

史；(2)弥漫性结石分布于Ⅱ级以上肝内胆管；(3)有胆道狭窄或局部肝脏萎缩；(4)合并有肝硬化、重症胆管炎、门静脉高压或肝脓肿等肝内炎性病灶。其治疗原则为取结石、解梗阻、切病因、通引流<sup>[4]</sup>。肝胆结石的病理改变多涉及整个胆管树的一个或几个区域，病变胆管树呈区域分布，以相应肝叶或肝段为累及单位分布。但非规则性肝叶切除术是按需要切除病灶组织，并不遵从肝内管道的解剖学分布，手术中易存在部分病变不明显病灶切除不彻底的情况。有相关文献<sup>[5]</sup>指出，规则性肝切除术具有较多优势，例如病灶切除较为彻底、残留率低，可降低患者复发的概率，同时，规则性肝切除术手术过程中及术后出血量较少、可有效降低不良反应发生率。笔者认为，规则性肝切除术的优势在于术中能有效保证肝脏完整解剖结构和在最大化功能体积的情况下完整切除肝脏病灶，并且根据解剖学分布对肝脏进行缝合，能有

效控制术中出血及手术性创伤，保证患者的康复效果。本研究结果显示，实验组的优良率为 96.0%，明显高于对照组的 72.0%，实验组的不良反应发生率为 4.0%，明显低于对照组的 24.0%，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。综上所述，规则性肝切除术治疗复杂性肝内胆管结石效果较好，安全性较高。

参考文献

[1]刘爽峰,余益民.规则性肝段或肝叶切除术治疗复杂性肝内胆管结石的疗效临床观察[J].肝胆外科杂志,2015,23(5):384-386  
 [2]柏宇,石刚,姜杰林,等.手术治疗复杂性肝内胆管结石的临床分析[J].现代生物医学进展,2014,14(14):2711-2713  
 [3]鲁德斌,李乔林.规则性肝切除并胆管镜在肝内胆管结石治疗中的应用研究[J].海南医学院学报,2016,22(6):562-564  
 [4]吴杨,黄强,胡元国,等.手术治疗复杂性肝内胆管结石的临床分析[J].肝胆外科杂志,2012,20(5):355-356  
 [5]屈珍生,刘兵.肝切除术治疗肝内胆管结石的疗效观察[J].吉林医学,2016,37(11):2715-2716

(收稿日期: 2016-12-23)

## 腹腔镜下胃穿孔手术治疗胃穿孔 40 例

景小松 宋展 吕柯 王耿泽

(河南省南阳市中心医院 南阳 473009)

**摘要:**目的:研究腹腔镜下胃穿孔手术治疗胃穿孔临床可行性。方法:研究对象为我院 2014 年 1 月~2016 年 4 月胃穿孔患者 80 例,随机分为两组,传统组采取传统的开腹手术进行治疗;腹腔镜组采用腹腔镜下胃穿孔手术治疗。将两组患者消化道功能恢复时间、术后住院平均天数、术中平均出血量、术后平均引流量和胃穿孔治疗效果、术后并发症发生率进行比较。结果:腹腔镜组胃穿孔治疗总有效率明显高于传统组,术后并发症发生率明显低于传统组, $P < 0.05$ 。腹腔镜组患者消化道功能恢复时间、术后住院平均天数、术中平均出血量、术后平均引流量均明显优于传统组, $P < 0.05$ 。结论:腹腔镜下胃穿孔手术治疗胃穿孔效果确切,可有效缩短消化道功能恢复时间,减少引流量和出血,术后住院时间短,值得推广应用。

**关键词:**胃穿孔;腹腔镜;胃穿孔手术;临床可行性

中图分类号:R656.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.037

胃穿孔为常见多发急腹症,发病急,且处理不及时或处理不当可对患者生命安全造成威胁。临床上胃穿孔的类型较多,如溃疡性穿孔、创伤性穿孔、癌变性穿孔等。胃穿孔多在溃疡极度活跃的情况下发生,患者可伴随便秘、恶心呕吐等临床症状,治疗不及时可引发严重腹膜炎,对患者生命安全造成威胁。传统对于胃穿孔的常用手术方法为开腹手术,但时间长且手术后恢复慢<sup>[1-2]</sup>。近年来,随着微创技术不断发展,腹腔镜下胃穿孔手术在胃穿孔治疗中逐渐成为首选方案,优势凸显。本研究探讨了腹腔镜下胃穿孔手术治疗胃穿孔临床可行性。现报道如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 研究对象为我院 2014 年 1 月~2016 年 4 月胃穿孔患者 80 例,随机分为传统组和腹腔镜组各 40 例。所有患者均符合胃穿孔诊断标

