

基层医院外科中急腹症的诊治策略研究

吴英杰

浙江省嘉兴市秀洲区新塍医院 浙江 嘉兴 314015

【摘要】目的：研究基层医院外科中急腹症的临床诊治策略。**方法：**采用回顾性分析方法将基层医院外科于2019年1月—2021年1月收治的急腹症患者90例作为分析对象，按照不同的诊疗策略将其分为开腹组和腹腔镜组，每组各45例。其中，对开腹组采用开腹探查术予以诊治，对腹腔镜组于腹腔镜下进行诊治。对两组不同诊疗策略的有效率、手术指标及不良反应发生率情况予以分析。**结果：**腹腔镜组的有效率(97.78%)对比开腹组(75.56%)更高($\chi^2=9.615$, $P < 0.05$)。对比开腹组手术及预后指标，腹腔镜组手术时间更短，术中出血量更高，切口疼痛评分更轻，术后排气时间、切口疼痛消失时间、腹胀缓解时间以及出院时间均更短($P < 0.05$)。腹腔镜组的不良反应发生率(4.44%)对比开腹组(17.78%)更低($\chi^2=4.051$, $P < 0.05$)。**结论：**基层医院外科诊断急腹症并进行临床治疗时，腹腔镜下诊断和治疗具有诊断准确性高、创伤小、恢复快及安全性高等优势，值得基层医院外科借鉴并广泛应用推广。

【关键词】急腹症；基层医院；诊疗策略；腹腔镜技术；传统剖腹探查术

【中图分类号】R656.1

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2021)52-167-03

急腹症作为基层医院外科中的具有起病急、进展快、病情重以及变化多等特点的常见腹部疾病，指的是由各种因素导致的盆腔、腹腔及腹膜后组织等发生急性生理变化，致使腹部症状、体征伴有全身反应的临床综合征^[1-2]。急腹症以腹部剧烈疼痛为主要临床表现^[3]。尽快确诊并采取及时且有效的治疗手段，是降低患者痛苦、挽救患者生命的关键。腹腔镜技术近年来逐渐被应用于外科急腹症诊疗中，并取得较好效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1月—2021年1月期间基层医院外科收治的90例急腹症患者为观察对象，按诊疗策略的不同，将所选观察对象分为腹腔镜组($n=45$ 例)和开腹组($n=45$ 例)。纳入标准：(1)均符合手术指征；(2)诊断及手术指征明确；(3)经医院伦理委员会批准并签署知情同意书。排除标准：(1)合并严重心肺疾病；(2)合并严重凝血功能障碍^[4]；(3)全麻不耐受。经对两组的一般资料情况展开对比分析，无统计学差异($P > 0.05$)，有可比性。见表1。

表1 一般资料对比[n(%), ($\bar{x} \pm s$)]

项目	腹腔镜组 ($n=45$)	开腹组 ($n=45$)	χ^2 或 t	P	
性别	男	26 (57.78)	24 (53.33)	0.180	0.671
	女	19 (42.22)	21 (46.67)		
年龄(岁)	年龄范围	16 ~ 69	18 ~ 71	0.109	0.913
	平均年龄	46.81 ± 5.19	46.69 ± 5.21		
病程(h)	病程范围	1 ~ 72		1.044	0.299
	平均病程	27.53 ± 4.81	26.49 ± 4.64		
疾病类型	急性阑尾炎	14 (31.11)	15 (33.33)	2.085	0.720
	急性胆囊炎	7 (15.56)	10 (22.22)		
	急性胰腺炎	11 (24.44)	8 (17.78)		
	消化性溃疡穿孔	10 (22.22)	11 (24.44)		
	结石性胆囊炎	3 (6.67)	1 (2.22)		

1.2 方法

1.2.1 腹腔镜组在腹腔镜下实施探查术进行诊治，方法如下：

(1)术前：详细询问病史，并对患者的临床症状及体征情况予以密切观察。同时，严格按照急诊护理流程做好X线、超声、CT以及MRI等相关辅助检查，尽快确诊可疑病变部位。(2)术中：经气管插管下进行全麻，于脐部或脐上下边缘适宜位置处作切口。切口约为10cm，以建立气腹，并将气腹压力维持在12~15mmHg，然后将腹腔镜置入其中。在与脐水平的左侧和右侧腹直肌旁分别放置5和10mm的戳卡，以将无损伤肠钳、吸引器置入其中。经腹腔镜引导，通过观察显示器以对疾病进行诊断，对腹腔进行清理、修补、切除、冲洗，并将腹腔中的残余积液进行清理，放置引流管。与此同时，通过戳卡将切除的病变组织(如阑尾等)引出。(3)术后：术毕将切口逐层缝合，并给予常规抗感染预防、营养支持以及静脉血栓、水电解质失衡等对症治疗。

