

电视胸腔镜手术对创伤性血气胸的治疗价值

陈 雄

大理州祥云县人民医院 云南祥云 672100

【摘要】目的 探索电视胸腔镜手术对创伤性血气胸的治疗价值。**方法** 将已接诊的 60 例创伤性血气胸患者作为实验研究对象,采取均分原则将其分为观察和对照组,两组中各有 30 例创伤性血气胸患者,对对照组患者给予开胸手术治疗,对观察组患者给予电视胸腔镜手术治疗,分析两组的手术指标和疼痛评分。**结果** 发现观察组的手术指标(手术时间、术中出血量以及住院时间)情况好于对照组($P < 0.05$),观察组的疼痛评分低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 电视胸腔镜手术对改善创伤性血气胸患者的手术情况并缓解手术疼痛具有非常明显的效果,值得推广使用。

【关键词】 电视胸腔镜手术; 创伤性血气胸; 治疗价值

【中图分类号】 R561 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2095-7165 (2020) 10-051-02

创伤性血气胸病情危重,不仅治愈率非常低,而且手术难度也非常大。如不及时治疗极易导致患者身体状况急剧恶化,严重时甚至导致患者死亡^[1],传统开胸手术与电视胸腔镜手术都是针对创伤性血气胸患者所采用的手术方式,而基于创伤性血气胸的特点和危害,电视胸腔镜手术是比传统开胸手术更加科学的治疗方式^[2],更能改善创伤性血气胸患者的手术情况并缓解手术疼痛。目前,临床上已开始采用电视胸腔镜手术治疗创伤性血气胸患者,并取得不错的治疗效果,故本文将对电视胸腔镜手术治疗方法进行分析,判断其临床治疗价值,具体分析如下。

1 资料和方法

1.1 基本资料

从 2019 年 2 月到 2019 年 9 月期间挑出已就诊的 60 例创伤性血气胸患者。按照入院顺序(病号)将其分为观察组和对照组。

每组的具体情况:其中,对照组中有 30 例病患,男患人数 11 例,女患人数 19 例,最小年龄 19 岁,最大年龄 75 岁,平均年龄 39.11 ± 15.15 岁,包括车祸事故 10 例,挤压和坠落伤 16 例,锐器伤 4 例。观察组中有 30 例病患,男患人数 12 例,女患人数 18 例,最小年龄 20 岁,最大年龄 77 岁,平均年龄 38.98 ± 14.89 岁,包括车祸事故 8 例,挤压和坠落伤 15 例,锐器伤 7 例。

1.2 操作方法

对观察组实施电视胸腔镜手术治疗方案,主要包括:(1)基础性检查和准备工作,积极与患者交流病况,消除其心理压力。

(2)具体治疗过程:调整患者体位为侧卧位,采取气管插管、全身麻醉后在患者的侧腋中线的 6、7 根肋骨之间切口,将胸腔镜置于患者体内观察情况,然后在腋前线第 4 肋间和腋后线第 6 肋间切口,肋间血管和动脉出血采用缝扎止血,小血管出血采用电凝止血,脊柱附近出血采用压迫止血,用卵圆钳取出血凝块,再用吸引器吸除积血,根据不同伤情进行针对性处理。处理后使用生理盐水冲洗胸腔,采取肺通气方式查看肺漏气情况是否存在,在胸腔内留置多侧孔引流管于进镜孔,连接负压引流瓶,对肋骨骨折患者在术后采取加压包扎。

对对照组实施开胸手术治疗方案,具体治疗过程:调整患者体位为侧卧位,采取气管插管、全身麻醉后根据患者的伤口部位在前外侧或后外侧切口,在第 4、5 根肋骨之间进行探查,消除凝血块和积血后,根据不同伤情进行针对性处理,其余同观察组,手术后放置引流管。

1.3 观察指标

观察内容分为两大部分:(1)统计手术指标,包括手术时间、术中出血量以及住院时间几个指标。(2)统计疼痛评分,采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)进行评分,分值范围 0-10,分数越高代表疼痛感越强。

1.4 统计学处理

计算工具选择 SPSS22.0 版本软件,手术指标和疼痛评分都采用“ $\bar{x} \pm s$ ”计算得出,进行 T 检验。P 表示比较差异显著度, $P < 0.05$ 则说明是有统计学意义的数据, $P > 0.05$,则说明数据比较差异并不明显。

