表 3 两组患者 ICU 入住时间比较 ($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	ICU 入住时间
观察组	46	2.18± 0.25
对照组	49	7.57± 1.32
t		27.231
P		<0.05

3 讨论

冠心病是好发于中老年人的心脏疾病,冠状动脉搭桥术在冠脉狭窄的远端和近端建立起新的通道,使得血液可以绕过闭塞或狭窄部位,改善心肌血液供应。传统的冠状动脉搭桥术需在体外循环下开展,已有丰富的临床经验,手术技术也比较成熟,临床应用广泛,是治疗冠心病的经典术式。但体外循环对患者造成的损伤无法避免,可导致机体炎症介质的生成释放,易引起全身炎症反应,诱发多脏器的损伤^[2]。

随着微创医学的发展,非体外循环下的冠状动脉搭桥术在临床上逐渐得到应用,在国内外已普遍开展。本研究中观察组采用胸部小切口冠状动脉搭桥术,是经左胸前外侧做小切口开展的冠脉搭桥术,该术式主要有以下优势:(1)可规避体外循环手术对机体造成的创伤,避免补体系统激活后释放大量的氧自由基、炎症介质,引发弥漫性器官炎症反应,避免患者术后出现多脏器功能及凝血功能受损,有利于促进患者术后康复^[3]。(2)左胸前外侧做小切口手术有效避免对主动脉造成的突发性损伤,减少术中意外事件的发生。(3)降低体外循环和输血过多产生

的费用,术后住院时间较短,减少住院费用,缓解患者的经济压力。(4)手术时间较短,患者术后麻醉苏醒快,可减少机械通气时间及术后并发症。同时该术式存在一定的局限性,如:(1)术野暴露较差,对术者的操作技术要求高,术者要掌握娴熟的血管解剖能力;(2)手术切口位置的特殊性在一定程度上限制治疗其他冠脉分支,一般在左前降支狭窄、闭塞的治疗中,对于肥胖者需扩大胸壁切口,甚至需离断肋骨才能获得足够长度的血管。

本研究结果显示,观察组手术时间、术中出血量、术后并发症发生率及 ICU 入住时间均明显低于对照组($P<0.05$)。谢定雄^[4]等学者认为,胸部小切口冠状动脉搭桥术适用于心脏前壁冠状动脉的再血管化治疗中,尤其适用于合并高危因素、有冠脉介入史的患者。综上所述,胸部小切口冠状动脉搭桥术治疗冠心病疗效确切,能有效减轻手术带来的创伤,有助于促进患者术后早日康复,安全性高,值得临床应用。

参考文献

- [1]杨殿滨,吉占全,徐化静,等.胸部小切口冠状动脉搭桥术 80 例临床研究[J].中国现代药物应用,2016,10(4):29-30
- [2]肖连波,张玉辉,杨明,等.经左胸小切口非停跳冠状动脉搭桥术的临床研究[J].河北医学,2015,21(4):605-608
- [3]潘砚鹏,陈红卫,陈文宽,等.左胸小切口非体外循环冠状动脉搭桥术 18 例[J].中国临床研究,2015,28(11):1453-1454
- [4]谢定雄,丁延虹,黄方炯,等.胸部小切口冠状动脉搭桥术 66 例报告[J].中国微创外科杂志,2014,14(10):875-877,880

(收稿日期:2017-09-01)

腹腔镜技术在胃肠外科急腹症探查及治疗中的应用效果

杨进

(河南省许昌县人民医院外二科 许昌 461100)

摘要:目的:探讨腹腔镜技术在胃肠外科急腹症患者的探查及治疗中的应用效果。方法:选取 2015 年 1 月~2016 年 2 月在我院接受治疗的 70 例胃肠外科急腹症患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 35 例。对照组采用剖腹方法进行探查,观察组采用腹腔镜技术进行探查,比较两组的诊断情况、术中及术后的各项指标和并发症发生率。结果:两组的疾病探查率相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;观察组的手术时间长于对照组,但其他各项术中和术后指标均优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组的并发症发生率为 5.71%,低于对照组的 20.00%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:腹腔镜技术应用于胃肠外科急腹症患者的探查及治疗,能够提高诊断准确性和治疗安全性,促进患者术后恢复。

