

具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标比较($\bar{x} \pm s$)										
组别	n	手术时间 (min)		术中出 血量(ml)		住院时 间(d)		术后下床活 动时间(h)		胸管留置 时间(h)
研究组	40	40.0±	22.2	110.0±	50.2	6.0±	2.0	15.5±	3.0	48.0±
对照组	36	123.2±	36.5	236.6±	21.2	10.2±	3.6	40.5±	6.2	96.2±
t		12.317		14.693		6.450		22.956		10.469
P		<0.05		<0.05		<0.05		<0.05		<0.05

2.2 两组患者并发症发生情况比较 研究组患者并发症发生率明显低于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组并发症发生情况比较[例(%)]					
组别	n	心律失常	肺部感染	消化道大出血	总发生
研究组	40	0(0.0)	1(2.5)	0(0.0)	1(2.5)
对照组	36	2(5.6)	4(11.1)	1(2.8)	7(19.4)
χ^2					5.78
P					<0.05

3 讨论

多数老年肺大疱患者伴有自发性气胸, 影响呼吸功能, 需尽早救治^[3]。此外, 考虑到老年患者身体机能逐渐衰退, 肺功能较差, 且合并较多基础疾病, 多数患者早期给予胸腔闭式引流进行保守治疗。对于胸腔闭式引流后肺大疱破裂经久不愈或肺大疱较大的患者, 往往需要接受手术治疗, 以降低复发率, 改善预后。

因老年患者的特殊性, 术前需要做好充足的术前准备, 严格按照患者具体情况, 选择恰当的手术方案, 严格把握手术指征。胸腔镜手术对肺功能的要求没有开胸手术严格, 能按照患者具体病变程度选

择实施肺大疱切除或结扎, 具有创伤小、手术时间短、术中出血量少、术后下床活动早、并发症少等特点^[4]。值得注意的是, 开胸手术不必切除过多的肺组织, 可防止出现术后漏气。因此, 虽然电视腔镜微创手术切除肺大疱的安全高、创伤小, 但仍不能完全取代开胸手术。

本研究资料显示, 研究组患者手术时间、术中出血量、住院时间、术后下床活动时间、胸管留置时间等均明显优于对照组, 且并发症发生少 ($P<0.05$), 与相关文献结果相符^[5-6]。说明在老年肺大疱并发自发性气胸患者的治疗过程中, 采用电视腔镜微创手术治疗, 能缩短手术和术后康复时间, 控制术中出血量, 减少术后并发症的发生, 利于患者肺功能的早期康复。综上所述, 电视腔镜微创手术治疗老年肺大疱并发自发性气胸临床效果显著。

参考文献

[1]陈磊,朱士彬,支青,等.手术治疗老年患者肺大疱并发自发性气胸的疗效分析[J].现代医药卫生,2016,32(21):3344-3345
[2]毕伟.30 例老年自发性气胸的临床手术体会[J].中国实用医药,2013,8(23):68-69
[3]孟云霞.50 例老年 COPD 并发自发性气胸患者的临床治疗体会[J].求医问药(学术版),2013,11(1):471-472
[4]陈亿凯,王鲁峰,卢军,等.胸腔镜手术治疗老年肺气肿自发性气胸 64 例临床分析[J].现代医院,2015,15(11):41-43
[5]黄冠荣,龚纪文,李璇.46 例胸腔镜肺大疱切除治疗自发性气胸的临床体会[J].包头医学院学报,2014,30(6):90-91
[6]姚达,龚立宏,万延辉,等.胸腔镜下肺大疱切除与缝扎术在治疗老年自发性气胸中的应用及疗效[J].中国临床研究,2015,28(5):603-605

(收稿日期: 2017-03-17)

不同手术方法治疗创伤性脾破裂临床效果评价

冯 淞

(河南省信阳市中心医院急诊外科 信阳 464000)

