

高龄患者腹部外科手术围术期的疗效研究

彭保国, 姜 协, 赵 杰(江苏省常州市武进中医医院外科 213161)

【摘要】 目的 探讨高龄患者腹部外科手术围术期的临床效果。**方法** 选取在常州市武进中医医院接诊的 30 例高龄腹部外科手术围术期患者为主要研究对象, 患者均有伴随症, 对 30 例患者的临床资料进行回顾性分析, 主要包括急性化脓性阑尾炎伴穿孔、左侧腹股沟直疝、右侧腹股沟斜疝、急慢性胆囊炎、胆结石、直肠癌、腹股沟疝等疾病, 其中伴随症包括冠心病、高血压、陈旧性脑梗死、慢性支气管炎、肺气肿、糖尿病、肺部感染等。并对患者进行及时的诊断及治疗, 观察患者术后并发症, 分析患者的临床治疗效果。**结果** 出现并发症的患者有 10 例, 占 33.33%; 治愈的患者有 18 例, 占 60.00%; 死亡的患者有 2 例, 占 6.66%。**结论** 对于高龄患者而言, 其并非手术治疗的禁忌证, 通过对患者围术期进行恰当的处理, 能够有效提高临床治疗效果。

【关键词】 高龄患者; 腹部外科手术; 围术期; 疗效研究

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.24.047 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)24-3488-01

对于高龄患者而言, 其机体的各项功能在不断减退, 免疫功能逐渐下降, 多数伴有多种并发症^[1]。很多高龄患者的手术耐受性较差, 具有较大的风险, 使患者术后并发症的发生率逐渐升高, 严重影响患者的生命健康及生活质量^[2]。作者对本院近 2 年接诊的 30 例高龄患者腹部外科手术的围术期处理进行研究总结, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 抽取 2013 年 2 月至 2014 年 2 月在本院接诊的 30 例高龄腹部外科手术围术期患者为主要研究对象, 年龄 76~93 岁, 平均(80.12±1.26)岁, 患者自愿签署手术知情协议。回顾性分析 30 例患者的临床资料, 其中男 19 例, 女 11 例。包括急性化脓性阑尾炎伴穿孔 1 例, 左侧腹股沟嵌顿疝 1 例, 左侧腹股沟直疝 1 例, 右侧股疝 1 例, 左侧腹股沟斜疝 4 例, 右侧腹股沟斜疝 4 例, 梗阻性黄疸、胆囊癌 1 例, 急慢性胆囊炎、胆结石 4 例, 双侧腹股沟斜疝 1 例, 急性阑尾炎 4 例, 直肠癌 2 例, 胃溃疡 1 例, 乙状结肠癌 2 例, 腹壁切口疝 1 例, 粘连性肠梗阻 1 例, 腹股沟疝 1 例。通过对患者进行相应的检查, 患者均有伴随症, 包括冠心病、高血压、陈旧性脑梗死、慢性支气管炎、糖尿病、肺部感染等, 其中伴随高血压 28 例、冠心病 4 例、糖尿病 4 例、慢性支气管炎 5 例, 肺部感染 2 例。

1.2 方法

1.2.1 麻醉方法 患者在接受手术治疗之前, 需要对患者进行麻醉, 其中采用气管内插管全麻醉的患者有 14 例, 采用连硬外麻醉的患者有 13 例, 采用连硬外与气管内插管全麻联合的患者有 3 例。

1.2.2 手术方法 在本组试验中, 通过对 30 例患者的临床治疗情况进行回顾性分析, 其中行阑尾切除手术 5 例, 行嵌顿疝环松解、坏死小肠切除手术 1 例, 接受无张力疝修补术 11 例, 接受胆囊切除术、胆总管切开探查、T 管引流 3 例, 接受股疝修补术 1 例, 单纯接受胆囊切除术 1 例, 接受直肠癌根治术 2 例, 接受穿孔修补术 1 例, 接受腹腔镜胆囊切除术 1 例, 接受乙状结肠癌根治术 2 例, 接受腹腔镜治疗 1 例, 接受腹腔粘连松解术 1 例。

1.3 观察指标^[3] 通过对患者进行相应的临床治疗, 对患者的临床效果进行观察, 对治愈患者、死亡患者、并发症患者进行详细记录, 并做统计学分析。

1.4 统计学处理 在本组数据进行统计学分析的过程中, 主要运用 SPSS17.0 软件, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 比较采用 t 检验, 计数资料以百分率(%)表示, 比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义