关键词:急腹症;胃肠外科;腹腔镜技术

中图分类号:R656.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.018

急腹症的临床发生率较高,主要特点有病情重、病因复杂、病情进展快及发病较急等^[1]。以往多选择剖腹的方法对患者进行探查,目的是了解致病原因,针对性地选择治疗方法^[2]。随着医学技术的发展,近年来,逐渐开始应用腹腔镜技术进行探查,腹腔镜技术能够避免部分非必须的检查,也不会对患者形成

明显创伤。本研究具体分析了腹腔镜技术在胃肠外科急腹症患者的探查及治疗中的应用效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2016 年 2 月在我院接受治疗的 70 例胃肠外科急腹症患者作为研

研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 35 例。观察组中男 19 例,女 16 例,平均年龄(46.2± 4.2)岁;对照组中男 18 例,女 17 例,平均年龄(47.5± 4.1)岁。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 术前检查证实为急腹症者;必须实施探查手术者;存在全身炎症反应综合征者。

1.3 排除标准 哺乳期或者妊娠期女性;生命体征缺乏平稳性者;存在消化道出血或者腹腔出血症状者;具有腹部开放性损伤或者外伤者;术前检查证实具有腹腔间室综合征或者存在腹部高压症状者。

1.4 治疗方法 所有患者都进行气管插管全身麻醉处理,手术开始前完成尿管和胃管的留置,常规抗炎和补液。对照组采用剖腹方法进行探查,观察组采用腹腔镜技术进行探查。首先建立二氧化碳人工气腹,接着从患者脐部位置将腹腔镜插入,进腹后对患者的发病位置进行观察;如果处理存在难度,适当进行小切口处理;如果仍然无法有效探查,应该及时转为剖腹探查,避免延误患者病情。

1.5 观察指标 比较两组的诊断情况、术中及术后的各项指标和并发症发生率。术中指标包括手术时间、切口长度和术中出血量,术后指标包括体温恢复时间、下床时间、住院时间和住院费用。

1.6 统计学方法 采用 Epidata3.0 软件建立数据库,将数据录入,然后采用 SPSS16.0 统计学软件进行数据处理,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

2.1 两组探查结果比较 两组的疾病探查率相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组探查结果比较[例(%)]

组别	n	肠梗阻	肠系膜血管病变	肠扭转	阑尾炎	胃肠道溃疡穿孔	非胃肠道疾病
观察组	35	5(14.29)	3(8.57)	4(11.43)	12(34.29)	9(25.71)	2(5.71)
对照组	35	6(17.14)	4(11.43)	2(5.71)	10(28.57)	10(28.57)	3(8.57)

2.2 两组术中指标比较 观察组的手术时间长于对照组,但术中出血量少于对照组,手术切口长度短于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组术中指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	手术切口长度(cm)
观察组	35	76.7± 19.3	51.3± 30.2	6.5± 2.1
对照组	35	58.2± 21.5	116.7± 48.4	15.7± 3.3

2.3 两组术后指标比较 观察组的体温恢复时间、下床时间和住院时间均短于对照组,且住院费用少于

对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组术后指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	体温恢复时间(d)	下床时间(h)	住院时间(d)	住院费用(元)
观察组	35	1.5± 0.3	12.0± 3.4	5.5± 4.1	12 521± 800
对照组	35	3.3± 1.5	26.3± 5.1	8.9± 4.5	16 342± 527

2.4 两组并发症发生率比较 观察组仅有 2 例患者出现皮下瘀血,并发症发生率为 5.71%;对照组出现肠粘连 2 例,切口液化 3 例,皮下瘀血 2 例,并发症发生率为 20.00%;两组的并发症发生率相比较,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

