

腹腔镜胃穿孔修补术对胃穿孔患者胃肠动力及炎症因子水平的影响

季云锋

(湖北省襄阳市谷城县五山镇卫生院 441708)

摘要:目的:观察腹腔镜胃穿孔修补术(LR)联合药物对胃穿孔(PPU)患者胃肠动力及炎症因子水平的影响。方法:选取2018年3月-2019年3月于我院进行治疗PPU的62例患者,采用随机数字表法分为对照组和研究组各31例;对照组采用LR修补PPU,研究组在此基础上给予曲昔派特;观察两组患者术后8周胃肠动力指标和术后12月内并发症及复发情况。结果:两组治疗前胃肠动力指标MTL、GAS和GIP对比($P>0.05$);治疗后两组MTL、GAS和GIP水平均升高($P<0.05$),研究组高于对照组($P<0.05$);比较两组并发症发生情况,研究组总发生率9.68%与对照组22.58%比较无统计学意义($P>0.05$)。研究组复发率6.45%(2/31),低于对照组29.03%(9/31),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:LR联合药物修补PPU能够改善胃肠动力功能,降低复发率。

关键词:胃穿孔;腹腔镜胃穿孔修补术;曲昔派特;胃肠动力

消化性溃疡穿孔(Perforated peptic ulcer, PPU)是急诊胃手术最为常见的适应症,其发生率和死亡率较高,仅次于穿孔性阑尾炎^[1]。由于质子泵抑制剂和幽门螺旋杆菌根除治疗的有效性,通常不需要酸还原程序,而使用网膜补片简单关闭穿孔已经受到许多临床治疗者的青睐^[2]。目前关于腹腔镜下PPU修补术(Laparoscopic repair, LR)的证据表明其具有创伤小、术后并发症少和住院时间短等优点^[3]。本次研究,观察LR联合用药对PPU患者胃肠动力及炎症因子水平的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年3月-2019年3月于我院进行治疗PPU的62例患者。纳入标准:①均符合胃穿孔相关诊断标准^[4];②临床表现为上腹部疼痛并伴有不同程度的反跳痛和压痛;③患者具有胃溃疡病史,并经过胃镜检查确诊;④患者及家属知情同意;⑤院内伦理委员会批准同意。排除标准:①手术无法耐受者;②具有血液性疾病;③胃肠道恶性肿瘤者;④上消化道或幽门梗阻出血病者;⑤对研究用药过敏者。采用随机数字表法按1:1的比例分为对照组和研究组各31例,对照组男19例,女12例;年龄25~71岁,平均(48.21±5.93)岁;病程2~43h,平均(11.32±2.03)h;穿孔直径5~26mm,平均(13.26±1.84)mm。研究组男18,女13例;年龄26~71岁,平均(48.32±5.78)岁;病程2~42h,平均(11.51±2.16)h;穿孔直径5~25mm,平均(13.43±1.68)mm。两组患者一般资料对比无显著差异,具有可比性。

1.2 方法

对照组采用LR进行PPU修补术,患者取仰卧位,全身麻醉。常规消毒,建立CO₂气腹,放置腹腔镜。查看胃穿孔部位,清除腹腔内消化液,充分暴露胃穿孔病灶。使用腹腔镜配套血管钳提取病灶组织活检,采用间断缝合法或“8”字缝合法闭合,使用网膜覆盖和固定缝合部位。待胃穿孔病灶缝合完毕后,使用温湿甲硝唑生理盐水冲洗腹腔,留置引流管,释放腹腔内CO₂,缝合腹壁皮肤。术后给予广谱抗生素静脉滴注、胃肠减压、质子泵抑制剂、纠正水电解质平衡等。

研究组在对照组基础上给予曲昔派特(北大医药股份有限公司,国药准字H20050649,0.1g)1粒/次,3次/d。治疗时间为8周。

1.3 观察指标

观察两组患者术后8周胃肠动力指标和术后12月内并发症发生情况及复发情况。①胃肠动力指标包括:胃动素(Motilin, MTL)、胃泌素(Gastrin, GAS)和抑胃多肽(Gastric inhibitory polypeptide, GIP),分别在术前术后采集患者空腹静脉血,采用放射免疫法检测MTL、GAS和GIP;②并发症包括:切口感染、发热、疼痛和恶心。

1.4 统计学方法

应用SPSS 22.0软件进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后胃肠动力指标比较

两组治疗前胃肠动力指标MTL、GAS和GIP对比($P>0.05$);治疗后两组MTL、GAS和GIP水平均升高($P<0.05$),研究组高于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 两组治疗前后胃肠动力指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间点	MTL (ng/L)	GAS (μ mol/L)	GIP (pg/mL)
研究组(n=31)	治疗前	142.35 ± 11.63	68.42 ± 5.94	106.49 ± 11.23
	治疗后	171.65 ± 13.71 ^{ab}	75.23 ± 7.43 ^{ab}	126.52 ± 14.57 ^{ab}
对照组(n=31)	治疗前	142.62 ± 11.85	68.29 ± 5.74	106.75 ± 11.35
	治疗后	151.54 ± 12.94 ^a	71.59 ± 6.38 ^a	114.46 ± 12.64 ^a

注:与同组治疗前相比,^a $P<0.05$;与对照组治疗后相比,^b $P<0.05$

2.3 两组并发症发生情况比较

研究组总发生率9.68%与对照组22.58%比较无统计学意义($P>0.05$)。

2.4 两组复发率比较

研究组复发率6.45%(2/31),低于对照组29.03%(9/31),差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

本次研究中,治疗后两组MTL、GAS和GIP水平均升高,研究组高于对照组,差异有统计学意义。表明LR联合曲昔派特在修复PPU过程中能够减少术中的创伤,促进胃肠动力恢复。LR过程中进行的双极电凝,能够在一定程度上抑制胃粘膜引起的单核细胞激活,同样能够避免炎症因子的大量分泌。曲昔派特可作用于表皮生长因子受体,激活丝裂原激活蛋白激酶信号转导通路,清除激活的氧自由基,加强上皮屏障作用,刺激前列腺素生成,从而减少炎症因子的产生。本次研究,治疗后两组IL-6、TNF- α 和CRP水平均降低,差异有统计学意义,研究组低于对照组,差异有统计学意义。两组术后12个月并发症发生情况比较,研究组总发生率9.68%与对照组22.58%比较无统计学意义。曲昔派特能增加正常胃粘膜及溃疡边缘部胃粘膜的血流量,激活粘膜的能量代谢,同时增加粘膜的屏障功能,促使胃粘膜再生和喂养底部胶原纤维的发育,降低复发。研究组复发率6.45%低于对照组29.03%($P<0.05$)。

综上所述,LR联合药物修补PPU能够改善胃肠动力功能,降低炎症反应和复发率。

参考文献:

- [1]倪志展,王松,朱俩辰,等.消化性溃疡穿孔修补术的远期疗效[J].中华普通外科杂志,2021,36(1):47-49.
- [2]贺志敬.消化性溃疡穿孔腹腔镜穿孔修补术的效果观察[J].河南外科学杂志,2020,25(1):96-97.
- [3]黄宗伟,高志刚,章立峰,等.腹腔镜在小儿消化性溃疡穿孔诊治中的应用价值分析[J].中国妇幼保健,2020,35(17):3301-3303.
- [4]日本胃肠病学会.2015 JSGE 询证临床实践指南:消化性溃疡[J].胃肠病杂志,2016,2(15):2-9.