2 结果分析

2.1 手术指标评价

统计结果显示,观察组的手术指标(手术时间、术中出血量以及住院时间)情况好于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 手术指标 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	住院时间(天)
观察组	30	85.72±12.42	265.11±18.19	8.70±1.18
对照组	30	138.56±10.05	348.14±17.41	13.11±2.82
T	-	18.1148	18.0616	7.9016
P	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 疼痛评分评价

统计结果显示,观察组的疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2: 疼痛评分 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	疼痛评分(分)
观察组	30	1.15±0.44
对照组	30	4.14±1.54
T	-	10.2252
P	-	0.0000

3 讨论

创伤性血气胸作为一种病因复杂、病情严重的疾病,危险度高,治疗难度大^[3]。因此必须要为创伤性血气胸患者选择最为科学的治疗方案,这样才能提高手术治疗效果,同时减轻其手术痛苦^[4]。

通过上述结果我们可以看到,观察组的手术指标(手术时间、术中出血量以及住院时间)情况好于对照组($P < 0.05$),观察组的疼痛评分低于对照组($P < 0.05$),这说明电视胸腔镜手术更能改善创伤性血气胸患者的手术情况并缓解手术疼痛,故开胸手术更加科学有效,可推广使用^[5]。

综上所述,传统开胸手术虽然也能达到治疗效果,但手术时间长、术中出血量大且患者需要长时间才能恢复,疼痛感明显会让患者产生不舒适和严重的心理压力,不利于其身体恢复。近年来,电视胸腔镜手术近年来逐渐被应用到创伤性血气胸治疗中,与传统开胸手术比较,手术时间短、术中出血量少且患者的恢复时间短,

(下转第 57 页)

得到药敏试验的结果,也要尽早的使用抗真菌治疗,然后通过药敏实验结果进行适当的调整。局部使用双氧水、稀碘伏或者看真菌溶液进行漱口和冲洗,对于局部水肿和充血较为严重的患者,可以使用激素治疗。部分患者会合并细菌感染,所以就要在抗真菌的治疗基础上使用抗菌治疗。在对患者治疗过程中,首先就要去除诱因,对原发病治疗的药物进行调整,并且清除病变组织,改善真菌的生存环境,以此满足治疗的目的^[5]。

总而言之,在临床对于疑似真菌感染患者的咽喉部患者,可以使用病变组织活检及真菌培养的方式进行确诊,通过不同的发病部位和病情严重程度使用针对性的药物治疗,从而得到满意的治疗效果。

[参考文献]

[1] 于丽, 张寒娟, 袁冬冬, 等. 临床药师参与侵袭性真菌病药

物治疗的分析与体会[J]. 药学服务与研究, 2018, 18(006):439-443.

[2] 侯幼红, 杨景平, 王洪波, 等. 59 例皮肤黏膜条件性真菌感染症的病理病原分析和中医辨证施治的探讨[C]//2019 全国中西医结合皮肤性病学术年会论文汇编. 2019.

[3] 邓一柯, 马进, 张丹. 氟康唑注射液局部应用治疗耳鼻喉真菌病的临床分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊)2018 年 18 卷 A2 期, 196, 198 页, 2020.

[4] 韩玲. 老年支气管肺癌伴深部真菌感染抗生素超剂量使用的原因分析及管理对策[J]. 中国卫生产业, 2018, v.15;No.339(04):147-148.

[5] 梁淑珍, 邓浩辉. 92 例广谱抗生素治疗引起口腔真菌感染的慢性肝病患者的临床特征分析[J]. 国际医药卫生导报, 2020, 26(17):2519-2523.

(上接第 51 页)

疼痛感明显缓解将利于患者的身体恢复,在创伤性血气胸治疗中价值巨大,值得推广使用。

[参考文献]

[1] 郑森中. 电视胸腔镜手术和开胸手术在创伤性血气胸患者临床治疗中的应用对比[J]. 浙江创伤外科, 2018, 023(004):664-665.

[2] 张江, 胡涛. 电视胸腔镜手术与开胸手术治疗创伤性血气

胸的疗效分析[J]. 医药前沿, 2017, 007(005):18-19.

[3] 李国, 曹中良. 电视胸腔镜手术与开胸手术治疗创伤性血气胸 58 例[J]. 中华实验外科杂志, 2015, 32(6):1469-1469.

[4] 陆文西. 电视胸腔镜手术与传统开胸手术治疗创伤性血气胸对全身炎症及应激反应的影响[J]. 海南医学院学报, 2018, 024(003):346-348.

