



对比探讨胃大部分切除术及单纯修补术在急性胃穿孔治疗中的临床效果

刘 洪 (湘潭市第一人民医院普外科 湖南湘潭 411101)

摘要:目的 探究分析胃大部分切除术与单纯修补术治疗急性胃穿孔的临床效果。方法 随机选取我院在2015年1月-2016年1月期间收治的112例急性胃穿孔患者为研究对象,并将其随机分为观察组(n=56)和对照组(n=56),其中观察组患者采用单纯修补术治疗,对照组患者采用胃大部分切除术治疗,对比观察两组患者的临床治疗效果。结果 观察组患者术中出血量、初次下床时间以及住院时间等指标均明显优于对照组(P<0.05),且观察组患者临床治疗有效率(92.86%)明显高于对照组(73.39%),两组比较具有统计学意义(P<0.05)。结论 相对于胃大部分切除术而言,单纯修补术对患者的创伤损害较小,能够起到明显的治疗效果,具有积极的临床应用价值。

关键词:胃大部分切除术 单纯修补术 急性胃穿孔

中图分类号:R656.6 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2018)12-077-02

急性胃穿孔是临床诊疗中比较常见的消化系统疾病类型,由于现代社会生活节奏加快,人们的工作压力逐渐增加,生活方式也随之发生改变,导致急性胃穿孔发生率呈现逐年升高的趋势^[1]。目前,手术依然是临床上用于治疗急性胃穿孔的常用方式,但是不同的手术治疗方法在急性胃穿孔治疗中的应用效果存在一定差异,本文深入探讨了单纯修补术和胃大部分切除术的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组所选研究对象均为2015年1月-2016年1月期间到院就诊的急性胃穿孔患者,共112例,将其分为两组,每组56例。对照组中男30例,女26例;年龄为20~64岁不等,平均年龄为(41.8±6.4)岁;胃穿孔时间为0.5~32小时不等,平均病程为(13.6±1.7)小时;其中有32例患者有溃疡病史。观察组中男31例,女25例;年龄为22~65岁不等,平均年龄为(40.5±7.3)岁;胃穿孔时间为0.4~30小时不等,平均病程为(14.1±1.4)小时;其中有33例患者有溃疡病史。所有患者皆通过内镜和生化检查被确诊为急性胃穿孔,均对手术治疗方案知情。两组差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。

1.2 方法

对照组:给予胃大部分切除术治疗。首先,术前对患者硬膜外进行麻醉,确定手术部位并对其进行常规消毒;其次,在患者上腹部沿其正中中线将其切开,探查并确定穿孔病灶所在的具体部位;使用生理盐水对患者穿孔病灶及其腹腔残留物进行冲洗;最后,根据患者的实际情况切除患者远端胃组织的70%左右并将切除部位与空肠、十二指肠相吻合。

观察组:给予单纯穿孔修复术治疗。术前,首先对患者进行硬膜外麻醉,确定患者手术的具体部位并对其进行消毒;在患者上腹部沿正中矢状线切开,寻找患者的穿孔病灶;清除腹腔渗液以及周围残余物,通过胃管将患者胃中残留物排出干净,并使用生理盐水来清洗穿孔病灶;然后采用7号线缝合,缝合针数根据患者病灶大小而定。固定结扎部位并在患者腹腔内置入引流管。

两组患者手术治疗后,皆使用相同的抗生素、制酸剂治疗药物,以使患者体内的电解质与酸碱度保持平衡,而且在术后进行相同的护理方式以避免术后感染的发生,并保证患者生命体征的稳定。

1.3 观察指标^[2]

观察并记录两组患者出血量、手术时间、初次下床活动时间及住院时间等临床指标。

根据患者临床治疗后的表现,可将其治疗效果评价为无效、有效和显效:无效是指患者的临床症状无任何改善,病灶部位出现大面积溃疡,甚至病情加重;有效是指患者经过

治疗后临床症状有所缓解或者基本消失,穿孔部位逐渐好转;显效是指临床症状完全消失,病灶部位已经完全愈合,生命体征稳定。总有效率=(有效例数+显效例数)/总病例数×100%。

1.4 统计学分析

采用SPSS18.0统计学软件,出血量、手术时间及住院时间等指标采用(均数±方差)表示,治疗有效率采用(%)表示,分别行t和 χ^2 检验,P<0.05表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标比较

