

〔文章编号〕 1007-0893(2020)22-0021-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.008

腹腔镜手术治疗老年人胆结石的疗效 及对患者生活质量的影响

江承剑 陈霞

(古田县医院, 福建 古田 352200)

〔摘要〕 目的: 分析不同手术方式治疗老年人胆结石的临床疗效及对患者生活质量的影响。方法: 选取 2018 年 1 月至 2020 年 6 月古田县医院收治的 80 例老年胆结石患者, 随机分为两组, 对照组 ($n = 40$, 传统开腹手术)、观察组 ($n = 40$, 腹腔镜手术), 比较两组临床疗效。结果: 观察组患者手术时间、切口长度均短于对照组, 术中出血量少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 术前, 两组患者内毒素、D-乳酸水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 术后, 观察组患者内毒素、D-乳酸水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者各项生活质量评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 开腹手术是临床治疗老年胆结石传统方式, 虽然可获得一定效果, 但整体应用价值不是非常理想, 腹腔镜手术作为微创手术, 将其应用于老年胆结石治疗中, 可进一步优化手术和恢复指标, 且对肠黏膜屏障功能影响较小, 同时, 还可降低并发症发生率, 提高患者生活质量。

〔关键词〕 胆结石; 传统开腹手术; 腹腔镜手术; 老年人

〔中图分类号〕 R 657.4¹2 〔文献标识码〕 B

胆结石可分为胆囊结石、胆管结石, 大部分患者在患病后早期无明显症状, 伴随疾病进展, 可出现右上腹隐痛、恶心、呕吐等表现, 甚至还会引起急性胆囊炎、胰腺炎等多种并发症, 因此, 一旦患病需及时进行有效治疗, 防止疾病进展造成其他不良后果^[1-2]。目前, 临床治疗胆结石以手术为主, 主要术式包括传统开腹手术、腹腔镜手术, 笔者以本院收治的 80 例老年胆结石患者为观察对象, 展开平行对照研究, 分析不同手术方式的临床疗效及对患者生活质量的影响, 旨在探寻更加安全、有效的手术方式。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月至 2020 年 6 月本院收治的 80 例老年胆结石患者, 随机分为两组, 对照组 ($n = 40$): 男 22 例、女 18 例, 年龄 60~85 岁, 平均年龄 (72.5 ± 10.3) 岁; 观察组 ($n = 40$): 男 23 例、女 17 例, 年龄 60~86 岁, 平均年龄 (73.1 ± 10.4) 岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 研究对象符合胆结石诊断指南与标准^[3]; (2) 具有手术治疗指征、耐受性^[4]; (3) 临床病历资料完整、真实; (4) 知情本研究内容, 配合良好。

1.1.2 排除标准 (1) 近期内接受过手术治疗者;

(2) 合并其他严重组织器官疾病者; (3) 存在语言、听力以及精神等功能障碍者; (4) 中途脱落或者退出观察者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 传统开腹手术, 当患者入手术室, 协助处于最适手术体位, 对其进行麻醉处理, 麻醉起效后, 于右腹部行手术切口, 逐层分离皮肤组织, 暴露胆囊三角区, 夹闭、离断胆囊动脉、胆总管, 切除胆囊, 缝合切口, 参照实际情况确定是否留引流管, 给予必要的抗感染治疗、营养支持等。

1.2.2 观察组 腹腔镜手术, 当患者入手术室, 协助处于最适手术体位, 对其进行麻醉处理, 麻醉起效后, 于脐下缘行小切口, 建立人工气腹, 置入腹腔镜、手术器械, 探查胆囊三角区情况, 离断胆囊动脉、胆囊管, 切除胆囊, 冲洗腹腔, 缝合切口, 参照实际情况确定是否留引流管, 给予必要的抗感染治疗、营养支持等。

1.2.3 护理干预 两组于术前、术中以及术后给予相同护理干预, 具体措施如下: 术前, 全面评估手术可行性, 及早指出手术过程中潜在危险因素, 并制定应急处理预案, 以通俗易懂语言对患者进行疾病、手术相关知识健康宣教, 提升其认知能力, 同时, 了解其内心真实想法, 给予针对性疏导和鼓励, 使其明白负性心理情绪可造成应激影响手术实施, 使其能够保持平常心态配合手术, 此外, 护理人员再次核实、检查手术相关准备是否完全、充分, 为手术开展奠定良好基

