

普外科腹腔镜治疗急腹症的临床疗效研究

杨永明*

云南省楚雄州永仁县人民医院 云南 楚雄 651499

摘要:目的:研究腹腔镜手术治疗普外科急腹症患者的临床效果。方法:选取2019年11月-2020年12月普外科急腹症患者140例,随机分为两组,各70例。对照组实施开刀手术疗法,试验组实施腹腔镜手术疗法。比较两组患者手术成功率与并发症发生率。结果:试验组手术成功率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:与普通开刀手术疗法相比,普外科急腹症患者采用腹腔镜手术疗法的成功概率更高,但并发症发生率并无较大差别。

关键词:普外科;腹部急腹症;腹腔镜手术;普通疗法

DOI: <https://doi.org/10.37155/2717-5669-0204-15>

引言

急腹症通常在临床中表现为急性腹部症状,疾病关系较为复杂,在临床中诊断容易出现漏诊或者误诊的情况。该次研究选择我院在2019年11月-2020年12月期间,一共收治了140例急腹症患者,将其作为该次研究的研究目标,以随机数表法作为分组原则,通过对照研究,报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选取2019年11月-2020年12月普外科急腹症患者140例,随机分为两组,各70例。对照组男44例,女26例;年龄19~63岁,平均(39.5±3.2)岁^[1];腹外伤15例、急性阑尾炎37例、肠梗阻18例。试验组男42例,女28例;年龄18~62岁,平均(38.9±2.1)岁;急性胰腺炎13例、急性阑尾炎39例、肠梗阻18例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

疾病类型实施相应手术治疗,选择气管插管全身麻醉,当麻醉药物起效后,依据患者腹部真实疼痛位置确定手术切口,通常手术切口位于患者腹部正中及正中旁,或手术切口通过腹直肌,将腹腔逐层切开^[2]。全面观察腹腔内脏器情况,针对已经出现损伤的脏器需实施修复处理,并有效止血,确认处理完毕后将腹腔缝合关闭。

试验组患者予以腹腔镜手术治疗,麻醉方式选择气管插管全身麻醉,待麻醉药物生效后,使用气腹针实施腹腔穿刺并常规建立气腹,确保腹腔内二氧化碳水平控制在10~14mmHg之间,将腹腔镜置入,利用腹腔镜对腹腔内情况实施全面探查,尤其是对于患者出现疼痛的部位进行观察^[3]。明确发病位置,同时依据患者临床表现对疾病实施诊断及治疗。①急性阑尾炎老年患者可实施腹腔镜阑尾切除手术治疗,特别是并发阑尾穿孔伴腹膜炎的患者,因并发症少,阑尾切除阴性率低,手术后切口疼痛轻微,并且切口感染出现率低^[4]。②肠梗阻患者,手术过程中需遵循宁伤腹壁、不伤肠管的原则对腹壁和肠管粘连进行分离,尽可能选择超声刀。发生梗阻情况时,能够鉴别不完全性肠梗阻及完全性肠梗阻,当疾病发生时,肠壁扩张变脆、变薄,极易发生损伤,使得肠液大量漏出。对于无显著腹胀症状者,实施手术治疗时间段。对于广泛粘连者,需要进行开腹手术治疗。③急性胰腺炎患者,首先需要对腹腔内渗出物进行清除,随后切开胃结肠韧带,充分暴露胰腺,使用电钩仔细切开胰腺被膜,采用甲硝唑和无菌生理盐水对胰腺四周和腹腔实施反复冲洗,并在相应部位分别放置引流管。手术后使用甲硝唑、庆大霉素及无菌生理盐水灌洗液冲洗腹腔,每天灌洗量为5000 mL,每天灌洗时间在6~8 h。急性重症胰腺炎患者中,早期有30%~50%伴有腹腔积液,通过实施腹腔镜灌洗引流无需切开清除包含大量肠道移位细菌、血管活性物质及胰酶的渗液,降低腹腔炎性介质。使用含有抗生素的

*通讯作者:杨永明,1984年6月,傣族,男,云南永仁,云南省楚雄州永仁县人民医院,主治医师,硕士研究生,研究方向:肝胆胰脾外科学。

灌洗液进行灌洗,能够有效避免腹腔脓肿形成和发生炎症反应,因此手术后需要结合其他方式进行综合治疗。

1.3 观察指标

(1) 比较两组患者手术成功率:①有效:患者在手术后,症状完全消失,医学检验检查未发现不正常;②无效:患者手术后,症状和体征无明显改善,乃至症状加重,并且在医学检验检查中还有不正常情况,乃至更加严重。