摘要:目的:探讨不同手术方法治疗创伤性脾破裂的临床效果。方法:选取我院 2015 年 1 月~2016 年 12 月收治的创伤性脾破裂患者 70 例为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组 35 例。对照组接受常规脾破裂修补术,观察组实施脾动脉栓塞术治疗,观察两组患者的并发症发生情况。结果:两组患者均顺利完成手术,手术成功率 100%。对照组患者术后伤口均出现不同程度的疼痛,主要表现为上腹疼痛及发热,术后并发症发生率为 37.1%;观察组患者术后也伴随不同程度的切口疼痛以及发热现象,但是并未发生泌尿系统感染、肺部感染、切口感染,有 1 例患者发生术后不完全肠梗阻,1 例患者出现胸腔积液,并发症发生率 5.7%;观察组患者并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$)。结论:脾动脉栓塞术治疗创伤性脾破裂的临床效果突出,值得在临床实践中推广应用。

关键词:创伤性脾破裂;脾破裂修补术;脾动脉栓塞术;手术效果

中图分类号:R657.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.017

脾脏位于腹腔左上方,是人体外周免疫器官,当机体处于休息状态时,脾脏会进行血液储存,处于应激状态时脾脏会将血液重新运送至血液循环当中。但是脾脏质地脆弱,容易受到外界的暴力损伤而发

生大出血。据统计,脾损伤在腹部损伤占比高达 40%,其中发生病理性病变的脾脏更易受到损伤^[1-2]。本研究中以创伤性脾破裂患者为例,探讨不同手术方法治疗创伤性脾破裂的临床效果,旨在为提高创

伤性脾破裂治疗效果提供依据。现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院于 2015 年 1 月~2016 年 12 月收治的创伤性脾破裂患者 70 例作为研究对象,所有患者均签署知情同意书,随机分为对照组和观察组各 35 例。对照组男 19 例,女 16 例;年龄 18~65 岁,平均年龄(36.2±3.5)岁;损伤类型:闭合性损伤 25 例,开放性损伤 10 例;严重程度分级:Ⅰ级 12 例,Ⅱ级 14 例,Ⅲ级 5 例,Ⅳ级 4 例。观察组男 20 例,女 15 例;年龄 19~65 岁,平均年龄(36.6±3.9)岁;损伤类型:闭合性损伤 27 例,开放性损伤 8 例;严重程度分级:Ⅰ级 12 例,Ⅱ级 15 例,Ⅲ级 5 例,Ⅳ级 3 例。所有患者均符合创伤性脾破裂诊断标准,排除严重肝肾疾病、严重心脑血管疾病、全身免疫系统疾病、造血及凝血功能障碍等。两组患者在性别、年龄、损伤类型、创伤严重程度等资料方面无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者予以常规脾破裂修补术,具体方法:患者进入手术室后保持平仰位行硬膜外麻醉(若发生出血性休克,为降低对患者的影响可采用局部麻醉),常规铺巾以及迅速建立静脉通路;于患者左上腹部旁正中作切口,将腹腔内积血清除干净,对患者腹腔进行探查并对创伤情况进行判断,注意观察患者是否出现其他器官损伤,如果患者为闭合性损伤未出现空腔脏器损伤,可收集患者腹腔内血液进行自体回输;可将左手探入腹腔捏住脾蒂止血,并清除干净凝血块,然后用右手将脾脏向前向内搬起并切除脾脏存在的失活组织;最后采用较粗的非吸收性丝线及肝针缝合裂口,多采用间断缝合形式并打结,打结前可塞入吸收性明胶海绵或大网膜进行止血;采用生理盐水对腹腔进行清洗,放置引流管并缝合腹腔切口。观察组患者实施脾动脉栓塞术治疗,术前准备工作同对照组:应用改良的 Seldinger 穿刺方法选择右侧股动脉将 RH 导管或者 Cobra 导管选择插入脾动脉,然后造影、栓塞;选择优维显造影剂、明胶海绵颗粒为栓塞剂,观察患者损伤的具体位置以及破裂范围,根据患者的脾脏损伤和出血情况对相关供血动脉进行栓塞,直到止血为止;要注意在栓塞治疗前对患者进行常规检查,存在明显肝异常患者要先进行内科治疗,如果患者伴有腹水可补充蛋白并利尿等方法进行处理。