2 结果

2.1 患者的临床治疗情况 患者在接受临床治疗的情况下, 出现并发症的患者有 10 例, 占 33.33%; 治愈的患者有 18 例, 占 60.00%; 死亡的患者有 2 例, 占 6.66%。

2.2 本组试验患者出现并发症的具体情况 在 10 例并发症患者中, 呼吸道感染 8 例, 占 80.00%, 心律失常 2 例, 占 20.00%, 切口感染 3 例, 占 30.00%, 肠道感染 2 例, 占 20.00%, 消化道应激性溃疡出血 1 例, 占 10.00%。

3 讨论

3.1 术前准备 在本组试验中, 患者均有伴随症, 对于有慢性呼吸道疾病的患者而言, 需要对其进行积极有效的控制, 不断促进患者排痰, 逐步改善患者肺通气功能。对于糖尿病患者, 如果服用降糖药的效果不理想, 术前需要改善患者胰岛素使用的水平, 逐步度过手术的应激期^[4]。不断提高患者手术的耐受性, 尽量减少患者术后切口感染的发生。高血压患者, 术前应正规治疗, 将患者血压控制在 95/160 mm Hg 以下, 避免手术后出现并发症, 例如心脑血管意外等。

3.2 术中处理 在对患者进行手术的过程中, 麻醉的选择是非常重要的, 尤其对于高龄患者的麻醉, 高龄患者的麻醉不仅要符合手术的相关要求, 还要尽量减少患者术中、术后的并发症。对于接受不同手术的患者, 需要对其进行不同的麻醉, 对于接受上腹部手术或手术时间较长的患者而言, 需要选择气管内插管全麻。对于接受下腹部手术的患者, 在通常情况下, 需要选择硬膜外麻醉。对于接受上腹或手术时间较长, 且有慢性阻塞性肺疾病的患者而言, 需要接受连续硬膜外联合气管内插管全麻的方式^[5]。在全麻的情况下, 氧的供应比较充足, 能够适当增加冠状动脉循环的携氧能力, 麻醉比较适合缺血性心脏病患者的手术, 一旦术中出现任何问题, 方便进行及时的抢救, 但要麻醉诱导的预防进行有效的注意^[6]。针对连续硬膜外麻醉的患者, 由于患者能够自主呼吸, 因此会减少患者肺部的并发症, 同时要采用适量、低浓度的药物, 对麻醉平面进行有效的控制。术中的所有情况均控制在合理的(下转第 3490 页)

意义($P<0.05$)。

3 讨 论

根据相关研究表明,子宫动脉栓塞术是治疗阴道出血的一种有效抢救手段。能够减少患者出血量,为女性的生命安全带来保障。但是只使用子宫动脉栓塞术进行治疗的有效率相对较低,联合宫腔镜治疗效果明显^[5-6]。宫腔镜是保守型手术,具有创伤小,减少残留的特点,还能够清晰观察瘢痕部位的形态^[7-8]。两种方式联合应用于手术当中能够减少手术时间、减少患者术中出血量,同时患者住院时间减少,能够促使他们早日出院,早日恢复健康。

本研究结果表明,观察组患者平均用时(27.13 ± 12.71)min,术中平均出血量(24.36 ± 4.75)min,平均住院时间(4.98 ± 1.39)d,均优于对照组($P<0.05$),并且在宫腔镜下观察胎囊呈现外凸型为 2 例(16.67%),针对此类型病症平均手术时间为(41.8 ± 16.9)min,高于内生型(21.5 ± 8.7)min,差异有统计学意义($P<0.05$)。两者孕周相比,外凸型明显长于内生型($P<0.05$)。术后不良反应方面来看,对照组患者术后发热患者 3 例(25.00%),下腹部疼痛患者 2 例(16.67%),月经恢复正常需用平均时间为(4.6 ± 1.1)周。其中 2 例患者实行栓塞术后处于闭经状态,经过手术,半年后恢复正常。1 例患者术后又一次瘢痕处妊娠。观察组患者无不良反应情况发生。

综上所述,子宫动脉栓塞术联合宫腔镜治疗瘢痕处妊娠临床治疗效果较好,在保护患者生育能力同时,成功概率高,产生并发症较少,术中出血量和住院时间短,是临床治疗的首选方案,能够有效提高患者生活质量,保障患者健康身体,具有临床应用价值。

(上接第 3488 页)