准,经胃镜检查 and X 线检查确诊,除外胃癌,所有患者既往无胃出血、梗阻和溃疡史,对本研究均知情同意,均自愿参与本次研究。所有患者均行胃修补术。传统组男 29 例,女 11 例;年龄 23~77 岁,平均年龄为  $(44.24 \pm 2.13)$  岁;发病 2.5~35 小时,平均  $(13.21 \pm 2.35)$  小时;其中胃幽门管穿孔 20 例,胃窦前壁穿孔 11 例,胃窦后壁穿孔 6 例,其他部位 3 例。腹腔镜组男 30 例,女 10 例;年龄 23~75 岁,平均年龄为  $(44.14 \pm 2.18)$  岁;发病 2.5~35 小时,平均  $(13.34 \pm 2.32)$  小时;其中胃幽门管穿孔 20 例,胃窦前壁穿孔 12 例,胃窦后壁穿孔 5 例,其他部位 3 例。两组患者一般资料比较差异不显著。

**1.2 治疗方法** 传统组采取传统的开腹手术进行治疗。腹腔镜组采用腹腔镜下胃穿孔手术治疗。全身麻醉,平躺体位,腹腔镜下清理患者腹部脓液,并探查腹部,用吸引器将腹腔脓性渗液吸引后,用手术纱

布擦拭腹腔。对胃内容物多的患者需吸净胃液,并观察穿孔边缘,及时进行病理检查,对非癌性穿孔需给予修补,用丝线缝合伤口后用大网膜覆盖,并固定和修补穿孔部位,修补后吸净渗液,用生理盐水清洗并经引流管排出,引流中注意对引流管进行良好固定,并及时更换胶带,避免引流管脱落。

**1.3 观察指标** 对比两组患者消化道功能恢复时间、术后住院平均天数、术中平均出血量、术后平均引流量和胃穿孔治疗效果、术后并发症发生率。显效:腹痛、恶心呕吐等症状消失,穿孔处检查愈合;有效:腹痛、恶心呕吐等症状减轻,穿孔处检查部分愈合;无效:未达到上述标准,症状无明显改善,穿孔未愈合。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times$ 100%<sup>[1]</sup>。

**1.4 统计学处理** 以 SPSS19.0 软件处理,计数资料行  $\chi^2$  检验,计量资料采用  $t$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者消化道功能恢复时间、住院天数、出血量、引流量比较** 腹腔镜组患者消化道功能恢复时间、术后住院平均天数、术中平均出血量、术后平均引流量均明显优于传统组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组消化道功能恢复时间、住院天数、出血量、引流量比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	消化道功能恢复时间(d)	术后住院平均天数(d)	术中平均出血量(ml)	术后平均引流量(ml)
腹腔镜组	40	1.14 $\pm$ 0.15	6.02 $\pm$ 0.53	24.52 $\pm$ 2.92	34.52 $\pm$ 2.92
传统组	40	3.24 $\pm$ 1.91	9.98 $\pm$ 2.72	69.26 $\pm$ 4.57	59.26 $\pm$ 4.57
t 值		9.033	8.825	8.512	8.235
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

**2.2 两组患者胃穿孔治疗效果比较** 传统组显效 12 例,有效 18 例,无效 10 例,总有效率为 75.00%;腹腔镜组显效 27 例,有效 12 例,无效 1 例,总有效率为 97.50%。腹腔镜组胃穿孔治疗总有效率明显高于传统组, $P<0.05$ 。

