

处。疝囊与后方的精索血管及输精管充分游离6 cm。腹膜分离范围为:内至耻骨联合,外至髂腰肌和髂前上棘,上至联合肌腱上3 cm,内下方至耻骨梳韧带下1 cm,外下方至精索盆壁化6 cm。检查无明显出血,将“善释”疝补片(15 cm×15 cm)根据疝实际大小适当修剪,平铺于腹膜外间隙、精索上,展平。放气,退出3戳卡,缝合戳孔。

1.3 观察指标 (1)记录3组手术时间;(2)统计3组隐匿疝发现率,评估手术效果。

1.4 统计学方法 使用SPSS 19.0统计学软件,计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用例数(n)表示,组间率(%)的比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3组患者手术时间 乙组患者手术时间最长,为(88.4±5.9)min。其次是丙组,为(72.2±6.9)min。最后是甲组,为(60.2±8.2)min。其对比差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

2.2 3组患者隐匿疝发现率 甲组共31例患者,发现隐匿疝者1例,隐匿疝发现率是3.2%;乙组共31例患者,发现隐匿疝者5例,隐匿疝发现率是16.1%;丙组共31例患者,未发现隐匿疝者,隐匿疝发现率是0;3组对比差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

腹股沟疝作为临床上多发病与常见病,应用传统开放性手术存在一定复发率,且患者术后疼痛感明显^[1]。而腹腔镜手术作为当代外科医疗领域手术上新型微创术式,用于腹膜前疝修补手术中效果肯定,具有恢复快、疼痛轻微等优势^[2]。现阶段,经腹腔腹膜前腹腔镜腹股沟疝无张力修补术、腹腔镜下全腹膜外疝修补术在腹膜前疝修补治疗中应用频率最高^[3],两种手术原理相同,而路径不同,并各具特征。

经本组研究发现,前入路腹膜前疝修补术操作时间最短,术中无需应用腹腔镜,操作简单,适用于基层医院,但对

患者造成的机体损伤较严重,因而在临床上应用受限。经腹腔腹膜前腹腔镜腹股沟疝无张力修补术、腹腔镜下全腹膜外疝修补术作为微创手术,可克服前入路腹膜前疝修补术切口大、创伤严重、康复迟缓等缺陷。据报道^[4],两种术式用于腹膜前疝修补手术治疗中各有其优缺点,其中经腹腔腹膜前腹腔镜腹股沟疝无张力修补术更有利于发现隐匿疝,这是因为建立气腹后,医师可同时观察患者双侧腹股沟区域,明确其是否存在隐匿疝,从而一起修补^[5];腹腔镜下全腹膜外疝修补术的手术操作时间较短,是在经腹腔腹膜前腹腔镜腹股沟疝无张力修补术基础上发展而来的新术式,利用腹膜前间隙展开手术,可保证腹膜完整,但操作难度较大,对手术医师技能水平、临床经验等要求较高^[6]。

本研究结果提示,前入路腹膜前疝修补术操作简单,经腹腔腹膜前腹腔镜腹股沟疝无张力修补术能够发现患者隐匿疝,而腹腔镜下全腹膜外疝修补术不影响腹膜完整性,应结合病人具体情况选用相应术式。

参考文献

- [1] 任士贵. 经腹腔腹膜前修补术与全腹膜外修补术治疗成人腹股沟疝疗效比较[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2015, 32(1): 73-74.
- [2] 汪磊, 李宏. 全腹膜外腹腔镜疝修补术与经腹膜前腹腔镜疝修补术治疗成人腹股沟疝的疗效比较[J]. 现代实用医学, 2016, 28(2): 183-184.
- [3] 李奎. 腹腔镜下全腹膜外疝修补术和经腹膜前疝修补术的有效性和安全性探讨[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(4): 63, 65.
- [4] 王桐生, 丁磊, 赵爱民, 等. 腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术与经正中切口腹膜前腹股沟疝修补术的比较研究[J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(2): 118-121.
- [5] 李发根, 陈志豪, 刘艺辉. 腹腔镜下全腹膜外补片植入术与经腹膜前补片植入术治疗腹股沟疝的效果比较[J]. 河南医学研究, 2016, 25(12): 2250-2251.
- [6] 吴勇兴. 腹腔镜疝修补、无张力疝修补及传统疝修补术的临床疗效分析[J]. 当代医学, 2017, 23(14): 34-35.

doi:10.3969/j.issn.1009-4393.2017.23.066

--临床研究--

碳14呼气试验检测HP感染对胃癌临床价值探讨

陈新育, 袁云, 廖卫红

(江西省新余市第二医院, 江西 新余 338000)

