

镜技术具有较短的切口，能够在极大程度上减轻患者疼痛程度，具有较高的优良率。本研究结果和上述研究结果一致。

综上所述，腰椎间盘突出症治疗中经皮椎间孔镜微创手术的应用效果较开放椎板间开窗手术更好。

〔参考文献〕

(1) 吉建学. 腰椎间盘突出症的影像标准化诊断 (J). 中外医疗, 2008, 27(15): 132.

(2) 白跃宏, 俞红, 杨新文, 等. 简体中文版 Oswestry 功能障碍指数评定社区康复治疗腰椎间盘突出症的信度及效度分

析 (J). 中华物理医学与康复杂志, 2010, 32(8): 584-587.

(3) 李韶芳. 恐惧视觉模拟评分法用于评价术前恐惧的可行性 (J). 华西医学, 2010, 25(1): 195-196.

(4) 李贝, 吴清福. SF-36 量表测定广东省移居老年人生活质量分析 (J). 中国卫生事业管理, 2013, 30(5): 378-381.

(5) 李明明, 张盛强. 腰椎间盘突出症的临床疗效标准 (J). 按摩与康复医学 (下旬刊), 2011, 2(2): 73-74.

(6) 陈观华, 黄志勇, 何平. 经皮椎间孔镜手术与椎板开窗术治疗腰椎间盘突出症效果比较 (J). 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(22): 123-125.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)08-0131-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.061

两种手术方法对急性胃穿孔患者的治疗效果对比分析

严命熔 熊克辉 蔡满忠 吴思懿

(福建中医药大学附属福鼎医院, 福建 福鼎 355200)

〔摘要〕 **目的:** 分析比较单纯穿孔修补术和胃大部分切除术对急性胃穿孔患者的治疗效果。**方法:** 选取福建中医药大学附属福鼎医院 2015 年 6 月至 2020 年 4 月收治的 80 例急性胃穿孔患者, 以数字奇偶法分为两组, 单纯穿孔修补术组和胃大部分切除术组各 40 例。单纯穿孔修补术组选择腹腔镜下单纯穿孔修补术治疗急性胃穿孔, 胃大部分切除术组选择腹腔镜辅助或者开放胃大部分切除术治疗急性胃穿孔, 比较两组治疗效果。**结果:** 单纯穿孔修补术组患者治疗总有效率 (95.00%) 与胃大部分切除术组 (92.50%) 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。单纯穿孔修补术组患者并发症发生率 (2.50%) 明显低于胃大部分切除术组 (15.00%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。单纯穿孔修补术组患者术中失血量明显少于胃大部分切除术组, 手术时间、肛门排气时间及住院时间均明显短于胃大部分切除术组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 同胃大部分切除术比较, 单纯穿孔修补术可使急性胃穿孔患者并发症显著减少, 术中、术后指标显著改善。

〔关键词〕 急性胃穿孔; 胃大部分切除术; 单纯穿孔修补术

〔中图分类号〕 R 656.6[†]1 〔文献标识码〕 B

急性胃穿孔作为外科常见急腹症之一, 主要因为胃器质性病变或者胃壁外伤导致胃壁呈现出全层破裂现象, 其主要表现为恶心以及腹痛、腹胀、腹膜炎等, 大多因为胃溃疡诱发^[1-2]。当前针对胃溃疡导致急性胃穿孔患者在治疗期间, 传统胃大部分切除术应用虽可将胃溃疡以及胃穿孔等系列问题加以解决, 但会对患者造成较大程度创伤, 表现出手术较长耗时, 患者表现出耐受困难现象, 呈现出较长术后恢复时间以及较差预后。在此种情形下单纯穿孔修补术获得广泛运用^[3]。本研究探析分别选择单纯穿孔修补术以及胃大部分切除术在急性胃穿孔治疗效果及并发症方面的比较, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2015 年 6 月至 2020 年 4 月收治的 80 例急性胃穿孔患者, 以数字奇偶法分为两组, 单纯穿孔修补术组和胃大部分切除术组各 40 例。单纯穿孔修补术组中, 女 12 例, 男 28 例; 年龄 25 ~ 72 岁, 平均为 (42.79 ± 5.29) 岁。胃大部分切除术组中, 女 11 例, 男 29 例; 年龄 28 ~ 73 岁, 平均为 (42.81 ± 5.21) 岁。两组急性胃穿孔患者性别、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。

〔收稿日期〕 2021 - 02 - 08

〔作者简介〕 严命熔, 男, 副主任医师, 主要研究方向是胃肠外科。

1.1.1 纳入标准 (1) 通过临床检查后, 患者表现出剑突下肌反跳痛、胃溃疡、压痛以及胃痛等系列症状;

(2) 患者均接受手术治疗。

1.1.2 排除标准 (1) 呈现出凝血功能严重障碍现象;

