

复进程,同时增加术后并发症发生风险^[1-2]。因此,胃肠道手术后辅以营养支持具有重要意义。

肠外营养支持疗法用于肠外瘘、大手术围术期、严重营养不良肿瘤者、肠梗阻、炎性肠道疾病中均有效,有助于控制患者术后感染,改善营养状态,但易并发静脉炎及胃肠道功能紊乱和衰退^[3]。而肠内营养支持疗法用于胃肠道手术后的优越性,在于其经肠吸收的给药方式简便,符合人体生理功能状态,可维持患者肠黏膜功能、结构的完整性^[4]。若患者单纯应用肠内营养支持疗法,易出现胃肠道并发症,且无法耐受肠内营养支持者,易吸入肺部,导致窒息等不良后果。因此,联合应用肠内、肠外营养支持疗法,可最大限度利用各自优势,发挥更大效果。

本研究结果显示,研究组患者术后白蛋白、前白蛋白水平均高于对照组($P<0.05$),且住院时间短于

对照组($P<0.05$)。说明胃肠道手术后应用序贯肠内肠外营养支持疗法的临床效果优于肠外营养支持疗法,可改善患者机体营养状态,促进早期康复。但在临床治疗过程中,还应注重严格无菌操作,并注意肠内营养剂温度和速度的控制,以免患者发生感染、腹泻、腹痛等不良反应。

参考文献

[1]孙晓林,宋展,杨玉兵,等.老年胃肠道手术后患者早期肠内肠外营养支持与肠外营养支持的疗效比较[J].中国老年学,2015,35(12):3345-3347
[2]焦柳英,杨亚东.肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗危重患者的临床研究[J].临床合理用药杂志,2015,8(3):174-175
[3]汪雪芬.早期肠内联合肠外营养支持疗法在胃肠道肿瘤根治术后患者中的作用[J].中国乡村医药,2016,23(16):15-16
[4]曹春菊,梁允谊,黄梅英.序贯肠外肠内营养支持联合胆汁回输在肝内胆管结石术后患者中的应用[J].护理实践与研究,2016,13(15):49-51

(收稿日期:2017-07-11)

单孔和传统胸腔镜手术治疗胸部良性疾病的效果对比

林晓竹

(广东省揭阳市人民医院心胸外科 揭阳 522000)

摘要:目的:通过观察单孔胸腔镜手术(uVATS)与传统胸腔镜手术(VATS)治疗胸部良性疾病的效果进行对比,为胸部良性疾病治疗方式的选择提供理论依据。方法:选取2015年4月~2016年3月在我院接受uVATS治疗的胸部良性疾病患者25例作为uVATS组,并收集同期在该科接受传统胸腔镜手术治疗的胸部良性疾病患者23例作为对照组,记录比较两组患者的手术时间、出血量、胸腔闭式引流时间、住院时间、严重并发症、疼痛评分等临床指标。结果:uVATS组胸腔闭式引流时间、住院时间、疼痛评分均少于对照组($P<0.05$);两组手术时间、出血量、严重并发症比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:与传统胸腔镜手术治疗相比,单孔胸腔镜手术具有微创、安全可靠等显著优势,可以在临床上推广应用。

关键词:胸部良性疾病;单孔胸腔镜手术;传统胸腔镜手术

中图分类号:R655

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.067

目前对于胸部良性疾病的诊断和治疗,临床上广泛采用的方法是由3~4个切口组成的传统胸腔镜手术(VATS)。VATS属于一种微创胸外科新技术,通过应用现代摄像技术以及高科技的手术器械装备,在胸壁套管或微小切口下完成胸内复杂手术对患者进行治疗^[1]。在胸腔镜的手术过程中,通过手术器械中应用到的医用摄像头,可以将患者胸腔内的情况实时投射到大的显示屏幕,使其中的细微结构清晰地显示出来,从而使术者更容易对细微结构进行观察、对手术切除部位进行判断,从而能够极大地提升手术安全性。由于VATS具有微创且能有效提高患者生活质量的显著优势,在不断的应用过程中也使技术获得长足的进步且使医师经验得到积累,使得其可用于治疗的手术适应症逐渐扩大,当前VATS已经被广泛应用于胸外科。传统VATS由3~4个小切口组成,随着技术的进步及手术器械的改进,VATS的切口逐渐减少,由于医疗技术的不断