摘要: **目的** 探讨碳14尿素呼气试验检测上消化道疾病幽门螺杆菌感染情况以及幽门螺杆菌对胃癌的诊断价值。 **方法** 选取在上消化道疾病治疗的门诊和新入院患者2 270例, 对其实施碳14尿素呼气试验以及胃镜检查, 检测幽门螺杆菌感染情况, 并根据检测结果对其实施抗感染治疗, 分析患者的临床治疗情况。 **结果** 2 270患者中有1 204例患者碳14呼气试验的检测结果为阳性, 阳性率为53.03%; 十二指肠溃疡患者的阳性率78.61%; 胃溃疡患者的阳性率为75.59%; 非萎缩性胃炎患者的阳性率为45.86%; 胃癌患者的阳性率占51.38%。 **结论** 幽门螺杆菌感染对上消化道疾病检测具有重要指导意义, 采用碳14呼气试验方法可减轻患者的疼痛, 且操作简单快速, 对幽门螺杆菌感染的检测率较高, 值得临床推广应用。

关键词: 碳14尿素呼气试验; 幽门螺杆菌; 上消化道; 胃癌; 十二指肠溃疡; 非萎缩性胃炎

根据世界卫生组织报告,每年新发现的胃癌有近一半与幽门螺杆菌感染有关,幽门螺杆菌感染者患胃癌的危险性增加2~3倍^[1]。幽门螺杆菌是人类已知的唯一一种胃部细菌,有研究显示^[2],90%以上的十二指肠溃疡以及80%左右的胃溃疡疾病均由幽门螺杆菌引起。幽门螺杆菌可引起胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡以及胃癌等疾病,因此临床治疗上消化疾病时根除幽门螺杆菌已成为重要治疗手段。碳14呼气试验是一种快速、简单、安全且特异性强的幽门螺杆菌诊断方法,其对幽门螺杆菌的检测准确率为95%以上^[3],已成为诊断幽门螺杆菌的金标准^[4]。本文以2010年9月~2016年12月在本院上消化道疾病治疗的2 270例患者作为研究对象,通过研究碳14尿素呼气试验检测幽门螺杆菌感染上消化疾病的诊断价值,以期为临床治疗提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2010年9月~2016年12月在本院上消化道疾病治疗的患者2 270例,患者均因腹痛、腹胀、恶心等上消化道疾病来院就诊,且患者均经门诊胃镜检查。其中有1 511例男性患者,759例女性患者,年龄18~75岁,平均年龄(50.8±2.5)岁。

1.2 诊断方法 本组试验中需准备碳14尿素胶囊(深圳市中核海得威生物科技有限公司,国药准字H2000020)以及幽门螺杆菌检测仪及呼气卡(深圳市中核海得威生物科技有限公司)。诊断前,患者须停用所有抗生素药物以及铋剂,停用时间为30 d;停用质子泵抑制剂2周。患者检测时需空腹或进食2 h后。患者接受检查时,应先漱口,用20 mL凉水送服碳14尿素胶囊1粒,患者静坐25 min后对准吹气口吹气,吹气力度要适中,吹气时可以换气,但不能倒吸。吹气时二氧化碳集气卡显示窗口的指示剂从橙色变为黄色时应停止吹气,停止2~3 min。将集气卡放置在测量盘上,插入测量仪器进行测量。若碳14尿素DMP值显示 ≥ 100 ,说明结果为阳性。

1.3 统计学方法 本研究数据应用Microsoft Excel和SPSS 17.0统计软件进行处理分析,计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用例数(n)表示,组间率(%)的比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2 270患者中有1 204例患者碳14呼气试验的检测结果为阳性,阳性率为53.03%;其中有608例患者为十二指肠溃疡,168例患者为胃溃疡,351例患者为非萎缩性胃炎,72例患者为胃癌,5例其他上消化道疾病。608例十二指肠溃疡患者中,有478例患者呼气试验结果为阳性,阳性率78.61%;168例胃溃疡患者中,有127例碳14呼气试验结果为阳性,阳性率为75.59%;351例非萎缩性胃炎患者中,有161例结果为阳性,阳性率为45.86%;72例胃癌患者中,有37例患者结果为阳性,阳性率占51.38%。

