

老年急性胃穿孔目标导向液体治疗的分析

林伯东 吴乔联 张权昌 刘波
(昆明市第二人民医院 云南 昆明 650000)

摘要:目的:明确围手术期以目标导向方式补充液体是否影响老年急性胃穿孔患者的结局 方法:选取 2017 年 10 月至 2019 年 10 月期间,昆明市第二人民医院普外科收治的老年急性胃穿孔患者 26 例,根据监测指标,统计术前、术中、术后 24 小时、48 小时、72 小时输液量。以达到理想血流动力学目标。与 2015 年 6 月至 2017 年 5 月期间 30 例急性胃穿孔患者输液量比较两组患者的术后适合出院时间、手术后的体重变化、术后恶心、呕吐发生率、围手术期凝血功能、心衰指数、伤口感染等变化。观察在目标导向的液体治疗中,是否能改善患者的短期结局。适合出院天数以中位数(95%可信区间)表示,其他计量资料以平均数 ± 标准差表示,所有数据均由 SPSS16.0 统计软件进行统计学处理,以 P<0.05 为有显著统计学意义 结果:两组患者年龄、性别、体重比较无统计学差异。在术后 24 小时、48 小时、72 小时输液量。住院时间、并发症发生率,死亡降低比较差异有统计学意义。结论:明确围手术期以目标导向方式补充液体影响老年急性胃穿孔患者的治疗结局。

1 资料和方法

1.1 一般资料

我院 2017 年 10 月至 2019 年 8 月共收治 60 岁以上急性胃穿孔并行手术治疗者 26 例。2015 年 6 月至 2017 年 5 月期间 30 例。两组病例一般情况如下:

两组患者临床资料

	2017. 10 – 2019.8	2015.6 – 2017.5
年龄	71.7	69.17
性别男/女	14/12	16/14
体重(kg)	54.8	56.1
胃窦穿孔	24	28
胃体穿孔	1	2
胃后壁穿孔	1	1
溃疡穿孔	22	29
胃癌穿孔	2	2
穿孔修补	24	30
胃大部分切除	0	1

1.2 观察指标

	2017. 10 – 2019.8	2015.6 – 2017.5
住院天数	11.16	13.3
输液量术前	0	0
输液量 术后 24H	2506	2014.6
输液量 术后 48H	3190.4	2200.1
输液量 术后 72H	1881.2	1965.7
并发症	1	7
死亡		3
伤口情况	良好	5
通气时间(术后天)	2.94	3.26
排便时间(术后天)	3.94	4.3
拔管时间(术后天)	2.47	2.63
疼痛情况	切口轻微	切口轻微
下床独立活动时间(术后天)	4.35	4.81

2017. 10 – 2019.8 患者的中心静脉压

术后 4 小时	12.9
术后 8 小时	12.4
术后 16 小时	11.59
术后 20 小时	12.6
术后 24 小时	12.77
术后 28 小时	12.34
术后 32 小时	11.7

术后 36 小时	11.47
术后 40 小时	12.58
术后 44 小时	13.2
术后 48 小时	12.3
术后 52 小时	12.77
术后 56 小时	12.1
术后 60 小时	12.16
术后 64 小时	12.13
术后 68 小时	11.23
术后 72 小时	11.64

尿量

	2017. 10 – 2019.8	2015.6 – 2017.5
术后 4 小时	406.5	1633.5
术后 8 小时	365.9	
术后 12 小时	279.4	
术后 16 小时	369.5	
术后 20 小时	275.9	
术后 24 小时	261.2(1682.5)	
术后 28 小时	331.2	
术后 32 小时	424.1	
术后 36 小时	128.8	
术后 40 小时	303.5	

术后 44 小时	301.2	1845.7
术后 48 小时	400.6(1889.4)	
术后 52 小时	323.8	
术后 56 小时	200	
术后 60 小时	188.2	
术后 64 小时	345.9	
术后 68 小时	241.8	
术后 72 小时	248.2(1547.9)	

1.3 统计学处理

采用 SPSS19.0 进行统计分析, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 统计分析采用 t 检验, 计数资料统计分析以 (%) 表示, 采用 χ^2 检验, 以 P < 0.05 为差异有统计学意义

1.4 讨论

以往由于缺乏对病人在整个围手术期液体摄入和丢失情况的精确记录,在补液量的确定上,一直采用“自由液体疗法”,即将病人液体输注总量考虑为:术前累计丢失量+生理需要量+第三间隙丢失量+术中失血总量的简单相加。由于缺乏对病人容量状态的客观准

(下转第 91 页)

(上接第6页)

确判断,该计算方法往往引起术后病人容量的超负荷,进而引起一系列不良后果

术中、术后补液过多也可以导致组织器官水肿、吻合口漏等严重并发症。开放性输液组患者术后体重增加,胃肠道功能恢复慢。

限制性补液常导致不易识别的低血容量,患者常处于液体负平衡状态。极易出现术后血压偏低,组织灌注不足,从而影响组织愈合,增加肺部感染等并发症的发生率,不利于术后恢复。

继开放性补液治疗和限制性液体治疗后,更加精准的目标导向液体治疗(GDT)理念得到广泛认可。

而目前对于目标导向液体治疗(GDT)采用的设备和观察指标如:经食管超声心动图或多普勒超声心动图、经肺热稀释结合脉搏轮廓分析(PiCCO技术)、脉搏波形分析(FloTrac技术)以及锂稀释技术等。但这些血流动力学指标的监测方法复杂不易掌握而且费用高,在普通病区和基层医院应用受到一定的限制,可见寻找最佳的监测方法是GDT的关键。

我们根据我们医院的实际情况选用输液量,中心静脉压,尿量来指导输液,根据实验室指标进行液体配比调整。通过住院天数,

并发症,伤口情况,通气时间(术后),排便时间(术后),拔管时间(术后)疼痛情况,下床独立活动时间等观察病人恢复情况。与2015.6-2017.5间30例急性胃穿孔患者比较患者的术后适合出院时间缩短($P < 0.05$),并发症减少($P < 0.05$),死亡降低($P < 0.05$)。

结论:明确围手术期以目标导向方式补充液体影响老年急性胃穿孔患者的治疗结局。

在未来的临床研究中,我们需要寻求一个合适的管理术中液体治疗的策略,而不是通过控制补液量来观察术后的患者恢复情况。

参考文献:

[1]林梁,刘登,曹天生.胃大部切除术与单纯修补术治疗急性胃穿孔的疗效比较[J].中国社区医师,2019,35(15):30-31.

[2]徐志诚,王晓东.腹腔镜修补术治疗胃穿孔的疗效分析[J].微创医学,2019(3):314-316.

[3]张瑛瑛.老年患者急性胃穿孔修补术的护理体会[J].中外健康文摘,2013(50):240.

注:通信作者:吴乔联 项目名称:老年急性胃穿孔围手术期的目标导向液体治疗分析,项目编号:2017-04-01-001