

## 腹腔镜和开腹手术修补胃十二指肠穿孔的临床效果分析

刘利伟

中国重型汽车集团有限公司医院 山东济南 250000

〔摘要〕目的 研究分析在为十二指肠穿孔患者汇总分别采用腹腔镜手术积极常规的开腹手术治疗的效果差异。方法 选取在本院接受治疗的为十二指肠溃疡穿孔患者作为研究对象,选取时间段为 2013 年 1 月至 2017 年 8 月,病例数为 30 例。通过随机数字表格法分组,平均分成对照组和观察组各 15 例。对照组中的患者接受常规的开腹手术治疗,观察组患者接受腹腔镜手术治疗。分析两组患者的治疗效果差异。结果 观察组中患者的手术时长、术中出血量以及排气时间、住院时间均显著低于对照组 ( $P<0.05$ )。观察组患者的术后的肠道蠕动恢复时间以及 VAS 分数均显著低于对照组 ( $P<0.05$ )。观察组中患者的并发症率为 20.00%,对照组中患者的并发症率为 40.00%,组间差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 临床上针对胃十二指肠穿孔症状实施腹腔镜手术治疗效果良好,术后患者能够更快恢复,疼痛程度更低,并发症少,值得临床推广。

〔关键词〕开腹手术;腹腔镜手术;胃十二指肠溃疡穿孔;效果;并发症

〔中图分类号〕R656.62 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 08-056-02

作为临床常见的一种外科急腹症,诊治胃十二指肠溃疡穿孔时常选取非手术治疗或传统开腹手术治疗,但疗效均不明显<sup>[1]</sup>。近些年来,手术设施与时俱进,腹腔镜手术不断优化发展进而在临床运用范围更加广泛,且疗效理想。此次研究给予胃十二指肠溃疡穿孔病人以两组不同的治疗方案,比较分析不同方案的疗效。现总结如下。

## 1 临床资料和方法

## 1.1 基础资料

选取在本院接受治疗的为十二指肠溃疡穿孔患者作为研究对象,选取时间段为 2013 年 1 月至 2017 年 8 月,病例数为 30 例。通过随机数字表格法分组,平均分成对照组和观察组各 15 例。观察组中男性患者 8 例,女性患者 7 例,全组年龄在 34 岁至 63 岁之间,平均年龄为 (54.73±5.23) 岁;对照组中男性患者 10 例,女性患者 5 例,全组年龄在 35 岁至 64 岁之间,平均年龄为 (56.25±4.45) 岁。对比两组患者的性别、年龄等一般资料不存在显著差异 ( $P>0.05$ )。

## 1.2 方法

(1) 对照组:给予患者常规开腹手术治疗<sup>[2]</sup>。(2) 观察组:给予患者腹腔镜手术治疗<sup>[3]</sup>。全身麻醉后实施气管插管,开一约 10mm 的弧形切口,建立气腹,把气压控制于 12mmHg 左右,之后把 10mm 的腹腔镜以 30° 角度插进腹腔内。通过腹腔镜直视,再于病人左锁骨中线肋缘处开一 10mm 横切口,以植入

Trocar,之后于病人右锁骨中线肋缘处开一 5mm 横切口,植入 Trocar,待术者探查穿孔的详细位置后,取病患的胃溃疡组织进行活检,选取 4 号丝线纵行缝补穿孔 1 至 3 针,在病患的腹腔内打结,使用生物胶进行封堵后,再加以覆盖大网膜,之后灌入多量生理盐水以清洁冲洗患者腹腔,最后把温氏孔置于腹腔引流管,排放二氧化碳后顺次取出 Trocar,之后将左锁骨中线及脐周戳孔筋膜、皮下缝合,覆盖外用敷料。这两组病人在手术后均给予胃肠减压、禁食、补液及抗生素等操作<sup>[4]</sup>。

## 1.3 观察指标

严密监测两组病人的手术时长、术中出血量、排气时长及住院时长等;监测两组病人术后疼痛感评分 (VAS)、术后恢复肠蠕动的时间及术后并发症的发生率等<sup>[5]</sup>。

## 1.4 统计学方法

研究中全部数据均采用 SPSS18.0 软件进行分析,计量资料采用均数±标准差表示,接受 t 检验,计数资料率接受  $\chi^2$  检验,在  $P<0.05$  时提示数据差异具有统计学意义。

## 2 结果

## 2.1 分析两组患者的手术时长、术中出血量以及排气时间、住院时间情况

研究显示观察组中患者的手术时长、术中出血量以及排气时间、住院时间均显著低于对照组 ( $P<0.05$ )。详情见表 1。

表 1: 分析两组患者的手术时长、术中出血量以及排气时间、住院时间情况

分组	手术时长 (min)	术中出血量 (ml)	排气时间 (d)	住院时间 (d)
观察组 (n=15)	58.63±16.25	26.14±7.23	1.81±1.14	7.04±4.98
对照组 (n=15)	91.45±19.37	48.31±11.42	3.52±1.35	12.36±6.41
t	9.184	12.761	7.611	3.637
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 分析两组患者术后的肠道蠕动恢复时间以及 VAS 分数 研究显示观察组患者的术后的肠道蠕动恢复时间以及 VAS 分数均显著低于对照组 ( $P<0.05$ )。详情见表 2。

## 2.3 分析两组患者的术后并发症情况

研究显示观察组中患者的并发症率为 20.00%,对照

组中患者的并发症率为 40.00%,组间差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。详情见表 3。

## 3 讨论

临床上常将胃十二指肠溃疡穿孔归为消化性溃疡最危重 (下转第 58 页)