3 讨论

腹腔镜技术最早应用于人体是在 20 世纪 10 年代,之后经过不断的发展,渐渐广泛地应用于外科诊断与治疗中,对于一部分无法借助常规检查确诊的急腹症患者,手术不仅是诊断方法,同时也是治疗方法。剖腹探查虽然能够取得较好的探查结果,但是会对患者造成较大的创伤,影响术后恢复^[1]。采用腹腔镜技术进行探查具有微创性,并且通过腹腔镜能够更清晰地观察局部病灶,更直观地观察腹腔情况,及时正确诊断术前原因不明的患者^[4]。腹腔镜技术也能够避免因探查的盲目性对患者造成的损伤,如果患者病因不复杂,可以直接在全腔镜下完成探查;对于复杂病因的患者,也可以借助小切口完成探查,这样能够有效减少并发症,缩短住院时间^[5]。腹腔镜探查还能够促进患者术后恢复,因其不会对患者腹腔造成严重干扰,所以,术后胃肠道功能能够更快恢复,也能够减轻患者的医疗负担^[6]。

本研究对两组急腹症患者分别进行了剖腹探查和腹腔镜探查,结果表明,两组的疾病探查率相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;观察组的手术时间长于对照组,但术中出血量少于对照组,手术切口长度短于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组手术时间长于对照组,可能是由于腹腔镜在小切口下操作,要求更高,难度相对较大,所以增加了手术时间;观察组的体温恢复时间、下床时间和住院时间均短于对照组,且住院费用少于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组的并发症发生率为 5.71%低于对照组的 20.00%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。综上所述,腹腔镜技术应用于胃肠外科急腹症患者的探查及治疗,能够提高诊断准确性和治疗安全性,促进患者术后恢复。

参考文献

[1]王连鹏.腹腔镜技术在胃肠外科急腹症中的实际应用及疗效分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2014,14(32):167-168
[2]张庆鹏,卫勃,陈凛.腹腔镜在 65 岁以上胃肠外科急腹症患者手术

中的应用[J].中华胃肠外科杂志,2015,18(8):797-800

[3]章桂喜,黄勇平,樊敬文,等.腹腔镜用于诊疗阑尾炎及消化道穿孔等急腹症的临床观察[J].中国现代医生,2014,52(16):134-136

[4]傅继勇,陈超.急腹症行腹腔镜手术失败后再手术原因分析[J].中华胃肠外科杂志,2012,15(6):608-610

[5]黄劲洪.腹腔镜技术在胃肠外科急腹症患者中的应用[J].大家健康(下旬版),2016,10(7):95-96

[6]连彦军,曹赣,徐宁,等.腹腔镜诊治胃肠急腹症 146 例[J].中华腹腔镜外科杂志(电子版),2012,5(3):42-44

(收稿日期:2017-06-08)

PKP 结合益肾健骨膏治疗老年椎体压缩性骨折的临床研究^{*}

钟清源 余兰伟 陈妍 王清玉 韩大为[#] 李良华

(福建中医药大学附属人民医院 福州 350004)

摘要:目的:探索 PKP 联合益肾健骨膏治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床效果。方法:将 2012 年 4 月~2013 年 12 月就诊于福建中医药大学附属人民医院骨科行手术治疗的 30 例骨质疏松性肾虚血瘀型胸腰椎压缩性骨折患者作为研究对象,分为治疗组及对照组各 15 例。对照组采用经皮球囊扩张椎体后凸成形术(PKP)治疗,而治疗组则加用益肾健骨膏治疗。分别于术前及术后第 3 天、第 3 个月、第 6 个月计算伤椎 Cobb 角、椎体前缘与中部高度丢失百分数和 VAS 程度评分,综合评估临床疗效。结果:两组治疗前后疼痛程度、Cobb 角及椎体前缘高度丢失百分数均改善,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:PKP 结合益肾健骨膏治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折与单纯运用 PKP 技术方法相比,具有更加好的临床疗效,值得在临床上推广应用。

