

# 对比胃穿孔患者经腹腔镜修补术、开腹修补术术后机体胃肠动力恢复效果

文游海

城口县人民医院 重庆市 405900

**摘要:** 目的: 分析胃穿孔患者采用腹腔镜修补术或开腹修补术对于术后机体胃肠动力恢复的影响效果。方法: 对照组行常规开腹修补术予以治疗, 同期观察组则改为腹腔镜下修补术治疗。结果: 观察组的术中出血量、肠鸣音恢复、首次排气时间、首次排便时间、术后住院天数均少于/短于对照组, 且两组比较中  $P < 0.05$ ; 观察组的术后并发症率 5.00%, 对照组 35.00%, 且  $P < 0.05$ 。结论: 胃穿孔患者采取腹腔镜修补术的治疗效果优于传统开腹修补术, 前者可更有利于促进术后患者机体胃肠动力的恢复, 并降低术后并发症率。  
**关键词:** 胃穿孔; 修补术; 腹腔镜; 开腹; 胃肠动力

胃穿孔是临床中发病率较高的急性穿孔疾病, 现阶段针对此类患者多采取外科手术治疗, 以往开腹修补术是对于胃穿孔患者治疗的常用措施。随着近年来医疗技术的快速发展, 特别是腹腔镜的应用也为胃穿孔患者的微创治疗奠定了良好基础, 并且腹腔镜下修补术在胃穿孔患者的治疗中得以广泛应用<sup>[1]</sup>。为了进一步探讨该术式的应用效果, 本文将着重探究在胃穿孔患者的治疗中, 采用腹腔镜下修补术或者传统开腹修补术对于患者术后胃肠道动力恢复的实际影响。

## 1 资料、方法

### 1.1 线性资料

随机抽取 2017 年 8 月 ~ 2019 年 8 月我院 40 例胃穿孔手术病例, 以其手术方法为标准分组, 观察组 (腹腔镜手术组, 20 例): 性别比, 男: 女=10: 10; 手术时年龄 29 ~ 69 岁, 均值 (48.4 ± 0.5) 岁; 穿孔部位: 胃窦部共计 7 例, 胃小弯部共计 7 例, 其他部位共计 6 例。对照组 (开腹手术组, 20 例): 性别比, 男: 女=11: 9; 手术时年龄 28 ~ 70 岁, 均值 (47.6 ± 0.4) 岁; 穿孔部位: 胃窦部共计 6 例, 胃小弯部共计 6 例, 其他部位共计 8 例。2 组线性资料在比较中  $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

对照组行常规开腹修补术予以治疗, 术中为平卧位, 采取常规全麻, 于上腹部正中央处做手术切口, 长度约为 10 ~ 15cm, 依次对皮肤和皮下组织实施切开, 对腹直肌进行充分分离, 彻底排尽腹

腔内积液。探查患者病灶部位并实施修补, 周围网膜覆盖并固定, 对腹腔利用生理盐水进行充分清洗, 之后排净。术后常规放置引流管, 并对切口进行缝合。同期观察组则改为腹腔镜下修补术方案予以治疗, 术中建立二氧化碳气腹, 压力为 10 ~ 13mmHg, 鞘管置于脐部处, 利用腹腔镜对患者胃穿孔的实际情况详细探查, 充分排进腹腔内积液, 对胃穿孔周边的组织在取出后立即活检, 针对非癌性的胃穿孔, 立即采取手术方案治疗。0-1 号丝线对穿孔边缘约 6mm 处实施缝合, 并以大网膜对其穿孔处覆盖并固定, 同时充分吸除腹腔中渗液, 并以生理盐水充分冲洗, 常规放置引流管。两组术后均给予常规抗感染治疗。

### 1.3 评估指标

(1) 比较两组的常规围术期指标及术后胃肠动力指标的恢复情况, 包括术中出血量、术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、排便时间以及住院天数等。(2) 统计两组术后的主要并发症情况。