表 2: 两组患者治疗前后的血尿素氮、血肌酐水平对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	血尿素氮 (mmol/L)		血肌酐 (umol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35	45.21 ± 13.58	20.09 ± 5.43	763.5 ± 111.4	352.7 ± 69.8
对照组	35	44.96 ± 13.67	27.42 ± 7.31	766.3 ± 112.3	420.5 ± 73.6
t		0.0734	4.0503	0.1001	3.7811
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

析方式时如何最大程度调整相关指标、保障预后质量以及提高患者治疗期间的舒适程度,就有了重要意义<sup>[3]</sup>。血液透析分为间歇性和连续性两种,其中间歇性血液透析是常规的治疗方式,其能够有效缓解患者的临床症状,减少死亡率的发生,但是针对病情较为严重且病情急的患者,容易出现血流动力学紊乱,提升其低血压发生的危险性,并加重对患者脏器造成的损伤,远期疗效不佳<sup>[4]</sup>。而连续性血液透析针对病情急的患者治疗效果较好,其能够维持肾功能和和其他细胞的平衡,并通过半透膜将机体内毒素和其他未排除的废物排出体外,在净化血液的同时,纠正水、电解质和酸碱的平衡,保持血液稳定的流动<sup>[5]</sup>。本文通过研究发现,观察组(连续性血液透析)患者的治疗有效率为96.88%,显著优于对照组(间歇性血液透析)的75.0%,且治疗前后的血尿素氮、血肌酐水平明显优于对照组,组间差异具有统计学意义(P < 0.05)。说明连续性血液透析更适合治疗肾衰竭,能够改善患者的生活质量,提高治疗效果。

综上所述,血液透析是肾功能衰竭常用治疗手段,相对于间歇性血液透析,对患者采取连续性血液透析对病情有更好的控制效果,提高患者生活质量。

[参考文献]

- [1] 吕立华, 赖细女, 董一民, 等. 连续性与间歇性血液透析治疗肾功能衰竭疗效比较[J]. 上海医药, 2017, 38(24): 24-25.
- [2] 陈光权. 连续性肾脏替代疗法与间歇性血液透析治疗重症急性肾功能衰竭的比较分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(21): 4263-4264.
- [3] 弓伟. 连续性与间歇性血液透析治疗肾功能衰竭疗效比较分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(57): 44-45.
- [4] 高京娇. 连续性肾脏替代治疗与间歇性血液透析对重症急性肾功能衰竭的疗效比较[J]. 中国医药指南, 2017, 15(36): 165-166.
- [5] 王婕. 连续性与间歇性血液透析治疗肾功能衰竭疗效比较分析[J]. 现代医学与健康研究, 2018, 2(20): 55-57.

(上接第 56 页)

表 2: 分析两组患者术后的肠道蠕动恢复时间以及 VAS 分数

分组	术后的肠道蠕动恢复时间 (d)	VAS 分数 (分)
观察组 (n=15)	2.48 ± 1.05	3.25 ± 1.38
对照组 (n=15)	4.08 ± 1.14	6.61 ± 1.63
t	7.635	12.125
P	<0.05	<0.05

表 3: 分析两组患者的术后并发症情况

分组	腹腔脓肿和积液	穿孔复发	肺部感染	切口感染	并发症率
观察组 (n=15)	1	1	1	0	20.00%
对照组 (n=15)	1	1	1	3	40.00%
t					4.068
P					<0.05

的一种并发症。此病发展快、病况重,通常会引发弥漫性腹膜炎,如若不能及时选取恰当的治疗方案,将会严重威胁病人健康安全。近些年来,有关该病的研究也表明其病发率逐年增高,且由于临床大范围使用胃黏膜保护剂、质子泵抑制剂及幽门螺杆菌药物等,使得医生制定的手术方案也从胃大部切除改为穿孔修补术<sup>[6]</sup>。开腹手术多为探查切口,术中出血量大,创伤严重。而应用腹腔镜手术则有以下独到之处:该方案结合探查和治疗,可对早期病症不典型的病人做到准确判断,进而高度减少发生误诊漏诊的可能性;术中出血少、创伤轻,且仅利用特殊器械施术在病人的腹壁上开 3 至 4 个

0.5-1.5cm 的小孔,操作简单,缝补有效,有利于除去渗透液;手术后,并发症发生率低,康复、住院时长短;术野清楚,引流充分,冲洗彻底,且能安置最低位引流,患者可有效避免发生术后腹腔脓肿,减少腹腔粘连;在封闭的气腹环境中手术可有效避免干燥性浆膜损伤。总而言之,临床治疗胃十二指肠溃疡穿孔时采取腹腔镜手术,疗效理想,研究价值重大,推荐作为大范围使用方案,但此次样本量较少,需提高样本量以进行深度探究,从而为临床诊治提供更有依据性的数据参考。

[参考文献]

- [1] 罗卿, 杨绘筠. 腹腔镜胃十二指肠溃疡急性穿孔修补术后治疗效果分析[J]. 中国普通外科杂志, 2016, 25(7):1089-1092.
- [2] 吴刚, 吕明. 腹腔镜与开腹胃十二指肠溃疡穿孔修补术的临床疗效比较研究[J]. 中国现代医生, 2016, 54(3):77-79.
- [3] 李满绪. 腹腔镜下胃十二指肠溃疡穿孔修补术与常规开腹手术的临床应用比较[J]. 海南医学院学报, 2016, 22(16):1812-1815.
- [4] 王永, 苏鑫. 腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术降低患者应激反应临床分析[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2016(1):54-56.
- [5] 杨进. 腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术的临床效果观察[J]. 河南医学研究, 2016, 25(11):2068-2069.
- [6] 李科. 腹腔镜手术与开腹手术治疗老年胃十二指肠穿孔的临床疗效分析[J]. 中国实用医药, 2016, 11(23):73-74.