〔收稿日期〕 2020-09-28

〔作者简介〕 江承剑, 男, 副主任医师, 主要研究方向是肝胆结石手术治疗。

础。术中，在患者入手术室之前，护理人员提前将手术室温度、湿度调节至适宜状态，并再次核对患者个人信息、疾病情况等内容，入手术室后协助其处于最适体位，同时，注意保护其隐私并做好保暖措施，将输注液体提前放置恒温箱进行加温，避免因输注液体温度过低引起低体温，另外，加强患者生命体征、面色等的监测，一旦发生异常立即告知医生并协助处理，紧密配合医生进行手术操作，准确、快速递送手术器械及物品，尽可能缩短手术时间，以此来降低手术存在风险，确保手术能够安全顺利完成。术后，重视患者麻醉苏醒期的监测陪护，避免发生躁动、坠床等情况，当麻醉作用消退恢复至清醒，指导有效呼吸，做好呼吸道、疼痛护理，同时，在院期间参照其身体情况、饮食爱好等，为其制定个体化的膳食计划，确保摄入充足营养物质，以供机体消耗代谢，进而能够尽快恢复。

1.3 观察指标

观察分析手术指标、恢复指标、肠黏膜屏障功能、并发症、生活质量。手术指标：手术时间、切口长度、术中出血；恢复指标：肛门排气、下床活动、住院等时间；肠黏膜屏障功能：内毒素、D-乳酸水平；并发症：感染、出血、胆管损伤、腹部不适，根据实际发生类型统计计算，与单个病例无关；生活质量以生活质量综合评定量表（generic quality of life inventory-74, GQOLI-74）评价，得分高示生活质量好^[5]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 24.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术指标比较

观察组患者手术时间、切口长度均短于对照组，术中出血量少于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者手术指标比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 /min	切口长度 /cm	术中出血量 /mL
对照组	73.14 ± 6.55	8.84 ± 1.13	85.45 ± 10.21
观察组	52.12 ± 5.06 ^a	2.35 ± 0.42 ^a	43.14 ± 6.77 ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者恢复指标比较

观察组患者肛门排气时间、下床活动时间以及住院时间均短于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者恢复指标比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	肛门排气时间 /h	下床活动时间 /h	住院时间 /d
对照组	23.36 ± 4.22	28.66 ± 4.27	7.11 ± 0.65
观察组	15.78 ± 3.21 ^b	17.14 ± 3.09 ^b	5.05 ± 0.43 ^b

与对照组比较，^b $P < 0.05$

2.3 两组患者内毒素、D-乳酸水平比较

术前，两组患者内毒素、D-乳酸水平比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；术后，观察组患者内毒素、D-乳酸水平均低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者手术前后内毒素、D-乳酸水平比较

($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	内毒素 /ng · L ⁻¹	D-乳酸水平 /nmol · L ⁻¹
对照组	手术前	5.35 ± 1.12	0.24 ± 0.11
	手术后	9.08 ± 1.75	0.65 ± 0.12
观察组	手术前	5.41 ± 1.11	0.23 ± 0.12
	手术后	7.22 ± 1.43 ^c	0.49 ± 0.11 ^c

与对照组手术后比较，^c $P < 0.05$

2.4 两组患者并发症发生率比较

观察组患者并发症发生率低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 4。

表 4 两组患者并发症发生率比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	感染	出血	胆管损伤	腹部不适	总发生
对照组	2(5.00)	2(5.00)	2(5.00)	2(5.00)	8(20.00)
观察组	0(0.00)	1(2.50)	0(0.00)	1(2.50)	2(5.00) ^d

与对照组比较，^d $P < 0.05$

2.5 两组患者生活质量评分比较

观察组患者各项生活质量评分均高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 5。

表 5 两组患者生活质量评分比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活状态
对照组	80.36 ± 2.41	80.32 ± 2.01	80.29 ± 2.37	80.07 ± 2.14
观察组	83.19 ± 2.58 ^e	83.05 ± 2.24 ^e	83.14 ± 2.55 ^e	83.22 ± 2.39 ^e