### 1.4 统计学方法

本文数据以 SPSS17.0 分析, 标准差以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 描述, 行  $t$ 、 $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为 2 组差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 围术期指标比较

观察组的术中出血量、肠鸣音恢复、首次排气时间、首次排便时间、术后住院天数均少于/短于对照组, 且两组比较中  $P < 0.05$ 。

表 1 两组围术期指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

分组	n	术中出血量 (ml)	肠鸣音恢复 (h)	首次排气 (h)	首次排便 (h)	术后住院天数 (d)
观察组	20	125.63 ± 10.01	12.36 ± 4.06	27.18 ± 3.65	33.62 ± 6.15	2.03 ± 0.19
对照组	20	226.76 ± 15.19	29.86 ± 7.52	43.59 ± 7.62	52.62 ± 8.19	7.26 ± 2.82
t 值		24.861	9.157	8.685	8.296	8.275
p 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

### 2.2 术后并发症率对比

观察组的术后并发症率 5.00%, 对照组 35.00%, 且  $P < 0.05$ 。

表 2 两组术后并发症率对比 [n(%)]

分组	n	便秘	切口感染	腹腔感染	腹胀	总发生率
观察组	20	1 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (5.00)
对照组	20	2 (10.00)	2 (10.00)	2 (10.00)	1 (5.00)	7 (35.00)
$\chi^2$ 值		0.360	2.105	2.105	1.025	5.625
p 值		0.548	0.146	0.146	0.311	0.017

## 3 讨论

胃穿孔是近年来临床中发病率较高的急重症, 其病因机制较为复杂, 多与患者暴饮暴食有关, 使得胃酸与蛋白酶大量分泌胃容积增大容易诱发胃穿孔。主要症状表现为突然间剧烈腹痛, 在发病初期腹痛部位集中在穿孔部位和上腹部, 并且随着病情进展疼痛呈现持续性发展。消化性溃疡属于临床中比较常见的胃穿孔病因, 患者溃疡随着病情进展不断加深, 并透过患者肌层和浆膜层以及胃壁等, 该疾病也将对患者的健康安全产生严重威胁。目前对于此类患者多采取外科修补术方案治疗, 常规的开腹修补术中能够改善患者的临床症状, 并达到良好的治疗效果, 然而缺陷在于术中操作的创伤较大, 并且术后的恢复时间较长, 且对于患者胃肠道动力产生一定影响, 不利于术后的恢复<sup>[2-3]</sup>。随着近年来腹腔镜技术的快速发展, 也在胃穿孔患者的手术治疗中开始应用并取得了良好的效果, 在腹腔镜辅助下行修补术治疗能够为术者提供更加清晰的手术视野, 有利于明确掌握患者穿孔部位并降低对其周边组织形成的损伤, 有利于控制患者的术中出血量, 同时也有利于促进其术后机体

的尽快恢复<sup>[4]</sup>。从本次的比较结果来看, 观察组术后的并发症率低于同期对照组, 特别是术后肠鸣音、排气以及排便等相关胃肠动力指标的恢复时效优于对照组。这提示, 对于胃穿孔患者来说采用腹腔镜修补术的治疗价值更高。

综上所述, 胃穿孔患者采取腹腔镜修补术的治疗效果优于传统开腹修补术, 前者可更有利于促进术后患者机体胃肠动力的恢复, 并降低术后并发症率。

### 参考文献:

- [1] 马海涛. 对比胃穿孔患者经腹腔镜修补术、开腹修补术术后机体胃肠动力恢复效果[J]. 医药前沿, 2018, 8(11): 116.
- [2] 黄春俊. 对比胃穿孔患者经腹腔镜修补术、开腹修补术术后机体胃肠动力恢复效果[J]. 健康必读 (下旬刊), 2018, 23(3): 221-222.
- [3] 周传金. 腹腔镜修补术与开腹修补术治疗胃穿孔术后胃肠动力恢复情况对比分析[J]. 中国保健营养, 2019, 29(33): 85.

作者简介: 文游海, (1976.11) 男, 汉, 主治医师, 胃肠外科。