

〔文章编号〕 1007-0893(2021)09-0162-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.09.076

腹腔镜肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻的疗效

李 明 白闪闪 王格格*

(解放军联勤保障部队第 989 医院, 河南 洛阳 471001)

〔摘要〕 **目的:** 观察腹腔镜肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻的疗效。**方法:** 选取解放军联勤保障部队第 989 医院 2017 年 2 月至 2020 年 6 月收治的 70 例粘连性肠梗阻患者作为研究对象, 按照是否行腹腔镜肠粘连松解术将患者分为对照组 (35 例, 开腹肠粘连松解术) 与观察组 (35 例, 腹腔镜肠粘连松解术), 比较两组患者治疗效果。**结果:** 观察组患者术后 72 h 免疫球蛋白 G (IgG)、CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺ 的水平均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者术后首次排气时间比对照组早、术后首次饮食时间比对照组早、术后首次下床时间比对照组早、平均住院时间比对照组短, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者术后并发症发生率以复发率均低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 粘连性肠梗阻患者行腹腔镜肠粘连松解术治疗的效果明显优于开腹肠粘连松解术。

〔关键词〕 粘连性肠梗阻; 腹腔镜肠粘连松解术; 开腹肠粘连松解术

〔中图分类号〕 R 574.2 〔文献标识码〕 B

粘连性肠梗阻的发生与暴饮暴食、腹腔炎症、肠道损伤等因素有关, 在上述因素的影响下肠道内容物通行受阻, 患者出现腹胀、腹痛、恶心、呕吐等症状, 该病临床治疗包括非手术治疗以及手术治疗, 而肠粘连松解术近些年在临床得到了普遍的应用^[1]。基于此, 笔者选取本院收治的 70 例粘连性肠梗阻患者, 分别行开腹肠粘连松解术、腹腔镜肠粘连松解术, 旨在探讨两种手术方式的疗效, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2017 年 2 月至 2020 年 6 月收治的 70 例粘连性肠梗阻患者作为研究对象, 按照是否行腹腔镜肠粘连松解术将患者分为对照组 (35 例, 开腹肠粘连松解术) 与观察组 (35 例, 腹腔镜肠粘连松解术)。观察组: 男 18 例, 女 17 例, 年龄 42 ~ 78 岁、平均 (55.82 ± 1.42) 岁, 病程 4 ~ 11 h, 平均病程 (7.02 ± 1.32) h。对照组男 19 例, 女 16 例, 年龄 42 ~ 76 岁、平均 (55.81 ± 1.44) 岁, 病程 4 ~ 12 h, 平均病程 (7.04 ± 1.35) h。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 所有患者均结合体征以及腹部 B 超、计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 等影像学检查结果确诊为粘连性肠梗阻。(2) 两组患者术前均行非手术治疗, 且治疗后效果欠佳、病情恶化需行手术治疗。

(3) 患者均知情同意并自愿参与本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 排除伴心、脑、肝、肾等功能异常患者。(2) 排除伴肠道肿瘤或其他因素致肠梗阻患者。

(3) 排除术前 6 个月有腹部手术史患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 行开腹肠粘连松解术: 术中麻醉方式为全身麻醉, 选取腹部正中做一长约 4 ~ 8 cm, 逐层分离皮下组织以显现肠管、肠壁, 手术操作者探查肠管粘连部位, 在确定粘连部位后局部分离, 将粘连肠壁有效分离后, 应用 0.9% 氯化钠注射液冲洗腹腔, 而后于肠壁均匀喷涂防粘连凝胶, 最后逐层缝合关闭腹腔。

1.3.2 观察组 行腹腔镜肠粘连松解术: 术中麻醉方式同对照组, 与患者脐下缘做一手术切口, 经该切口插入气腹针, 重复二氧化碳以建立气腹, 维持气腹内压力在 15 mmHg 以内, 而后置入腹腔镜, 在腹腔镜下探查病变位置, 于远离粘连部位分别做 2 个长度在 10 mm 的手术切口, 并置入相关手术器械, 借助腹腔镜与相关器械对粘连组织进行锐性分离, 最后关闭腹腔。

1.4 观察指标

(1) 比较两组患者术前、术后 72 h 免疫球蛋白 G (immunoglobulin G, IgG)、CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺ 等免疫指标水平。(2) 比较两组患者术后首次排气时间、术后首次饮食时间、术后首次下床时间以及平均住院时间等手术指标;(3) 比较两组患者术后并发症发生情况。

〔收稿日期〕 2021-03-17

〔作者简介〕 李明, 女, 主治医师, 主要研究方向是肛肠疾病的诊治。

〔※ 通信作者〕 王格格 (Tel: 18336790672)