关键词:椎体压缩性骨折;经皮球囊扩张椎体后凸成形术;益肾健骨膏;骨质疏松

中图分类号:R683.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.019

椎体压缩性骨折(OVCF)多见于骨质疏松患者,尤其以女性多见,局部疼痛、脊柱塌陷、脊柱畸形为其临床特点,较低强度创伤即可发生的严重并发症^[1]。近年来,椎体压缩性骨折临床上越来越多见,严重影响患者生存质量。目前临床上运用 PKP 治疗椎体压缩性骨折取得的一定的疗效,但仍存在一定的局限性^[2]。中医认为应用椎体成形术联合补肾、活血化瘀药物治疗肾虚血瘀型骨质疏松性椎体压缩性骨折(OVF)能获得较佳的疗效和预后^[3]。本研究统计分析发现,PKP 联合益肾健骨膏治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折获得较佳的临床治疗效果。现汇报如下:

1 临床资料

1.1 研究对象 将 2012 年 4 月~2013 年 12 月就诊于福建中医药大学附属人民医院并住院手术治疗的肾虚血瘀型骨质疏松性胸腰椎体压缩性骨折老年患者 30 例作为研究对象,采用随机数字表法进行分组:益肾健骨膏结合 PKP(治疗组)15 例、单纯运用 PKP 治疗(对照组)15 例。所有研究对象都符合老年骨质疏松性肾虚血瘀型胸腰椎压缩性骨折的临床诊断标准。

1.2 纳入标准 (1)符合西医诊断及中医证候诊断标准的胸腰椎压缩性骨折患者;(2)全身条件可,无重要器官严重病史;(3)未经其他任何与治疗骨质疏松相关的内服、外敷药物治疗;(4)接受手术治疗及试验药物;(5)年龄在 60 岁以上且小于 80 岁者;(6)完成全部疗程诊疗资料齐全者;(7)病程在 1 周以内(腰椎 MRI 提示水肿信号);(8)属于 Ferguson 分度

法中的 I、II 度骨折;(9)CT 扫描无明显椎管狭窄,无椎管内骨折片;(10)无脊髓和神经根受损;(11)排除其他病理性骨折。

1.3 药品来源 益肾健骨膏是我院院内协议制剂。方药组成如下:石斛、丹参、茺蔚肉、补骨脂、菟丝子、黄精、骨碎补、麦芽、怀牛膝、神曲、杜仲、续断、淫羊藿、当归、熟地、女贞子、茯苓、枸杞等。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 手术治疗 符合研究对象均行 PKP 手术治疗。所有患者均采用单侧椎弓根入路行手术操作。透视下定位患椎椎弓根,消毒铺巾。用一体式穿刺针透视下经皮行椎弓根穿刺,见穿刺针位于椎弓根内,继续进针至椎体前部,拔出穿刺针留置工作通道,骨钻钻孔后沿通道插入球囊,逐渐扩张,取出球囊后沿通道注入骨水泥^[4]。透视见骨水泥弥散、充盈良好后待骨水泥凝固后拔出通道。术前完善相关检查,术中、术后密切关注患者生命体征,留院观察数天后出院并给予出院指导。

2.1.2 益肾健骨膏治疗 对照组患者仅给予 PKP 手术及术后常规治疗,而治疗组患者则加用益肾健骨膏治疗。口服治疗,早晚各 1 次(5 g),规律服用 3 个月。

2.2 观察指标 术前及术后第 3 天、第 3 个月、第 6 个月运用疼痛视觉模拟评分(VAS)进行量化处理后进行比较;运用影像学仪器测量伤椎椎体高度丢失百分比、Cobb 角进行比较。

2.3 统计学方法 运用统计学软件 SPSS20.0 对采

* 基金项目:福建中医药大学附属人民医院院内创新课题(编号: CXZD1215)

[#] 通讯作者:韩大为, E-mail: 934990837@163.com