范围内,避免术中血压过高出现出血、血糖过高诱发酮症酸中毒、过低增加手术风险等情况。

3.3 术后处理 术后的重点是对并发症进行积极的预防与处理。对于高龄患者而言,术后需要给予患者常规吸氧,并进行心电监护^[7]。高龄患者术后发生肺部感染的概率较高,对于气管内麻醉患者的概率更高。术后,由专业的护理人员鼓励患者咳嗽、适量排痰,适当给予患者雾化吸入,处于患者呼吸道畅通的状态,在必要的情况下,需要给予患者适量的抗菌药物,对呼吸道感染及肺部扩张进行有效的预防^[8]。对于心肺储备能力较差的患者,需要对补液的速度进行有效控制,避免出现心肺功能衰竭的现象。同时,术后需要对患者进行营养支持与治疗,为患者制订合理的饮食计划,合理选用肠内外营养。对于非肿瘤、非糖尿病患者,需要适当使用生长激素,不断增加蛋白质合成,从而促进切口的快速愈合。提高机体的免疫力,减少并发症的发生,如切口不愈合、继发感染等。

在本组试验中,主要的研究对象是 30 例高龄腹部外科手术围术期患者,患者均有伴随症。通过对患者围术期进行有效的处理,出现并发症 10 例,占 33.33%,治愈 18 例,占 60.00%,死亡 2 例,占 6.66%。通过对高龄患者进行围术期的处理,有利于提高患者耐手术性,减少手术后并发症发生。

参考文献

[1] 朱娟芬. 胸外科高龄患者围术期的呼吸道管理[J]. 中国

参考文献

[1] 郭建萍,田可歌,任红英. 子宫动脉栓塞联合宫腔镜治疗剖宫产瘢痕妊娠的效果观察[J]. 当代医学,2013,19(21):49-50.
[2] Xiong KY, Fu YY. The hysteroscopic treatment of incision scar pregnancy after cesarean section of the clinical experience of[J]. China Modern Medicine,2013,20(36):172-173.
[3] 程芹. 子宫动脉栓塞术治疗剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠的临床分析[J]. 北方药学,2013,10(11):105-105.
[4] 刘琴,肖退. 子宫动脉栓塞联合宫腔镜治疗剖宫产瘢痕妊娠的临床分析[J]. 湖南师范大学学报:医学版,2012,9(1):53-55.
[5] Han HJ, Liu YQ, Guan J, et al. Uterine artery embolization combined with hysteroscopy in the treatment of cesarean scar clinical analysis of 41 cases[J]. Journal of clinical Chinese obstetrics pregnancy,2012,13(6):405-407.
[6] 杨真,金仙玉. 宫腔镜联合子宫动脉栓塞术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠[J]. 中国社区医师:医学专业,2013,15(4):22-23.
[7] 周青. 三种方法治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的疗效比较[J]. 当代医学,2012,18(34):33-34.
[8] 何惠萍. 子宫动脉栓塞术治疗剖宫产瘢痕妊娠效果观察[J]. 中国乡村医药,2012,19(12):4-5.

(收稿日期:2014-10-15 修回日期:2014-12-10)

实用护理杂志,2011,19(16):36-37.
[2] 张定辉,谭海燕. 腹部外科手术高龄患者实施围术期呼吸管理的效果评价[J]. 当代医学,2013(31):121-122.
[3] 刘建英,杜坚宗,李丽. 老年病房 AECOPD 患者呼吸道管理的护理体会[J]. 临床护理杂志,2012,27(18):107-109.
[4] 杨飞,许樟荣,胡成伟,等. 糖尿病对腹部外科手术的影响[J]. 中国糖尿病杂志,2012,10(5):268-271.
[5] 汪静,吴言涛. 高血压病人腹部外科手术 531 例临床分析[J]. 中国实用外科杂志,2010,21(5):280-282.
[6] Dilger RN, Johnson RW. Aging, microglial cell priming, and the discordant central inflammatory response to signals from the peripheral immune system[J]. J Leukoc Biol,2008,84(4):932-939.
[7] Iohom G1, Szarvas S, Larney V, et al. Perioperative plasma concentrations of stable nitric oxide products are predictive of cognitive dysfunction after laparoscopic cholecystectomy[J]. Anesth Analg,2004,99(4):1245-1252.
[8] Maffei CM, Mirels LF, Sobel RA, et al. Cytokine and inducible nitric oxide synthase mRNA expression during experimental murine cryptococcal meningoencephalitis[J]. Infect Immun,2004,72(4):2338-2349.

(收稿日期:2014-05-03 修回日期:2014-08-22)