两组患者在手术治疗中,两组手术时间比较差异不大(P>0.05),而对照组患者的术中出血量比观察组患者的出血量大,且其差异具有统计学意义(P<0.05),而且对照组患者术后初次下床时间、住院时间都比观察组患者的要长,组间差异具有统计学意义(P<0.05),见表1。

表1:两组患者术后临床指标对比情况

组别	例数	手术时间 min	术中出血量 ml	初次下床时间 h	住院时间 d
对照组	56	70.2±9.1	130.8±16.2	70.3±18.6	16.3±6.4
观察组	56	76.3±11.5	84.4±14.5	30.6±5.2	10.1±6.6
t 值	-	2.246	48.346	25.249	7.659
P 值	-	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组临床疗效比较

治疗后,观察组治疗有效率为92.86%,对照组为73.39%,两组总有效率比较差异较大(P<0.05),具有统计学意义,见表2。

表2:两组患者术后治疗效果对比情况

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率
对照组	56	13 (23.21%)	12 (21.43%)	31 (55.36%)	43 (73.79%)
观察组	56	4 (7.14%)	9 (16.07%)	43 (76.79%)	52 (92.86%)
P 值	-	< 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

急性胃穿孔是临床上较为常见的急腹症类型之一,主要是由于机体胃酸分泌过多或者胃黏膜保护作用降低导致胃液大量进入腹腔所致,腹膜在胃酸长期刺激下出现腹膜炎进而引发胃穿孔,如果治疗不及时,还可能出现休克,严重危及患者的生命健康^[3]。该病多发于青少年群体,其临床症状主要有腹部疼痛、呼吸加快、四肢冰凉等,一旦发病,应立即就医。目前,临床上常用的治疗方式包括胃大部分切除术和单纯修补术,前者治疗时间耗时长,具有一定的临床效果,且术后溃疡发生率较低,但是术后并发症较多,术中出血量以及住院时间等较多,不利于患者早期康复^[4]。而单纯修补

(下转第80页)



对比对照组, 实验组患者的临床症状评分降低, $P<0.05$ ($t=9.8987$; $P=0.0000$); 研究组 (3.52 ± 0.51) 分, 对照组 (5.76 ± 1.01) 分。

2.4 评定不良反应发生率(对照、实验组)

对比对照组 (24%), 实验组患者的不良反应发生率降低 (4%), $P<0.05$ ($\chi^2=4.1528$; $P=0.0415$); 对照组: 腹痛 1 例, 胀气 2 例, 嗝气 2 例, 呕吐 1 例; 实验组: 腹痛 1 例, 胀气 1 例, 嗝气 0 例, 呕吐 0 例。

2.5 评定幽门螺杆菌清除率(对照、实验组)

对比对照组 (4%), 实验组幽门螺杆菌清除率 9 例, 占比 36.00%, 对照组幽门螺杆菌清除率 1 例, 占比 4.00%, $P<0.05$ 。 ($\chi^2=8.0000$; $P=0.0046$)

2.6 内镜影像学特征

内镜下胃溃疡大多呈现圆形或椭圆形, 同时也呈现呈线形, 边缘较为整齐, 底部覆盖呈现灰黄色渗出物, 周边黏膜出现不同程度的充血和水肿, 可见皱襞溃疡逐渐的聚集, 镜下通常主要包括活动期、愈合期以及瘢痕期, 活动期: 患者的溃疡初发, 边缘十分不整, 同时伴有较为明显的炎症和水肿, 未出现明显的组织修复。愈合期: 溃疡的范围逐渐减小, 炎症逐渐的减轻, 具有较为明显的再生上皮以及皱襞集中等现象, 该期溃疡的良、恶性非常容易鉴别。瘢痕期: 溃疡得到较好的修复, 大量的被再生上皮直接覆盖^[6]。

3 讨论

慢性胃溃疡是一种临床上较为常见的消化系统疾病, 对患者的生命健康造成较为严重的威胁。慢性胃溃疡患者的病程较长, 该病的复发率较高。患有该病的患者常常会出现腹痛、腹胀、嗝气、呕吐及黑便等临床症状。慢性胃溃疡的发病机制主要是由于胃酸和蛋白酶侵蚀自身黏膜导致的。目前, 临床上对慢性胃溃疡疾病的治疗方法和效果已有较多的阐述, 均具有不同的看法。现如今临床上对慢性胃溃疡的基本治疗方法为药物治疗, 采用的药物主要包括抗酸以及保护胃黏膜类等。可在慢性胃溃疡发病初期, 对患者开展治疗使得病情得到积极有效的控制, 进而提高该病患者的治愈率。一旦患