**2.3 两组患者术后并发症发生率比较** 传统组 2 例尿潴留,4 例切口感染,3 例腹胀;腹腔镜组仅 1 例切口感染。腹腔镜组术后并发症发生率明显低于传统组, $P<0.05$ 。

## 3 讨论

胃穿孔为临床常见多发急腹症之一,具有发病急、病情变化快等特点,目前临床多采用急诊开腹探查以及穿孔修补手术对胃穿孔进行治疗<sup>[4]</sup>。在穿孔

修补手术中,采用腹腔镜下进行修补,可对整个腹腔进行观察,且观察角度可调整,具有直观和清晰的特点,可为手术提供广阔视野。同时,还可对病变部位进行清晰观察,可明确穿孔部位、范围和程度<sup>[5-6]</sup>。传统开放手术切口可达到 12 cm 左右,可带来较大的创伤和疼痛感,术后恢复比较慢,且探查范围受到明显限制。而腹腔镜下胃穿孔手术治疗只需戳几个孔即可完成手术,创伤小,腹部无明显疤痕残留,且经腹腔探查容易发现合并疾病,还可发挥诊断作用,可减少并发症的发生,具有良好的美容效果,有利于缩短住院时间,术后胃管和引流管可及早拔除,减少感染的发生,减轻患者不适感,有利于术后早日康复。但需要注意的是,腹腔镜下胃穿孔手术治疗尚无法完全替代传统手术方法,对于高度怀疑胃癌、穿孔直径大的高龄患者需慎用腹腔镜下胃穿孔手术治疗<sup>[7-8]</sup>。

本研究结果显示,腹腔镜组胃穿孔治疗总有效率明显高于传统组,术后并发症发生率明显低于传统组, $P<0.05$ 。腹腔镜组患者消化道功能恢复时间、术后住院平均天数、术中平均出血量、术后平均引流量均明显优于传统组, $P<0.05$ 。综上所述,腹腔镜下胃穿孔手术治疗胃穿孔效果确切,可有效缩短消化道功能恢复时间,减少引流量和出血,术后住院时间短,值得推广应用。

### 参考文献

- [1]余春,毛兴龙,林水泉,等.加速康复外科理念在腹腔镜上消化道穿孔修补术中的应用[J].肠外与肠内营养,2013,20(3):139-141
- [2]袁军.腹腔镜上消化道穿孔修补术临床疗效观察[J].实用临床医药杂志,2012,16(11):59-60
- [3]张焯棠.腹腔镜与开腹手术治疗上消化道穿孔疗效比较[J].中国现代普通外科进展,2012,15(1):62-63
- [4]蔡建群.经胃、经脐腹腔镜探查术与外科腹腔镜探查术对不明原因腹水的对比研究[D].广州:南方医科大学,2013
- [5]孙颢,陈佳栋,高友福,等.肝圆韧带在腹腔镜上消化道穿孔手术中的应用[J].中国微创外科杂志,2016,16(5):463-464
- [6]谢明秀.腹腔镜下消化道穿孔修补术术后的护理研究[J].临床医学工程,2016,23(5):681-682
- [7]安玉怀,杨青.腹腔镜、胃镜、腹部 CT 三维重建三者联合对急性上消化道穿孔诊治的临床体会[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2016,16(9):64
- [8]姜涛,张少成,高海冰,等.经腹腔镜行胃穿孔修补术治疗急性胃穿孔患者临床效果分析[J].临床研究,2016,24(4):39-40

(收稿日期:2016-12-07)

(上接第 62 页)

- [3]刘仲涛,刘涛,田继辉,等.B 超引导神经内镜微创手术治疗高血压脑出血的临床应用[J].宁夏医科大学学报,2015,37(2):147-149
- [4]韩树生.超早期小骨窗微创手术治疗高血压脑出血的疗效及对 IL-2、IL-6、TNF- $\alpha$  的影响[J].贵阳医学院学报,2014,39(2):231-232

- [5]叶富跃,杨堃,郑传宜,等.颅内微创血肿清除术与传统开颅清除血肿手术在高血压脑出血中的应用效果分析[J].河北医学,2016,22(1):17-20
- [6]张旭,丁志君,赵伟,等.直切口小骨窗微创手术治疗高血压脑出血[J].徐州医学院学报,2014,34(11):750-751

(收稿日期:2016-12-05)