与对照组比较，^e $P < 0.05$

3 讨论

胆结石发生与多种因素有关，普遍认为是由遗传因素、环境因素以及个人生活习惯共同作用所致，正常情况下，肝脏可分泌胆汁并促进脂肪消化，在不恰当饮食、生活行为等影响下，会造成胆汁分泌紊乱及成分发生改变，最终形成结石^[6-7]。近年来，人们饮食结构、生活行为发生较大改变，导致胆结石发病率出现大幅提升，且患病群体年龄趋向年轻化方向发展，数据资料统计，目前，我国胆结石发病率已经高达 20%，同时，由于胆结石发生和进展与人们饮食、生活行为等关系密切，这也提示未来胆结石的发病率可能还会持续上升，胆结石治疗必将成为临床关键^[8]。

现阶段，临床治疗胆结石可采取药物治疗、手术治疗，其中，外科手术是根治胆结石的主要方式，包括开腹手术、腹腔镜手术，开腹手术可在暴露视野下直接切除胆囊，效果显著，但是，开腹手术过程会对机体造成较大创伤，易引起

诸多并发症,对术后康复极为不利,另外,老年胆结石患者身体素质相对较差,会同时合并多种基础疾病,很难耐受开腹手术造成的创伤,因此,于老年胆结石患者而言,需采取更加安全的手术治疗方式,减轻损伤,降低手术风险,术后能够尽快恢复^[9]。

伴随医学科技、医疗水平的发展与进步,腹腔镜技术已经逐渐趋于成熟,并被广泛应用于胆结石临床治疗中,因具有创伤小、出血少、恢复快等优势,在临床治疗中获得满意效果^[10]。本研究结果显示,观察组患者手术时间、切口长度均短于对照组,术中出血量少于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);术前,两组患者内毒素、D-乳酸水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),术后,观察组患者内毒素、D-乳酸水平均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者并发症发生率低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者各项生活质量评分均高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);结果说明腹腔镜手术治疗老年人胆结石临床疗效确切,分析原因在于腹腔镜手术过程对患者创伤小,只需要在患者腹部行3~4个0.5~1.0 cm的小切口,在腹腔镜的引导下切除胆囊,整个手术过程操作简单、安全,用时较短,另外,通常情况下,术后12~15 h左右患者就可以开始进食、下床活动,有助促进胃肠功能的恢复,加速康复进程^[11]。需要注意的是,腹腔镜手术存在严格适应证、禁忌证,在实际临床治疗过程中,医生应综合评估患者身体、疾病情况,选择最佳手术方式。

综上,开腹手术是临床治疗老年人胆结石传统方式,虽

然可获得一定效果,但整体应用价值不是非常理想,腹腔镜手术作为微创手术,将其应用于老年人胆结石治疗中,可进一步优化手术和恢复指标,且对肠黏膜屏障功能影响较小,同时,还可降低并发症发生率,提高患者生活质量。

〔参考文献〕

- (1) 尹锡洲,陈淑芳,丁胜文,等. 60例手术治疗老年胆结石的临床疗效分析(J). 中外医疗, 2020, 39(21): 47-49.
- (2) 谭成鼎. 腹腔镜胆囊切除术与开腹手术治疗胆结石的临床对比分析(J). 中国医药指南, 2020, 18(9): 127-128.
- (3) 钟进营. 应用腹腔镜手术治疗高龄胆结石患者临床疗效探究(J). 中国校医, 2017, 31(6): 462-463.
- (4) 郑力. 腹腔镜胆囊切除术对老年胆结石病人疗效及并发症的临床观察(J). 实用老年医学, 2017, 31(6): 558-560.
- (5) 郭成新. 老年人胆囊炎胆结石手术治疗疗效和可行性分析(J). 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(28): 83, 86.
- (6) 吴胜春. 腹腔镜手术治疗高龄胆结石患者的临床疗效分析(J). 中国实用医药, 2019, 14(35): 50-52.
- (7) 汤义鹏. 腹腔镜与小切口手术切除胆囊治疗胆结石的疗效分析(J). 中国实用医药, 2019, 14(34): 51-52.
- (8) 张国成. 老年胆结石患者手术治疗临床分析(J). 临床研究, 2019, 27(9): 115-117.
- (9) 胡红华. 腹腔镜胆囊切除术与开腹手术治疗胆结石的临床疗效对比(J). 吉林医学, 2019, 40(8): 1853-1854.
- (10) 陈跃达. 腹腔镜胆囊切除术与开腹胆囊切除术治疗60例胆结石的疗效比较观察(J). 当代医学, 2019, 25(16): 71-73.
- (11) 吴聪,涂旺招. 腹腔镜手术治疗高龄胆结石患者的临床效果(J). 中国民康医学, 2019, 31(8): 45-47.