者发生该项疾病的典型症状后, 应该进行及早的诊断和确诊后立即展开治疗^[7]。

上述研究中, 对比对照组 (76%), 实验组的患者治疗效果升高至 96%; 实验组患者的临床症状评分降低; 对比对照组 (24%), 实验组患者的不良反应发生率降低为 4%; 对比对照组 (4%), 实验组患者的幽门螺杆菌清除率升高至 36.00%; $P<0.05$; 奥硝唑对细菌的活性抑制作用较为明显, 可以提高幽门螺杆菌清除率, 促进患者恢复。埃索美拉唑属于一种质子泵抑制剂, 通过对胃壁细胞的抑制, 降低胃酸的分泌, 防止形成胃酸, 其具有起效快、抑酸效果好的优势, 提高治疗效果和患者的生活质量。联邦阿莫仙属于一种半合成广谱青霉素类药, 可有效抑制细菌细胞壁的合成, 发挥较强的杀菌作用等^[8]。

综合上述, 对慢性胃溃疡患者采用埃索美拉唑+联邦阿莫仙+奥硝唑治疗, 可明显提高患者的治疗效果, 降低临床症状评分, 减少不良反应, 提高幽门螺杆菌清除率, 值得临床深究。

参考文献

- [1] 陈立霞. 56 例慢性胃炎胃溃疡临床诊疗探索 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(21):171-172.
- [2] 湛斌. 100 例老年性胃溃疡的诊断和内科综合治疗临床分析 [J]. 大家健康旬刊, 2017, 11(1):118-119.
- [3] 董越. 慢性胃溃疡 75 例临床疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(25):122.
- [4] 王松良. 四联药物治疗胃溃疡的临床效果观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(09):127.
- [5] 刘东惠. 埃索美拉唑三联疗法治疗胃溃疡的疗效及针对性护理措施研究 [J]. 北方药学, 2016, 13(01):193-194.
- [6] 丁莉. 中西医结合在慢性胃溃疡中的临床应用分析 [J]. 中国医药指南, 2013, 11(34):220-221.
- [7] 邓世发. 浅谈慢性胃溃疡的临床治疗进展 [J]. 当代医药论丛, 2015, 13(14):237-238.
- [8] 韩晓辉, 李江. 慢性胃溃疡临床诊断及治疗 [J]. 数理医药学杂志, 2014, 27(05):514-515.

(上接第 77 页)

术的操作时间较短, 具有损伤小、术后恢复快等优势, 在临床上逐渐受到广泛青睐。但是单纯修补术主要适用于急性胃穿孔, 胃穿孔时间较短且出血症状较轻的患者, 对于已经形成腹腔脓肿且出现严重水肿的患者并适用单纯修补术^[5]。本组研究结果显示, 采用单纯修补术的患者其临床指标明显优于对照组, 且能够有效提高临床治疗效果, 相对于胃大部分切除术而言, 其临床安全性更高。

综上所述, 在急性胃穿孔疾病的临床治疗中, 确诊之后要尽早进行治疗才能有效缓解病情加重, 单纯修补术在急性胃穿孔治疗中的应用效果显著, 能够有效减少术中出血量, 且术后恢复所需时间较短, 值得临床推广应用。

(上接第 78 页)

术后患者康复。在腹腔镜手术前, 医护人员要依照 B 超或 CT 诊断结果, 明确病变位置、大小以及其与周围组织的关系后再行手术, 避免对周围正常组织与血管的损伤, 在切除囊壁时需注意距离肾实质 0.5cm, 避免肾实质出血等。本次研究中, 观察组术后出现 1 例切口感染, 分析认为可能与术后囊腔冲洗不足、切口未彻底清创消毒有关。

总之, 腹腔镜下行去顶减压术效果确切, 能够减少对患

者机体的损伤, 有助于术后患者康复, 具有显著的推广价值。

参考文献

- [1] 王坤元. 济南市成人体检人群慢性肾脏病患病情况及危险因素分析 [D]. 济南大学, 2013.
- [2] 郑艳, 付沫, 李玉萧, 等. MEWS 结合 VAS 评分提高急性疼痛留观病人危重症早期识别率的效果观察 [J]. 护理研究, 2017, 31(21):2597-2600.