3 讨论

胃癌是临床上最为常见的恶性肿瘤之一。据统计全球每年有数百万人口被诊断为胃癌新发,其年发病率为

138.6/万人口,死亡人数可达80万,我国作为胃癌的高发地区,每年胃癌新发人口约40万,与欧美发达国家相比死亡率高出4~8倍^[5]。研究表明,胃癌的发病率随年龄的增加胃癌的发病率呈显著升高趋势,但近年来愈趋年轻化发展^[6]。胃癌的发生发展由年龄、性别、遗传、饮食等多种因素共同参与,此外,饮食结构不合理、生活习惯不健康等亦被认为与胃癌的发生关系密切。幽门螺杆菌的发现为慢性胃炎及消化性溃疡发病机制提供了新发现。研究表明,幽门螺杆菌感染也大大增加了患胃癌的风险^[7]。

传统诊断幽门螺杆菌需借助胃镜,获取组织标本后进行病理切片染色、对病变部位实施活检组织细菌培养以及胃黏膜尿素酶实验等检测幽门螺杆菌,血清抗幽门螺杆菌抗体测定检测作为非侵入性检查虽具有较高的敏感性,但其测定结果缺乏现实性^[8]。本组研究中采用碳14尿素呼气试验作为非侵入性诊断胃HP感染的方法,具有迅速、准确、安全等优点,患者服用碳14标记的尿素后,若体内感染幽门螺杆菌,则尿素酶可将尿素分解成碳14标记的二氧化碳以及氨,收集测定呼气中碳14标记的二氧化碳含量即可作出诊断。通过本组研究可以看出,2 270患者中有1 204例患者碳14呼气试验的检测结果为阳性,阳性率为53.03%;十二指肠溃疡患者的阳性率78.61%;胃溃疡患者的阳性率为75.59%;非萎缩性胃炎患者的阳性率为45.86%;胃癌患者的阳性率占51.38%

胃部幽门螺杆菌在人群中的感染率较高,据研究统计显示^[4],胃癌疾病约有50%以上的患者呈幽门螺杆菌阳性,结果显示十二指肠溃疡、胃溃疡及胃癌患者的检测阳性率较高,有部分人在根除幽门螺旋杆菌后复发,而且复发率有地区、种族差异性,消化道溃疡患者胃内多存在HP感染。因此临床检测中需要一种快速、有效且无痛苦的检测方式用于幽门螺杆菌检测。碳14尿素呼气试验检测具有无创、简便、安全等优点,是临床诊断幽门螺杆菌的重要手段,且碳14尿素呼气试验与胃镜检查可以互补,适用于幽门螺杆菌感染的检测以及治疗后的复查,较侵入性操作方便简单。因此碳14尿素呼气试验检测方式值得临床应用。

参考文献

- [1] 黄荣根,宋晓华,土春敏,等.健康体检人群幽门螺杆菌感染程度与血清胃蛋白酶原水平的关系[J].标记免疫分析与临床,2013,20(4):203-204.
- [2] Zheng Hongtao. Explore the clinical value of gastrointestinal disease carbon 14 breath test for detection of HP infection[J]. Clinical medicine, 2013, 4(3): 35.
- [3] 徐采朴. ¹⁴C-尿素呼气试验在幽门螺杆菌感染中的应用[J]. 华人消化杂志, 2008, 6(3): 22-23
- [4] 朱敏,袁昌琼,杨慧英,等.胃肠外疾病患者幽门螺旋杆菌感染治疗探析[J]. 河北医学, 2013, 19(12): 1795-1797.
- [5] Seo PJ, Kim N, Kim JH, et al. Comparison of Indomethacin, Diclofenac, and Aspirin-Induced Gastric Damage according to Age in Rats[J]. Gut Liver, 2012, 6(2): 210-217.

阿立哌唑口崩片联合度洛西汀治疗老年女性抑郁症伴焦虑患者的效果及安全性评价

翟绍征¹, 易国萍², 廖波³, 吴东³

(1. 江西省宜春市第三人民医院老年精神科, 江西 宜春 336000; 2. 江西省宜春市职业技术学院, 江西 宜春 336000; 3. 江西省宜春市第三人民医院普通精神科, 江西 宜春 336000)