1.2.2 开腹组则在传统剖腹探查术下进行诊治，术中和术

后的操作同腹腔镜组。术中，依据诊断结果，选择适宜的小切口(6~8cm)，如腹或旁正中切口，腹直肌切口等逐层进腹探查，在确定病变后，针对患者的实际情况制定手术治疗方案，并将切口扩大。如对脾破裂患者，可延长为倒T型切口。

1.3 观察指标

按照《临床疾病诊断依据治愈好转标准(第2版)》中的诊疗标准对不同诊疗策略下的临床疗效进行评估，其中，痊愈：症状及体征完全消失；好转：症状及体征明显减轻或缓解；无效：症状及体征未改善，甚至有加重趋势。与此同时，还对手术时间、术中出血量、切口疼痛评分、术后排气时间、切口疼痛消失时间、术后腹胀缓解时间以及出院时间情况予以观察。其中，对于术后切口疼痛评分的评价，采用视觉模拟疼痛评分(Visual analogue scale, VAS)展开评价，其评分范围为0~10分，0分和10分分别代表无痛和剧烈疼痛，评分越低代表切口疼痛程度越轻^[5]。最后，还对不同诊疗策略下的感染、腹腔残余脓肿、深静脉血栓等不良

反应的发生情况进行统计, 并对比不良反应发生率。

1.4 统计学处理

在展开数据处理和分析时, 运用 Excel 软件将一般资料及不同诊疗策略下的临床疗效和手术及预后指标等相关数据录入其中, 进行数据核对, 并进行格式调整和规范化处理。然后, 将 Excel 表导入 SPSS 26.0 软件中进行开统计学分析。其中, 对于临床疗效和不良反应发生率等计数资料, 采用 % 表示、 χ^2 检验,

而对于手术时间、切口疼痛评分以及住院时间等计量资料, 采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 不同诊疗策略的临床疗效情况对比

表 2 显示, 对比开腹组的有效率 (75.56%), 腹腔镜组 (97.78%) 更高 ($P < 0.05$)。

表 2 不同诊疗策略的临床疗效情况对比 [n(%)]

组别	n	临床疗效			
		治愈	好转	无效	有效率
腹腔镜组	45	23 (51.11)	21 (46.67)	1 (2.22)	44 (97.78)
开腹组	45	18 (40.00)	16 (35.56)	11 (24.44)	34 (75.56)
χ^2					9.615
P					0.002

2.2 不同诊疗策略下的手术及预后指标情况对比

表 3 显示, 对比开腹组手术及预后指标, 腹腔镜组手术时间

更短, 术中出血量更高, 切口疼痛评分更轻, 术后排气时间、切口疼痛消失时间、腹胀缓解时间以及出院时间均更短 ($P < 0.05$)。

表 3 不同诊疗策略下的手术及预后指标情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术相关指标						
		手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	切口疼痛评分 (分)	术后排气时间 (d)	切口疼痛消失时间 (d)	术后腹胀缓解时间 (d)	出院时间 (d)
腹腔镜组	45	61.05 ± 12.87	105.58 ± 19.73	1.52 ± 0.31	5.99 ± 1.14	3.92 ± 2.44	2.15 ± 1.14	5.61 ± 1.48
开腹组	45	73.34 ± 13.51	192.11 ± 19.98	2.85 ± 0.49	6.87 ± 1.28	6.11 ± 3.25	3.03 ± 1.26	7.32 ± 1.95
t		-4.418	-20.672	-15.387	-3.444	-3.615	-3.474	-4.686
P		0.000	0.000	0.000	0.001	0.001	0.001	0.000

2.3 不同诊疗策略下的不良反应发生率情况对比

表 4 显示, 对比开腹组不良反应发生率 (17.78%), 腹腔镜

组 (4.44%) 更低 ($P < 0.05$)。

表 4 不同诊疗策略下的不良反应发生率情况对比 [n(%)]

组别	n	感染	腹腔残余脓肿	深静脉血栓	胆漏	肠梗阻	脂肪液化	发生率
腹腔镜组	45	1 (2.22)	0 (0.00)	1 (2.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.44)
开腹组	45	1 (2.22)	1 (2.22)	3 (6.67)	1 (2.22)	1 (2.22)	1 (2.22)	8 (17.78)
χ^2								4.051
P								0.044

