,要有自己的想法,这些想法依托于既往的成功经验和不断吸取的失败的教训。

总之,定期分析创伤救治不良事件,建立严重创伤患者救治信息追踪制度,不断总结创伤救治经验,不断完善创伤救治流程评估体系,才能提高创伤救治质量,减少死亡率和伤残率,进而实现精准治疗。

参考文献

- [1] 屈纪富,刘明华,徐世伟,等.强化时效观念,优化救治流程,大力提高严重创伤救治成功率[J].创伤与急诊电子杂志,2013,1(1):8-10.
- [2] 赵晓东.如何做好创伤患者的早期评估:动态评估与快速处置相结合[J].临床误诊误治杂志,2014,7(27):32-34.
- [3] 孙纽云,姚树坤,周军等.我国医疗安全不良事件报告运行情况[J].中华医院管理杂志,2011,27(5):392-395.
- [4] 黄德胜.严重多发性创伤在急诊科的紧急救治措施分析[J].临床合理用药,2013,5(6):85-86.
- [5] 侯青敏,孟彦苓,杜斌.危重病患者的病情评估[J].协和医学杂志,2010,1(2):215-217.
- [6] 王连毅,刘家伟,陈冬琴.急诊快速病情严重程度评估——一种新的急诊病情评估方法[J].中国急救医学,2014,34(10):910-913.

(上接第121页)

术后肛门排气时间(30.11±10.23h)和并发症发生率(2.00%)数据均更低, $P < 0.05$;上述相关数据结果与孙景辉所发表的《腹腔镜下上消化道穿孔修补术临床效果观察》^[7]文章中阐述的研究结论相似;这也由此说明了,腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术在治疗急性胃十二指肠溃疡穿孔中的临床疗效显著。

参考文献

- [1] 刘继武.腹腔镜下行胃穿孔修补术的临床疗效[J].医疗装备,2016,29(12):82-82.
- [2] Maeng,J.H.,So,J.W.,Kim,J. et al.RhEGF-containing thermosensitive and mucoadhesive polymeric sol-gel for endoscopic treatment of gastric ulcer and bleeding[J].Journal of biomaterials applications,2014,28(7):1113-1121.
- [3] 陈志友.胃大部分切除术与单纯修补术治疗急性胃穿孔的临床

床疗效评价[J].今日健康,2015,14(10):104-104.

- [4] Sato,T.,Amano,H.,Ito,Y. et al.Vascular endothelial growth factor receptor 1 signaling facilitates gastric ulcer healing and angiogenesis through the upregulation of epidermal growth factor expression on VEGFR1+CXCR4+ cells recruited from bone marrow[J].Journal of gastroenterology,2014,49(3):455-469.
- [5] 张伟峰.腹腔镜修补术治疗胃穿孔的临床效果[J].中国卫生标准管理,2015,6(20):54-55.
- [6] Coblijn,U.K.,Goucham,A.B.,Lagarde,S.M. et al.Development of ulcer disease after Roux-en-Y gastric bypass, incidence, risk factors, and patient presentation: A systematic review[J].Obesity surgery,2014,24(2):299-309.
- [7] 孙景辉.腹腔镜下上消化道穿孔修补术临床效果观察[J].中国现代药物应用,2015,9(5):25-26.

(上接第122页)

离子浓度,抑制机体的炎症介质。多索茶碱进入剂提后,能通过细胞因子释放,有效治疗呼吸道疾病^[5]。

本次研究选取近年来医院收治的90例支气管哮喘患者作为研究对象,对比分析氨茶碱和多索茶碱取得的临床疗效,研究结果表明,在肺功能的改善功能方面,研究组患者经治疗后,各项FEV1、FVC、PEF各肺功能指标的改善程度优于对照组;在临床疗效方面,研究组的治疗总有效率(93.33%)明显高于对照组(82.22%);在安全性方面,治疗过程中研究组患者出现恶心呕吐、失眠烦躁、心悸胸闷等不良反应发生率明显低于对照组,且各指标比较,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结果表明,多索茶碱不仅能有效改善患者肺功能,缓解哮喘的症状,且能有效降低不良反应发生率。

综上所述,在支气管哮喘中应用多索茶碱,取得明显的临床效果,

且安全性高,值得临床大力推崇。

参考文献

- [1] 张克军,石雪.比较分析多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘的临床疗效[J].重庆医学,2017,15(A02):96-98.
- [2] 黄怀焕,林俊锋,伍胜孟.多索茶碱与氨茶碱治疗老年患者支气管哮喘急性发作的疗效及对肺功能的影响[J].中国现代医学杂志,2015,25(32):101-104.
- [3] 洪卫煌.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效对比观察[J].中外医学研究,2015,13(33):20-21.
- [4] 王革.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘效果分析[J].现代中西医结合杂志,2013,22(26):2914-2915.
- [5] 孙立新.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比分析[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(55):78-78.