1.3 疗效观察 两组患者术后均需进行并发症发生情况观察和记录,并发症包括泌尿系统感染、术后不完全肠梗阻、肺部合并感染、切口感染、胸腔积液。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS19.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者均顺利完成手术,手术成功率为 100%。两组术后均发生不同程度的并发症,其中对照组患者术后伤口均出现不同程度的疼痛,主要表现为上腹疼痛以及发热,术后并发症发生率为 37.1%;观察组患者术后也伴随不同程度的切口疼痛以及发热现象,但是未发生泌尿系统感染、肺部合并感染、切口感染,有 1 例患者发生术后不完全肠梗阻、1 例患者出现胸腔积液,并发症发生率 5.7%。观察组患者并发症发生率明显低于对照组,两组比较具有显著性差异($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者并发症发生情况对比[例(%)]

组别	n	泌尿系统感染	术后不完全肠梗阻	肺部合并感染	切口感染	胸腔积液	总计
对照组	35	3(8.6)	4(11.4)	2(5.7)	2(5.7)	2(5.7)	13(37.1)
观察组	35	0(0)	1(2.9)	0(0)	0(0)	1(2.9)	2(5.7)
χ^2							8.967
P							<0.05

3 讨论

脾脏是一个血供丰富、质脆的实质性器官,被与包膜相连的诸韧带固定在左后腹部上方,在暴力作用下极易发生损伤^[1]。创伤性脾破裂属于临床常见病症,多由以下因素所致,包括挤压伤、撞击伤、拳打脚踢伤等累及左季肋部或左上腹部所致,冲击伤(气浪或水波)、锐器伤(子弹或爆炸弹片、刀、剑刺伤)等,临床症状与体征因创伤的严重程度以及是否合并其他器官损伤而异,多表现为左上腹疼痛、脾脏肿大且压痛、内出血等,但是脾脏不完全破裂转化为完全性破裂者,病情将迅速恶化,急性症状快速出现,严重者甚至因出血过多、循环衰竭而死亡^[2]。外伤性脾破裂包括立即脾破裂、延迟性(迟发性)脾破裂、隐匿性脾脏破裂三种类型,其中立即脾破裂发生率最高,一般而言在临床中可将病情发展分为 3 个过程:(1)早期休克阶段,属于反射性休克,是机体对外界创伤的本能反应。(2)中期隐匿阶段。患者意识清醒,从早期休克阶段中恢复,且内出血症状并不明显。该阶段持续时间根据患者体质不同存在差异,短者 3~4 h,个别患者也可长达 2~3 周,才进入明显出血阶段。患者情况较为良好,除了伴随不同程度的左季肋部疼痛、压痛外,并未发生其他严重症状,但是诊断难度大,容易耽误临床治疗。(3)晚期出血阶段。该阶段患者临床症状较为明显,病情进一步恶化,严重

影响预后^[5-6]。

临床常采用手术进行创伤性脾破裂治疗,之前多数学者认为最好的治疗方法是脾切除,但是经实践证明脾切除术后容易发生并发症,因此目前多认可保脾手术治疗。其中常规脾破裂修补术、脾动脉栓塞术较为常用,均属于保脾手术。常规脾破裂修补术适用于未伤及大血管的 I、II 级脾破裂,对于病情危重患者而言,采用该方法治疗止血效果并不显著,加之手术技术要求高,容易导致患者发生生命危险。此外该手术方法对患者身体创伤大,术后容易出现并发症,严重影响预后。脾动脉栓塞术是发展中的一种保脾手术,通过结扎可使脾动脉压力下降 50~60 mm Hg,同时缩小脾脏体积,且具有韧性便于缝合,有助于增强止血的效果,也不易引发脾脏梗死。另外,该手术方法对患者身体创伤小,操作简单方便,血管造影的应用能够全面的反映患者内出血位置,疗效确切,并且避免了开腹的创伤,可有效降低术后并发症发生率^[7-8]。