进步,腔镜器械也随之有很大程度的发展,因而单孔胸腔镜手术(uVATS)方法也逐渐开始得到应用,自2003年单孔胸腔镜技术的应用被首次报道后,其被用于胸部良性疾病的治疗报道越来越多,uVATS将传统VATS中的3~4个切口减为1个,即将多个体表穿刺孔汇聚于一个操作孔^[2],这样操作的优势是可以显著减少手术对于患者胸壁造成的创伤,从而在较大程度上降低与穿刺孔相关的并发症发生率。本次研究观察uVATS与VATS治疗胸部良性疾病的效果进行对比,为胸部良性疾病治疗方式的选择提供理论依据。现将研究调查结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年4月~2016年3月在我院接受uVATS治疗的胸部良性疾病患者25例作为uVATS组,其中男15例,女10例;平均年龄(38.7 ± 15.6)岁;原发性气胸8例,肺部良性肿块6例,胸外伤4例,急性脓胸3例,手汗症2例,纵隔肿

瘤 2 例。并选取同期在该科接受传统胸腔镜手术治疗的胸部良性疾病患者 23 例作为对照组，其中男 14 例，女 9 例，平均年龄(37.9± 14.4)岁；原发性气胸 6 例，肺部良性肿块 5 例，胸外伤 5 例，急性脓胸 4 例，手汗症 1 例，纵隔肿瘤 2 例。两组患者在年龄、性别、疾病构成等一般资料方面差异无统计学意义(P>0.05)，具有可比性。

1.2 手术方法 对照组进行传统胸腔镜手术：静脉复合麻醉及双腔气管插管处理，观察孔切口约 1 cm 在腋中线的第 7 肋间(放置胸腔镜)，主操作孔切口约 3 cm 于腋前线的第 5 肋间，副操作孔约 3 cm 于腋后线第 5 肋间，切口处放置保护套用以保护切口。uVATS 组包括对其进行全身麻醉以及进行双腔气管插管健侧单肺通气。使患者取健侧卧位，保持上肢外展 90°，手术医生和持镜助手位于患者腹侧。若为手汗症患者，则使其采取平卧位，对术侧手术床进行摇高处理。均取腋前线第 4 或第 5 肋间进行切口，长度保持在 3~6 cm，手汗症患者约 1 cm，切口完成后置入 5 mm 30° 胸腔镜和器械，手术完成后在同一切口放置 1 或 2 根常规胸腔闭式引流管。

1.3 观察指标 比较两组患者的手术时间、出血量、胸腔闭式引流时间、住院时间、严重并发症、疼痛评分等临床指标。疼痛评分的程度采用直观类比标度法，每 8 小时评估 1 次，范围为 0(完全不痛)~10(极度疼痛)分。

1.4 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计软件对研究所得数据进行分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 *t* 检验，计数资料以%表示，采用 χ^2 检验，以 *P*<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

uVATS 组所有患者均顺利完成单孔胸腔镜手术治疗，未有患者发生中转开胸或增加辅助切口的情况。手术时间 46~114 min，平均时间(64.6± 20.3) min。出血量 41~202 ml，平均(80.4± 21.2) ml，胸腔闭式引流时间 2~5 d，平均(3.4± 1.3) d。uVATS 组胸腔闭式引流时间、住院时间、疼痛评分均少于对照组(*P*<0.05)；两组手术时间、出血量、严重并发症比较差异无统计学意义(*P*>0.05)。见表 1。拔除胸管后观察 1~2 d 可以出院。术后随访 3~9 个月，平均 6.2 个月，采用电话随访，随访率 87.5%，无复发及其他严重并发症。

表 1 两组患者临床各指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

观察指标	uVATS 组 (n=25)	对照组 (n=23)	<i>P</i>
手术时间(min)	64.6± 20.3	57.2± 19.5	>0.05
手术出血量(ml)	80.4± 21.2	88.3± 24.6	>0.05
胸腔闭式引流时间(d)	3.4± 1.3	4.2± 1.4	<0.05
住院时间(d)	7.7± 2.3	8.8± 2.7	<0.05
严重并发症[例(%)]	0(0.0)	1(4.3)	>0.05
疼痛评分(分)	2.45± 0.65	4.64± 1.65	<0.05