(2) 比较两组患者并发症发生率,包括切口感染、电解质紊乱、失血性休克等。

1.4 统计学方法

采用SPSS21.0软件进行数据分析;计数资料以[n(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用成组t检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者手术成功率与并发症发生率比较:试验组手术成功率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1~2。

表1 两组患者手术成功率比较[n(%)]

组别	n	有效	无效
对照组	70	54 (77.1)	16 (22.9)
试验组	70	67 (95.7)	3 (4.3)
χ^2		10.291	
P		<0.05	

表2 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	切口感染	电解质紊乱	失血性休克	发生率
对照组	70	5 (7.14)	3 (4.29)	2 (2.86)	10 (14.29)
试验组	70	4 (5.71)	2 (2.86)	2 (2.86)	8 (11.43)
χ^2					0.833
P					>0.05

3 讨论

急腹症患者通常最典型的临床表现是腹痛,并且腹痛出现的部位或是疼痛最为剧烈的部位即为病变位置,持续性疼痛通常是由出血或感染所导致,而空腔脏器梗阻所导致的疼痛感通常为阵痛,若肠道出现痉挛,则出现绞痛。急腹症一般发病较急,并且病情可在短时间内出现改变,因此需立即前往医院进行诊治^[3]。临床治疗急腹症传统方式为开腹手术,该种方式对患者机体损伤较大,会延长手术后机体恢复时间,因此患者满意度不高^[5]。随着腹腔镜在临床的推广及使用,其在多种疾病诊断及治疗中均发挥良好效果,但在急腹症治疗方面研究较少,一定程度上限制急腹症治疗水平的提升。随着普外科手术水平的逐渐提升,腹腔镜的应用越来越广泛,因为腹腔镜手术的优势较多,包括:减少手术时间以及住院时间、降低术中出血量^[6]。而腹腔镜又可以置入到患者发生病变的部位,开阔手术视野,使主刀医师能够清晰观察到患者的腹腔内情况,可以给急腹症患者提供有效的治疗。术后可通过有效护理,包括:对患者的病情进行密切观察、调整体位、禁饮、禁食、胃肠减压、禁服吗啡类止痛药物、禁服泻药、禁止灌肠治疗、输液治疗、抗感染治疗及疼痛护理(针刺止痛、镇痛剂止痛等)、术前护理、心理护理、生活护理等来减轻患者术后不良反应带来的痛楚。对普外科急腹症实施腹腔镜手术治疗,手术切口较小,并且利用腹腔镜放大技术,在手术操作过程中可减少腹腔内脏器的干扰,防止细菌进入腹腔内造成感染。在手术过程中主要采取电切及电凝等方式进行操作,可发挥良好的止血效果,从而降低手术过程中的出血量^[7-8]。由于对患者机体损伤较小,手术后患者可早期进食,进而显著降低肠粘连等并发症的出现,发挥较高的安全性。

4 结束语

综上所述,普外科急腹症患者采用腹腔镜手术疗法,与普通开刀手术疗法相比较,普通手术疗法对患者的伤害太大,而在并发症发生概率方面,两种手术无较大差异,然而采用腹腔镜手术疗法,不但切口瘢痕减小,手术时间减

少,手术时的出血量也会有所减少,手术成功概率更高,安全性更大,值得临床大力推广应用。

参考文献:

- [1]史永光.腹腔镜用于100例普外急腹症患者的临床分析[J].中国美容医学,2012,21(18):219-220.
- [2]杜俊义.腹腔镜诊治普外科急腹症135例临床分析[J].现代中西医结合杂志,2014,15(28):3136-3138.
- [3]曾平海.腹腔镜技术在普外科急腹症手术中的应用[J].临床军医杂志,2013,41(8):843-844.
- [4]张成荣,同兴龙.腹腔镜在普外科急腹症诊治中的应用效果观察[J].医药前沿,2016,26(6):23-24.
- [5]姚景富,王丽香.普外科腹腔镜治疗急腹症的临床疗效分析[J].医药前沿,2014,16(8):290-291.
- [6]王国喜.普外科腹腔镜治疗急腹症的临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(95):99-104.
- [7]程国凌.普外科腹腔镜治疗急腹症的临床观察[J].中国医药指南,2013,11(35):139-140.
- [8]汪旭龙.普外科腹腔镜治疗急腹症的临床疗效分析[J].吉林医学,2013,34(33):6923.