3 讨论

对于以剧烈腹痛为典型表现的临床常见急腹症疾病, 尽早诊断和治疗非常关键。目前, 对于外科急腹症的诊断, 在常规检查 (如年龄、病史询问等) 的基础上, 症状、体格检查以及辅助检查是常用方法。其中, 对于腹痛这一症状, 患者由于年龄、体质等的差异, 对疼痛的耐受也不同。因此, 不能过度依赖患者的疼痛程度进行诊断。急腹症诊断中, 应将起病急、腹痛性质、腹痛具体部位、腹痛诱因、腹痛演变以及腹痛伴随症状等作为重要诊断依据^[6-7]。例如, 阑尾炎的腹痛部位是右下, 肝胆疾病则为右上。在体格检查中, 腹部触诊是重点。但在腹部触诊中, 应注重手法、顺序以及范围等, 并着重检查刺激征的部位、范围以及疼痛程度等^[8]。与此同时, 触诊时对于老年、肥胖等患者要轻柔, 并且不应忽视对其他部位的检查^[9]。在对外科急腹症进行诊断时, 影像学 and 实验室检查可作为重要的辅助检查手段。但 X 线、B 超以及 CT 等影像学检查仅能作为参考。如对于肠梗阻疾病, 其并无典型的 X 线征象。而 B 超则不能发现腹腔积液等疾病。CT 则难以对急腹症的病因进行诊断^[10]。传统剖腹探查术尽管对于症状不典型的急腹症可尽早确诊, 但却会带来一定的损伤, 增加感染、肠梗阻等不良反应发生风险, 并影响预后, 加重患者及其家属经济负担。伴随医疗技术的不断发展, 腹腔镜作为一种微创技术, 逐渐在基层医院临床诊疗中广泛应用。经分析腹腔镜技术在基层医院外科急腹症诊治中的价值, 表明腹腔镜组的有效率 (97.78%) 对比开腹组 (75.56%) 更高 ($P < 0.05$)。对比开腹组手术及预

后指标, 腹腔镜组手术时间更短, 术中出血量更高, 切口疼痛评分更轻, 术后排气时间、切口疼痛消失时间、腹胀缓解时间以及出院时间均更短 ($P < 0.05$)。腹腔镜组的不良反应发生率 (4.44%) 对比开腹组 (17.78%) 更低 ($P < 0.05$)。可见, 在腹腔镜下诊治外科急腹症, 能够提高治疗有效率, 能够降低不良反应的发生, 且微创, 操作简便, 术后恢复快, 住院时间短。同时, 腹腔镜下诊断急腹症还具有较高的准确性, 尤其是对腹腔大出血患者, 不仅诊断快速, 而且准确性高。

综上所述, 腹腔镜下诊断和治疗基层医院外科诊断急腹症时, 具有诊断准确性高、创伤小、恢复快及安全性高等优势, 值得借鉴和广泛应用及大力推广。

参考文献

[1] 刘启球, 何亚林. 超声与多层螺旋 CT 在血管源性急腹症患者诊断中的应用 [J]. 海南医学, 2021, 32(7): 874-877.
 [2] 张东升. 腹部探头与高频探头联合应用诊断儿科急腹症的临床价值 [J]. 中国药物与临床, 2019, 19(17): 2937-2938.
 [3] 冯征, 骆周展, 唐梦瑶. 经腹部超声和经阴道超声在妇产科急腹症诊断中的价值 [J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(4): 112-113.
 [4] Chaker Y, Yacine O, Ahmed B M, et al. A rare association of caecal volvulus and intestinal malrotation causing an acute abdomen: Case report [J]. Annals of Medicine and

方面,应该全方面落实有效的控制措施,尽可能降低学校学生传染病的发生率,保证学生的健康成长。

参考文献

[1] 李海燕,杨立,秦凤菊.新冠肺炎疫情下高校传染病防控工作的思考[J].中国校医,2021,35(11):861-862,866.
 [2] 肖林,赵冰.学校传染病聚集性疫情风险防控定量评估指标构建及应用[J].中国公共卫生管理,2021,37(2):237-240.

[3] 刘丽珍,陈宏标,陈其娴,等.深圳市龙华区校园传染病防控能力评价指标体系构建及应用[J].华南预防医学,2020,46(5):547-550.
 [4] 马军.新冠肺炎疫情防控常态化与学校传染病防控监督[J].中国卫生监督杂志,2020,27(2):103-105.
 [5] 辛维宇.研究学校学生传染病的预防与控制措施[J].中国医药指南,2020,18(1):297-298.

(上接第 168 页)

Surgery,2021,65(5):102357.
 [5] 任杰,许臣,蔡连军,等.加速康复外科理念联合腹腔镜手术在急腹症治疗中的应用[J].中国医刊,2021,56(4):404-407.
 [6] 谢旺,朱斯维,吴舒,等.微创技术在常见急腹症诊治中的应用[J].国际外科学杂志,2021,48(10):715-720.
 [7] 荣曾霞,聂虎,张军建.多层螺旋CT及超声检查对非外伤性急腹症诊断效能对照分析[J].中国CT和MRI杂志,2019,17(10):127-129.