3 讨论

VATS 技术不断进步，手术适应症越来越广泛，患者对其接受度也越来越高。传统 VATS 至少 3 个操作孔^[3]，伴随着医疗水平的提升和胸腔镜器械的发展进步，胸腔镜手术正由传统的胸腔镜 3~4 个手术切口逐渐向单操作孔、单孔过渡，即由传统胸腔镜手术治疗向单孔胸腔镜手术治疗过渡。有研究显示，对于原发性自发性气胸的治疗，应用 uVATS 能够取得良好效果。相较于传统胸腔镜手术，单孔胸腔镜手术将腋中线的观察孔取消，并将原先的 2 个操作孔减为 1 个^[4]。单孔胸腔镜手术的操作孔一般位于腋前线或腋中线第 4 或第 5 肋间，因为此部位肋间隙相对较宽，操作孔取于此处便于手术操作，对肋间神经造成的损伤也会较小。与传统 VATS 相比，uVATS 对于患者肌肉与肋间神经的损伤更小，可以达到减轻患者疼痛、提高患者生活质量的目的^[5]。有研究显示，将单孔胸腔镜和传统三孔胸腔镜对于自发性气胸的治疗效果效果进行对比，接受单孔胸腔镜治疗的患者术后切口疼痛较三孔胸腔镜治疗的患者要轻，表明单孔胸腔镜治疗能够降低切口疼痛程度。采用单孔胸腔镜治疗时需注意以下几点：(1)因为手术切口由原先的 3~4 个减少为 1 个，导致可用于手术操作的空间大大减小，这就对术者的操作技术水平有了更高的要求；(2)单孔胸腔镜手术的切口选择和传统腔镜手术也有所区别，在单孔手术中要保证切口与病灶保持较远的距离，因为如果两者相距太近，则容易导致器械之间产生互相干扰，最终影响操作，不利于手术的进行。尤其对于左侧病变，切口的选择要注意稍偏后，远离心脏，从而防止心脏对术者视线产生影响^[6]；(3)术者和持镜助手最好保持在同一侧站立，以防对于某些部位，会因“镜像效应”对手术操作产生不利影响^[7]。

本研究结果显示，由于 uVATS 比 VATS 造成的手术切口要少，因而患者住院时间和胸腔闭式引流时间明显缩短，术后疼痛明显减轻；两组患者的手术时间、出血量、严重并发症无明显差异。表明 uVATS 与 VATS 具有同样显著的治疗效果，另外还具有微创和安全可靠等明显优势。综上所述，对于胸部良性疾病的治疗，单孔胸腔镜手术具有较高临床应用价值，手术操作的难度不仅不会有很大程度的增加，而且可以达到有效减少患者早期疼痛、改善患者生活质量的目的。将 uVATS 应用到胸部良性病变的治疗上能取得满意效果，而且安全可靠，因此可以在临床上进行推广应用。

参考文献

[1]沈玉光,熊伟,瞿文栋,等.61 例单孔胸腔镜治疗胸部良性疾病的临床分析[J].重庆医学,2016,45(17):2406-2407
[2]郭向东,孙小康,刁明强,等.单操作孔电视胸腔镜手术治疗胸部良性疾病 186 例[J].中国胸心血管外科临床杂志,2015,22(12):1173-1175
[3]黄立志,曹庆东.单孔胸腔镜手术与传统胸腔镜手术治疗自发性气胸疗效的对比研究[J].宁夏医科大学学报,2014,36(6):650-652

[4]白忠义,王磊,薛如刚,等.单孔胸腔镜手术治疗胸部疾病 25 例临床观察[J].中国实用医药,2016,11(20):107-108
[5]曹纪伟,朱红军,韩玉龙,等.单孔胸腔镜治疗肺大泡合并自发性气胸的应用分析[J].中国现代药物应用,2016,10(19):11-12
[6]伍治强,李庆新,万虹利,等.单孔胸腔镜治疗胸部良性病变 18 例[J].中国微创外科杂志,2014,14(3):270-272
[7]曾先文,胡朝阳,景其强,等.胸腔镜手术与传统开胸手术治疗胸部疾病的效果对比观察[J].医学理论与实践,2014,27(13):1724-1725