[5] 肖洪伟. 电视胸腔镜手术与开胸手术对创伤性血气胸的临床效果比较[J]. 检验医学与临床, 2018, 015(003):341-343, 346.

(上接第 52 页)

低手术带给组织的损伤,住院时间不长,患者易于接受^[3]。第二,分期手术当中,部分患者会因手术刺激,而产生痔核水肿的现象,还可能嵌于创面内,引发强烈疼痛。而实施同期手术,手术当中就会对痔核进行处理,进而降低发生痔核水肿机率,并确保肛瘘切除引流顺畅^[4]。

本研究,观察组总有效率相较于对照组高许多($P < 0.05$)。观察组手术指标都优于对照组($P < 0.05$)。

总结以上,选择同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘,效果理想。

[参考文献]

[1] 谭中权, 赵廷鸿, 李俊涛. 同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的临床疗效及安全性[J]. 当代医学, 2019, 25(6):90-93.

[2] 陶甲林. 同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的临床疗效及安全性[J]. 饮食保健, 2019, 6(2):56-57.

[3] 沈洪明. 同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的临床疗效及安全性分析[J]. 中外医疗, 2017, 36(13):100-101, 104.

[4] 李建业. 同期手术治疗混合痔合并低位肛瘘的临床疗效及安全性评价[J]. 健康前沿, 2016, 23(6):115.

(上接第 53 页)

[参考文献]

[1] 崔云, 江晓斌, 杜永基. 甲状腺良性肿瘤运用峡部入路与上外侧入路改良 Miccoli 手术治疗的效果对比[J]. 黑龙江中医药, 2020, No.309(01):37-38.

[2] 何德, 周兴舰, 温嘉琪, 等. 小切口甲状腺手术治疗甲

状腺良性肿瘤的临床效果[J]. 中国当代医药, 2020, 027(009):50-52, 56.

[3] 崔广军. 经胸壁入路腔镜下甲状腺肿瘤切除术在良性甲状腺肿瘤患者中的应用效果[J]. 长治医学院学报, 2020, 34(4):267-270.

[4] 赵北永, 宋晓丹, 关华鹤. 两种腹腔镜手术方案治疗甲状腺良性肿瘤的对比分析[J]. 腹腔镜外科杂志, 2020(2):90-93.

(上接第 54 页)

恢复时间较短的特点,对改善手术指标,提高手术疗效具有积极作用。

通过上述结果我们可以看到,观察组术中出血量比对照组少而手术时间、肛门排气时间、住院时间比对照组短,差异明显($P < 0.05$) ($P < 0.05$),观察组结石完全清除率明显高于对照组,治疗效果更好($P < 0.05$) ($P < 0.05$),这说明腹腔镜胆囊切除术相较于传统开腹胆囊切除术更能改善手术指标,提高手术疗效,故腹腔镜胆囊切除术更加科学有效,可推广使用^[5]。

[参考文献]

[1] 彭涛. 腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的临床效果分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2015, 25(1):111-112.

[2] 董明春, 董渊. 用腹腔镜胆囊全切除术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的效果对比[J]. 当代医药论丛, 2016, 014(008):174-175.

[3] 巩少军. 腹腔镜胆囊切除术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的临床对比[J]. 中国临床医生杂志, 2018, 46(001):78-80.

[4] 魏彦红, 孙程明, 刘春勤, et al. 腹腔镜胆囊切除术在胆结石治疗中的疗效分析[J]. 中国保健营养, 2016, 26(027):53-54.

[5] 张彬. 腹腔镜胆囊切除术治疗中胆结石的疗效研究[J]. 中国继续医学教育, 2016, 012(016):125-122.

(上接第 55 页)

下不可吸收缝线固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折患者效果显著,可有效缩短手术时间和住院时间,加快术后功能活动。

综上所述,关节镜下不可吸收缝线固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折患者效果显著,值得推广应用。

[参考文献]

[1] 段平国, 周通华, 郭润生, 等. 关节镜下爱惜邦风险锚钉

固定法治疗新鲜前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折[J]. 中华创伤杂志, 2016, 32(7):621-625.

[2] 陈少初, 周建华, 张昊, 等. 关节镜下缝线内固定修复前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折 28 例疗效分析[J]. 中国医师杂志, 2015, 17(4):583-586.

[3] 王俭, 王文跃, 朱海涛, 等. 关节镜下缝线交叉固定治疗前交叉韧带止点撕脱骨折[J]. 临床骨科杂志, 2015, 18(3):349-350.