[8] 黄泽明,瞿国萍,纪宗萍,等.全面与选择性腹部超声检查对急腹症诊断效果及满意度的影响[J].现代生物医学进展,2020,20(15):2900-2903.
 [9] 张薇,孙明伟,曾俊,等.基于人工智能构建急腹症快速分诊系统[J].实用医院临床杂志,2019,16(1):219-222.
 [10] 段斌炜,栗光明.急腹症诊断和鉴别诊断的临床思考[J].国际外科学杂志,2019,46(10):649-651.

(上接第 172 页)

果显示,研究组采取的治疗措施对疾病康复的作用更大,对疾病的针对性更强,患者整体恢复程度较好,两组相比差异较大($P < 0.05$)。

综上所述,针灸推拿与理疗康复相结合的方式可以更加有效地针对疾病展开治疗,传统的治疗采用物理按摩的方式,可以短暂放松患者颈部及肩部的肌肉,但经长期使用后,疗效并不显著。联合疗法更加全面,通过对多个穴位的刺激来降低患者的疼痛程度,并施以推拿和牵引康复,在治疗的同时,也能调养患者的身体状况,经临床使用后,能够对疾病的恢复起到很大作用,应该予以推广。

参考文献

[1] 赵士梅.综合护理干预在针灸推拿结合理疗康复治疗颈椎病患者护理中的效果探讨[J].中外医疗,2021,40(15):129-131,135.
 [2] 丁珊.针灸推拿与康复理疗相结合治疗颈椎病患者的护理体会[J].中国社区医师,2021,37(21):115-116.
 [3] 王洪芳.针灸推拿与康复理疗相结合对颈椎病患者的护理效

果分析[J].反射疗法与康复医学,2020,29(4):18-19,22.
 [4] 何静茹,段伟燕.颈椎病患者采用针灸推拿结合康复理疗治疗护理效果评估[J].新疆中医药,2019,37(6):69-71.
 [5] 卢文刚.针灸推拿联合康复治疗治疗颈椎病的疗效研究[J].反射疗法与康复医学,2021,2(3):12-14.
 [6] 孙洪超.针灸推拿与康复理疗相结合对颈椎病患者的护理体会[J].中国农村卫生,2018(14):79.
 [7] 韩凯,李霞,尉淑红.针灸推拿与理疗康复相结合治疗颈椎病的护理体会[J].反射疗法与康复医学,2020,29(3):23-25.
 [8] 肖燕容,张义.针灸推拿与康复理疗应用于颈椎病患者中的护理[J].中国农村卫生,2020,12(20):51.
 [9] 钟振美.针灸推拿联合康复治疗对颈椎病护理效果的影响[J].中国药物与临床,2021,21(9):1619-1621.
 [10] 孙雅宁,尹继勇,车旭东.分析温针灸结合康复治疗治疗椎动脉型颈椎病的疗效[J].中国实用医药,2021,16(9):203-205.

(上接第 176 页)

严格的检验和筛查。

综上所述,临床导致输血患者在输血前进行血液检验时质量控制不达标的因素有多个,需要综合性地采取有效措施保证临床输血的安全性,保证患者的生命安全。

参考文献

[1] 卓创近,伍伟健,梁佩贤,等.精细化管理用于血液检验质量控制中的效果观察[J].名医,2021(10):191-192.
 [2] 杨旭.血液检验质量控制和临床输血安全性分析[J].包头医

学,2021,45(1):14-16.
 [3] 杨旭.血液检验质量控制和临床输血安全性分析[J].微量元素与健康研究,2021,38(1):61-62.
 [4] 幸坤清.精细化管理在血液检验质量控制中的应用[J].中国继续医学教育,2020,12(13):78-80.
 [5] 赵笑梅.精细化管理在血液检验质量控制中的应用[J].中国卫生产业,2020,17(12):33-35.

(上接第 189 页)

存质量的比较和相关影响因素的研究[J].现代医院管理,2021,19(1):99-103.
 [6] 余欣鹏,熊鹰,张英,等.养老机构失能老人生活质量及影响因素的探究——以武汉市洪山区为例[J].就业与保障,2020(5):173-174.

[7] 巩文欢,李芳,郁晓琴,等.兰州市社区空巢老人生活质量及其影响因素调查分析[J].社区医学杂志,2020,18(7):477-481.
 [8] 孙刚,申丽君.广州市移居老年人生活质量分析[J].中国卫生事业管理,2018,33(11):858-860.