(收稿日期:2017-03-15)

腹腔镜经腹膜前疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的效果比较

宋晓明

(河南省方城县中医院普外科 方城 473200)

摘要:目的:比较腹腔镜经腹膜前疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床效果。方法:选取 2014 年 5 月~2016 年 5 月我院收治的行手术治疗的腹股沟疝患者 114 例,随机分为开放组和腹腔镜组各 57 例。开放组行开放式无张力疝修补术,腹腔镜组行腹腔镜经腹膜前疝修补术,比较两组患者手术情况、住院时间、术后并发症发生率以及随访 12 个月患者复发情况。结果:除手术时间外,腹腔镜组术中出血量、术后疼痛持续时间、住院时间及术后并发症发生率均低于开放组($P<0.05$);两组均未出现复发情况,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:腹腔镜经腹膜前疝修补术治疗腹股沟疝的术中出血量、术后疼痛持续时间、住院时间及并发症发生率均优于开放式无张力疝修补术,值得临床推广应用。

关键词:成人腹股沟疝;腹腔镜经腹膜前疝修补术;开放式无张力疝修补术

中图分类号:R656.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.068

腹股沟疝是临床常见疾病,指腹腔内脏器或组织离开原来位置,经由先天或后天形成的裂孔或间隙薄弱区进入另一部位。手术修补是目前治疗该病的首选方案,包括传统有张力疝修补术、无张力修补等。传统有张力疝修补术因恢复慢、术后并发症多、容易复发等劣势已被临床淘汰^[1]。无张力疝修补包括开放式无张力疝修补术和腹腔镜疝修补术,近年来随着腹腔镜技术的不断发展,腹腔镜疝修补术逐渐应用于临床,并得到广泛认可^[2]。腹腔镜经腹膜前疝修补术(TAPP)是后入路腹腔镜疝修补的经典术式之一。本研究探讨 TAPP 与开放式无张力疝修补术在成人腹股沟疝治疗中的应用效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 5 月~2016 年 5 月我院收治的行手术治疗的腹股沟疝患者 114 例,随机分为开放组和腹腔镜组各 57 例。所有患者均为初次发病,符合腹股沟疝临床诊断标准^[3],排除肝肾功能异常、先天性心脏病、血液系统疾病患者。其中,男 75 例、女 39 例;年龄 48~61 岁、平均年龄(53.7±3.4)岁;发病部位:单侧 83 例、双侧 31 例;疾病类型:直疝 45 例、斜疝 37 例、股疝 32 例;临床分型:I 型 31 例、II 型 29 例、III 型 38 例、IV 型 16 例。两组患者性别、年龄、发病部位、疾病类型及临床分型等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可

比性。

1.2 手术方法

1.2.1 开放组 行开放式无张力疝修补术:实施硬膜外局部麻醉,常规作一斜形切口约 6 cm,逐层切口找到疝囊,于精索内后方分离至疝囊颈,高位结扎。I、II 型疝进行直接修补,III 型、IV 型疝使用聚丙烯网塞填至疝环内。精索后方放置大小约 10 cm×5 cm 的聚丙烯补片,将补片分别固定于腹内斜肌、腹股沟韧带、耻骨结节、联合腱等组织,逐层关闭切口,术后应用砂袋加压 24 h。

1.2.2 腹腔镜组 行 TAPP 术:取头低脚高位,实施气管内插管全麻,脐缘穿刺,建立 CO₂ 气腹,脐孔置入 10 mm 套管作为观察孔,双侧腹直肌外缘分别置入 5 mm 套管作为操作孔。于疝环腹壁缺损上方 2 cm 处弧形切开腹膜,进入腹膜前间隙,完整游离疝囊,斜疝疝囊较大时,可横断疝囊,远端止血后旷置;直疝和股疝疝囊直接自直疝三角或股环处游离。置入 10 cm×15 cm 聚丙烯补片,完整覆盖耻骨肌孔,展开铺平,缝闭腹膜,将补片完全覆盖。

1.3 观察指标 (1)比较两组手术时间、术中出血量、术后疼痛持续时间、住院时间、术后并发症发生情况。(2)出院后随访 12 个月,比较两组疾病复发情况。

1.4 统计学分析 数据处理采用 SPSS20.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资