摘要: **目的** 分析阿立哌唑口崩片联合度洛西汀治疗老年女性抑郁症伴焦虑患者的效果及安全性。**方法** 将80例老年女性抑郁症伴焦虑患者作研究对象并随机分组。单一治疗组采用度洛西汀治疗, 联合治疗组给予阿立哌唑口崩片联合度洛西汀治疗。比较两组抑郁症伴焦虑治疗效果; 不良反应发生率; 干预前后患者汉密尔顿焦虑量表评分、汉密尔顿抑郁量表-24项评分、匹兹堡睡眠质量评分、生活质量评分。**结果** 联合治疗组抑郁症伴焦虑治疗效果高于单一治疗组($P < 0.05$); 联合治疗组不良反应发生率和单一治疗组比较, 差异无统计意义; 干预前两组汉密尔顿焦虑量表评分、汉密尔顿抑郁量表-24项评分、匹兹堡睡眠质量评分、生活质量评分比较, 差异无统计意义; 出院时联合治疗组汉密尔顿焦虑量表评分、汉密尔顿抑郁量表-24项评分、匹兹堡睡眠质量评分、生活质量评分优于单一治疗组($P < 0.05$)。**结论** 阿立哌唑口崩片联合度洛西汀治疗老年女性抑郁症伴焦虑患者的效果及安全性高, 可有效改善患者焦虑抑郁情绪, 改善其睡眠和生活质量, 无明显不良反应, 安全性高, 值得推广。

关键词: 阿立哌唑口崩片; 度洛西汀; 老年女性抑郁症伴焦虑患者; 效果; 安全性

老年女性抑郁症伴焦虑是年龄55岁或60岁以上女性患者出现的精神障碍症状, 其症状不典型, 常伴随躯体症状、情感低落、且有自杀倾向, 症状可反复发作^[1]。本研究分析了阿立哌唑口崩片联合度洛西汀治疗老年女性抑郁症伴焦虑患者的效果及安全性, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 将2015年3月~2017年1月80例老年女性抑郁症伴焦虑患者作研究对象并随机分组。联合治疗组56~79岁, 年龄(63.18±2.25)岁。发病时间1~10年, 平均(3.51±0.21)年。单一治疗组56~80岁, 年龄(63.25±2.84)岁。发病时间1~9.8年, 平均(3.48±0.35)年。两组临床资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法

1.2.1 单一治疗组 单一治疗组采用度洛西汀(上海中西制药有限公司; 国药准字H20061261)治疗, 每天服用20 mg, 每天1次口服。

1.2.2 联合治疗组 联合治疗组给予阿立哌唑口崩片(成都康弘药业集团股份有限公司, 国药准字H20060521)联合度洛西汀治疗。度洛西汀每天服用20 mg, 每天1次口服。阿立哌唑口崩片(成都康弘药业集团股份有限公司, 国药准字H20060521)每天服用7.5 mg, 每天1次口服^[2]。两组均治疗8周对比效果。

1.3 观察指标 比较两组抑郁症伴焦虑治疗效果; 不良反

应发生率; 干预前后患者汉密尔顿焦虑量表评分、汉密尔顿抑郁量表-24项评分、匹兹堡睡眠质量评分、生活质量评分。显效: 汉密尔顿焦虑量表评分、汉密尔顿抑郁量表-24项评分降低50%以上; 有效: 汉密尔顿焦虑量表评分、汉密尔顿抑郁量表-24项评分降低25%以上; 无效: 汉密尔顿焦虑量表评分、汉密尔顿抑郁量表-24项评分降低不足25%。抑郁症伴焦虑治疗效果为显效、有效百分率之和^[3]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 14.0统计学软件进行数据分析, 计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 组间比较采用 *t* 检验; 计数资料用例数(*n*)表示, 组间率(%)的比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组抑郁症伴焦虑治疗效果相比较 联合治疗组抑郁症伴焦虑治疗效果高于单一治疗组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组抑郁症伴焦虑治疗效果相比较

疗效	单一治疗组(<i>n</i> =40)		联合治疗组(<i>n</i> =40)		χ^2 值	<i>P</i> 值
	例数	有效率(%)	例数	有效率(%)		
显效	12	30.00	23	57.50	4.501	<0.05
有效	18	45.00	14	35.00		
无效	10	25.00	3	7.50		
总有效	30	75.00	37	92.50		

2.2 干预前后汉密尔顿焦虑量表评分、汉密尔顿抑郁量表-

[6] 朱敏, 袁昌琼, 杨慧英, 等. 胃肠外疾病患者幽门螺旋杆菌感染治疗探析[J]. 河北医学, 2013, 19(12):1795-1797.

[7] Seo PJ, Kim N, Kim JH, et al. Comparison of Indomethacin, Diclofenac and Aspirin-Induced Gastric Damage

according to Age in Rats[J]. Cut Liver, 2012, 6(2):210-217.

[8] 谢洪虎, 吕成余, 陈维, 等. 958例胃癌临床病理资料分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2011, 18(2):153-158.