1.5 统计学处理

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术前后免疫指标水平比较

与术前相比, 两组患者术后 72 h IgG、CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺ 的水平均升高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者术后 72 h IgG、CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺ 的水平均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者手术前后免疫指标水平比较 ($n = 35, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	IgG/g · L ⁻¹	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	术前	14.53 ± 1.21	55.64 ± 2.86	1.04 ± 0.14
	术后 72 h	15.43 ± 1.41 ^a	65.83 ± 2.84 ^a	1.29 ± 0.13 ^a
观察组	术前	14.51 ± 1.23	55.62 ± 2.88	1.02 ± 0.16
	术后 72 h	18.23 ± 1.43 ^{ab}	75.53 ± 2.81 ^{ab}	2.35 ± 0.12 ^{ab}

与同组术前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组术后 72 h 比较, ^b $P < 0.05$
注: IgG 一免疫球蛋白 G

2.2 两组患者的术后恢复指标比较

观察组患者术后首次排气时间比对照组早、术后首次饮食时间比对照组早、术后首次下床时间比对照组早、平均住院时间比对照组短, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者的术后恢复指标比较 ($n = 35, \bar{x} \pm s$)

组别	术后首次排气时间/h	术后首次饮食时间/h	术后首次下床时间/h	平均住院时间/d
对照组	35.21 ± 1.46	40.21 ± 1.45	42.51 ± 1.25	7.84 ± 1.74
观察组	20.21 ± 1.42 ^c	22.84 ± 1.46 ^c	34.12 ± 1.28 ^c	4.62 ± 1.75 ^c

与对照组比较, ^c $P < 0.05$

2.3 两组患者术后并发症发生率以及复发情况比较

观察组患者术后并发症发生率、术后复发率均比对照组低, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生率以及复发情况比较 ($n = 35, \text{例}$)

组别	切口感染	出血	并发症发生 /n (%)	复发 /n (%)
对照组	3	4	7(20.00)	5(14.29)
观察组	1	1	2(5.71) ^d	1(2.86) ^d

与对照组比较, ^d $P < 0.05$

3 讨论

粘连性肠梗阻临床治疗包括非手术治疗以及手术治疗,

一般对于广泛性粘连性肠梗阻患者常用治疗手段为非手术治疗, 若经非手术治疗后患者病情未得到有效改善, 甚至加重则转为手术治疗, 粘连性肠梗阻患者因肠道蠕动功能减弱, 传统开腹手术实施过程中, 腹腔长时间暴露在空气之中, 粉尘、菌株均可对粘连性肠梗阻患者腹腔组织造成一定的刺激, 破坏腹腔正常免疫防御机制, 不利于患者术后机体康复^[2-3]。粘连性肠梗阻腹腔镜粘连松解术属于微创术式, 腹腔镜粘连性肠梗阻松解术实施过程中先于脐下缘做小切口, 而后借助气腹针向患者腹腔内充入二氧化碳气体, 二氧化碳气体可使腹腔局部呈现一种相对缺氧的状态, 从而抑制腹腔巨噬细胞、T 淋巴细胞活性, 抑制巨噬细胞以及 T 淋巴细胞介导的免疫反应。此外, 气腹的建立可为粘连性肠梗阻患者临床诊疗提供操作空间, 手术操作者在腹腔镜下实施相关操作, 有利于医师发现传统开腹粘连松解术中肉眼难以察觉的微小损伤, 从而提升手术操作安全性, 减少术后切口感染、出血等并发症发生风险, 同时降低术后复发率^[4-6]。丁连珠的临床研究显示, 行腹腔镜肠粘连松解术的腹腔镜组患者的术后并发症发生率以及粘连性肠梗阻复发率均低于行传统开腹肠粘连松解术的患者^[7], 本研究结果与之一致, 均证实腹腔镜肠粘连松解术安全性高, 且治疗有效率高。本研究在既往研究基础上比较两组患者手术前后相关免疫指标以及手术指标变化情况, 结果显示观察组患者术后 72 h IgG、CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺ 等免疫指标水平均高于对照组, 且观察组患者术后机体恢复快, 治疗效果明显优于开腹肠粘连松解术。

[参考文献]

- (1) 罗千名, 张永河. 腹腔镜肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻的效果探讨 (J). 当代医药论丛, 2018, 16(22): 45-47.
- (2) 孔晓宁. 腹腔镜肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻体会 (J). 河南外科学杂志, 2016, 22(2): 28-29.
- (3) 张志德, 郑峰. 腹腔镜肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻浅析 (J). 现代养生, 2019, 2(4): 81-82.
- (4) 叶伟, 朱应涛. 腹腔镜肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻疗效分析 (J). 医学美容, 2020, 29(1): 49.
- (5) 杜鹏阳. 腹腔镜肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻效果分析 (J). 河南外科学杂志, 2019, 25(6): 94-95.
- (6) 王向阳, 郭金伟. 腹腔镜肠粘连松解术加防粘连膜治疗粘连性肠梗阻 (J). 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(19): 158-160.
- (7) 丁连珠. 腹腔镜肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻疗效观察 (J). 中国实用医药, 2019, 14(13): 52-54.