(2) 呈现出免疫功能异常现象; (3) 心肺等脏器功能无法耐受手术。

1.2 方法

1.2.1 胃大部分切除术组 选择腹腔镜辅助或开放胃大部分切除术治疗急性胃穿孔。均对患者实施气管插管全麻, 采取仰卧位, 在脐上或脐下切 1 cm 小口, 置入腹腔镜探查, 另取双侧腋前线肋缘下 2 cm 处及锁骨中线脐水平处分别置入 4 处 Trocar, 认真观察患者胃穿孔病灶, 并且将腹腔内渗液与病灶周围食物残渣有效清除, 根据术中情况采取腹腔镜辅助或直接开腹行远端胃大部切除术。按切除范围分别采取残胃十二指肠吻合术 (Billroth I 式) 或残胃空肠吻合术 (Billroth II 式或 Roux-en-Y 吻合), 腹腔放置引流管, 切口常规缝合。

1.2.2 单纯穿孔修补术组 选择腹腔镜单纯穿孔修补术治疗急性胃穿孔。均对患者实施气管插管全麻, 采取仰卧位, 在脐下切 1 cm 小口, 置入腹腔镜探查, 另取左侧腋前线肋缘下 2 cm 处及锁骨中线脐水平处分别置入 Trocar, 就病变情况探查后, 彻底清除食物残渣以及溃疡周围分泌物之后, 针对穿孔位置利用可吸收线实施全层缝合 1~3 针, 0.9% 氯化钠注射液彻底冲洗腹腔, 将大网膜覆盖穿孔处, 并留置引流管。术后继续 6~8 周使用质子泵抑制剂及抗幽门螺杆菌制剂 (如幽门螺杆菌阳性) 等抗溃疡治疗。查胃镜排除胃癌穿孔。

1.3 观察指标

观察比较两组急性胃穿孔患者的疗效数据、总并发症 (切口感染、再次穿孔及残端或吻合口瘘以及腹腔感染等) 发生率以及系列术中、术后指标。

1.4 疗效判定标准

显效: 术后 3~6 个月对所有术后患者均实施胃镜检查, 溃疡消失, 系列症状均消失; 有效: 对患者实施胃镜检查, 溃疡病灶缩小, 临床症状均获得改善; 无效: 未达到上述急性胃穿孔疾病治疗标准^[4]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 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 两组患者临床疗效比较

单纯穿孔修补术组患者治疗总有效率 (95.00%) 与胃大部分切除术组 (92.50%) 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	显效	有效	无效	总有效
胃大部分切除术组	31(77.50)	6(15.00)	3(7.50)	37(92.50)
单纯穿孔修补术组	33(82.50)	5(12.50)	2(5.00)	38(95.00)

2.2 两组患者并发症发生率比较

单纯穿孔修补术组患者并发症发生率 (2.50%) 明显低于胃大部分切除术组 (15.00%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	切口感染	残端或吻合口瘘	腹腔感染	总发生
胃大部分切除术组	3(7.50)	1(2.50)	2(5.00)	6(15.00)
单纯穿孔修补术组	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50) ^a

与胃大部分切除术组比较, ^a $P < 0.05$

2.3 两组患者术中、术后指标比较

单纯穿孔修补术组患者术中失血量明显少于胃大部分切除术组, 手术时间、肛门排气时间及住院时间均明显短于胃大部分切除术组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者术中、术后指标比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	术中失血量 / mL	手术时间 / min	肛门排气时间 / h	住院时间 / d
胃大部分切除术组	76.13 ± 8.52	138.49 ± 10.69	33.85 ± 8.13	8.25 ± 1.35
单纯穿孔修补术组	20.18 ± 3.49 ^b	35.69 ± 4.13 ^b	18.02 ± 5.25 ^b	5.02 ± 1.02 ^b

与胃大部分切除术组比较, ^b $P < 0.05$

3 讨论

急性胃穿孔在接受治疗期间, 胃大部分切除术临床应用时间长, 能够对病灶问题直接处理, 彻底清除胃部病灶, 取得明显疗效。但此种手术方式切除了患者超过 50% 的胃, 使患者胃容量显著减少, 从而导致患者食量减少, 较易出现贫血以及消瘦等, 使患者生活品质下降。在此种情形下腹腔镜下单纯穿孔修补术的应用表现出诸多优势, 因不需要切除远端胃, 患者胃组织得到最大限度保留, 充分维持患者胃部生理功能, 可将手术流程有效简化, 表现出较小创伤, 将手术耗时明显缩短, 有效促进患者病情快速康复^[5-6]。

综上所述, 同胃大部分切除术比较, 单纯穿孔修补术可使急性胃穿孔患者并发症显著减少, 缩短住院时间。

[参考文献]