本研究结果显示:两组患者均顺利完成手术,手术成功率 100%。对照组患者术后伤口均出现不同程度的疼痛,主要表现为上腹疼痛以及发热,术后并发症发生率为 37.1%; 观察组患者术后也伴随不同程度的切口疼痛以及发热现象,有 1 例患者发生术后不完全肠梗阻、1 例患者出现胸腔积液,并发症发

生率 5.7%: 观察组患者并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$)。可见脾动脉栓塞术和常规脾破裂修补术手术成功率均较高,但是脾动脉栓塞术后并发症发生率低,表明脾动脉栓塞术治疗优势更为明显,改善预后效果理想。但在临床治疗中,要注意根据患者的具体情况选择合适的手术方式,并不是所有的脾破裂患者都适用脾动脉栓塞术。综上所述,脾动脉栓塞术治疗创伤性脾破裂的临床效果突出,值得在临床实践中推广应用。

参考文献

[1]黄智,詹兴云,吴进生.不同手术方法治疗创伤性脾破裂临床疗效观察[J].海南医学,2011,22(20):82-83
[2]彭杏芳,鲁武伟.2 种不同手术方法治疗创伤性脾破裂疗效观察[J].中国伤残医学,2013,21(2):50-51
[3]郭洪运.不同手术方法治疗创伤性脾破裂疗效观察[J].现代养生(下半月版),2016,32(10):125
[4]鲁武伟.两种不同手术方法治疗创伤性脾破裂的疗效观察[J].中外医学研究,2012,10(35):103-104
[5]徐平.外伤性脾破裂行保脾手术的临床疗效观察[J].当代医学,2013,19(3):78-79
[6]王灵.外伤性脾破裂不同治疗方法的观察与护理[J].中国实用医药,2013,8(4):185-187
[7]殷响.手术治疗外伤性脾破裂 236 例临床分析[J].航空航天医学杂志,2012,23(3):325-326
[8]姜庆贺,王爱芝.外伤性脾破裂不同治疗方法的临床观察[J].中国药物经济学,2013,8(7):383-384

(收稿日期: 2017-01-15)

异丙酚复合瑞芬太尼在高血压患者手术麻醉中的临床疗效

孟凡凤

(河南省南阳医学高等专科学校第二附属医院麻醉科 南阳 473000)

摘要:目的:探讨异丙酚复合瑞芬太尼在高血压患者手术麻醉中的临床疗效。方法:选择 2016 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的高血压患者 136 例,按随机数字表法将其分为研究组与对照组各 68 例。研究组采用异丙酚复合瑞芬太尼维持麻醉,对照组采用异丙酚维持麻醉。结果:研究组完成手术时 DBP、SBP 及 HR 均低于对照组($P<0.05$);研究组完全苏醒时间低于对照组($P<0.05$);研究组麻醉相关并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。结论:异丙酚复合瑞芬太尼在高血压患者手术麻醉中具有显著的应用效果。

关键词:高血压;异丙酚;瑞芬太尼;手术;麻醉

中图分类号:R614

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.018

高血压是诱发心脑血管事件的重要危险因素,研究发现,高血压患者对麻药敏感性有所缺失,加之耐受性较低,极易导致循环与呼吸改变,增加心血管意外风险^[1]。因此,高血压手术患者对麻醉方案提出了更高的要求,有效维持麻醉的稳定性,缓解应激反应对保证手术安全至关重要^[2]。我院对 68 例高血压手术患者应用了异丙酚复合瑞芬太尼麻醉,临床收效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 1 月~2017 年 1 月我

院收治的高血压患者 136 例,按随机数字表将其分为研究组与对照组各 68 例。对照组男 38 例,女 30 例;年龄 45~78 岁,平均年龄(60.5± 5.3)岁;体重 46~76 kg,平均体重(62.5± 5.6) kg。研究组男 37 例,女 31 例;年龄 45~78 岁,平均年龄(60.8± 5.2)岁;体重 46~76 kg,平均体重(62.3± 5.5) kg。两组在性别、年龄及体重比较中,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。此次研究已通过我院伦理委员会批准,并与患者签订知情同意书。

1.1.1 纳入及排除标准^[3] 纳入标准:符合第 14 版