- (1) 魏晓利. 比较腹腔镜和开腹穿孔修补术治疗胃十二指肠溃疡急性穿孔的效果 (J). 河南外科学杂志, 2020, 26(3): 126-127.
- (2) 武林. 腹腔镜修补术治疗急性胃穿孔患者的效果 (J). 中华灾害救援医学, 2020, 8(5): 248-249, 258.
- (3) 刘展. 老年急性胃溃疡穿孔患者腹腔镜穿孔缝合术效果分析 (J). 河南外科学杂志, 2020, 26(1): 44-46.
- (4) 方辉. 浅谈急腹症的临床诊断与鉴别诊断 (J). 中国医药

- 指南, 2009, 7(8): 115-116.
- (5) 刘洪勇. 腹腔镜胃穿孔修补术对急性胃穿孔患者术后胃肠功能恢复及不良反应观察 (J). 临床研究, 2020, 28(1): 113-115.
- (6) 王斌. 腹腔镜下急性胃十二指肠穿孔修补术对胃肠道功能的影响 (J). 医学信息, 2019, 32(21): 113-114, 117.

[文章编号] 1007-0893(2021)08-0133-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.062

胸腔镜肺癌根治术切口感染的手术室影响因素分析

张元秋 曾 苹

(新乡医学院第一附属医院, 河南 新乡 453000)

[摘要] **目的:** 探讨胸腔镜肺癌根治术切口感染患者的手术室影响因素。**方法:** 回顾性选取新乡医学院第一附属医院 2017 年 6 月至 2020 年 5 月行胸腔镜肺癌根治术的患者 102 例, 根据病原学检测结果分为感染组 ($n = 14$)、未感染组 ($n = 88$)。比较两组患者的一般资料, 并采用 Logistic 回归分析切口感染的影响因素。**结果:** 102 例接受胸腔镜肺癌根治术患者中, 术后 14 例出现切口感染, 感染率为 13.73% (14/102); 多因素 Logistic 回归分析结果显示, 非层流手术室、接台手术、有参观人员、手术时间 ≥ 180 min 为胸腔镜肺癌根治术切口感染的独立危险因素, 使用抗菌药物、手术室温度 (22~25℃) 为胸腔镜肺癌根治术切口感染的保护因素。**结论:** 非层流手术室、接台手术、有参观人员、手术时间 ≥ 180 min 是胸腔镜肺癌根治术切口感染的危险因素, 采取针对性措施, 有助于减少胸腔镜肺癌根治术切口感染的发生。

[关键词] 胸腔镜肺癌根治术; 切口感染; 影响因素

[中图分类号] R 734.2; R 730.56 **[文献标识码]** B

胸腔镜肺癌根治术是一种微创外科手术, 在肺癌治疗中有广泛应用, 但术后易出现切口感染、肺不张、肺部感染等并发症, 不利于预后改善。其中切口感染作为常见外科手术并发症, 发生率较高, 有关数据显示, 医院感染中切口感染占比约为 15%~20%, 可直接影响手术质量、预后效果^[1]。切口感染危险因素众多, 如患者基础疾病、自身体质、住院时间、手术类型等, 其中与手术室有关因素为其关键而重要的一环, 据世界卫生组织 (world health organization, WHO) 数据显示, 手术室有关因素在切口感染影响因素中占比在 25% 左右^[2]。因此做好手术室切口感染预防极为重要。本研究选择本院行胸腔镜肺癌根治术患者 102 例, 旨在探讨切口感染手术室相关影响因素, 为临床预防切口感染提供科学依据, 详情如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2017 年 6 月至 2020 年 5 月于本院行胸腔镜肺癌根治术患者 102 例, 其中女 34 例, 男 68 例, 年龄 42~67 岁, 平均 (54.38 ± 6.05) 岁。

1.2 选取标准

1.2.1 纳入标准 患者均符合《中华医学会肺癌临床诊疗指南 (2019 版)》中肺癌的诊断标准; TNM 分期 I~II 期, 均接受胸腔镜肺癌根治术治疗, 符合手术指征^[3]。

1.2.2 排除标准 其他恶性肿瘤、有放疗化疗史、手术禁忌证; 术前伴有急慢性炎症、全身感染。

1.3 方法

1.3.1 目标监测 手术室护士、手术室院感医生各 1 名, 负责监测、跟踪手术切口愈合状况, 切口完全愈合后 3 d 停止切口监测, 根据医院感染评估规范对疑似切口感染者及时实施病原菌检测, 并依照病原菌检测结果将患者分为感染组、未感染组。

1.3.2 调查方法 收集、整理患者手术相关资料, 包括年龄、性别、手术室温度、手术时间、手术室类型、接台手术、参观人员、抗菌药使用、病理类型、TNM 分期等。

1.4 观察指标

(1) 统计患者切口感染发生情况。(2) 对胸腔镜肺癌根治术切口感染的影响因素进行分析。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$

[收稿日期] 2021-02-23

[作者简介] 张元秋, 女, 主治医师, 主要从事临床外科工作。