

[文章编号] 1007-0893(2023)14-0100-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.14.031

小肠内排列术在广泛粘连性肠梗阻患者中的疗效评价

陈喜全 刘诗哲 胡 健

(南阳市第二人民医院, 河南 南阳 473000)

[摘要] 目的: 评价小肠内排列术与传统肠梗阻手术在广泛粘连性肠梗阻患者中的临床治疗效果。方法: 选取南阳市第二人民医院 2021 年 1 月至 2022 年 6 月收治的 90 例广泛粘连性肠梗阻患者, 随机分为对照组和观察组, 各 45 例。对照组采用传统肠梗阻手术治疗, 观察组采用小肠内排列术治疗。比较两组患者临床疗效、睡眠质量、生活质量、心理健康状况、血清因子指标、手术指标。结果: 观察组患者临床疗效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者匹兹堡睡眠质量指数量表评分、心理健康症状自评量表评分低于对照组, 生活质量综合评定量表评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者血清二胺氧化酶 (DAO) 与丙二醛 (MDA) 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者手术用时长于对照组, 术中出血量多于对照组, 术后首次排气时间、腹胀缓解时间、胃肠功能恢复时间及住院时间短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对于广泛粘连性肠梗阻患者, 采用小肠内排列术进行治疗可改善患者血清 DAO 与 MDA 水平以及心理健康状况, 提升患者生活质量、睡眠质量以及临床治疗效果。

[关键词] 广泛粘连性肠梗阻; 小肠内排列术; 传统肠梗阻手术

[中图分类号] R 574.2 **[文献标识码]** B

广泛粘连性肠梗阻属于临床上较为常见的一种急腹症, 该病的发病率较高, 患者以排便障碍、腹胀腹痛以及恶心呕吐等作为主要临床表现, 患病后会给患者的生活质量以及身心健康造成严重不良影响^[1-2]。对于广泛粘连性肠梗阻患者来说, 确诊后需及时到医院就诊。现阶段, 临床上针对广泛粘连性肠梗阻患者的治疗大多以手术治疗为主, 具体术式包括有小肠内排列术以及传统肠梗阻手术等^[3-4]。为了探究小肠内排列术与传统肠梗阻手术在广泛粘连性肠梗阻患者中的临床治疗效果, 本研究选取 90 例广泛粘连性肠梗阻患者作为研究对象, 开展对照研究, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取南阳市第二人民医院 2021 年 1 月至 2022 年 6 月收治的 90 例广泛粘连性肠梗阻患者, 随机分为对照组和观察组, 各 45 例。对照组男性 25 例, 女性 20 例; 年龄 29~71 岁, 平均 (44.36 ± 1.24) 岁; 观察组男性 26 例, 女性 19 例; 年龄 30~70 岁, 平均 (44.42 ± 1.34) 岁。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 患者入院后均被诊断为广泛

粘连性肠梗阻^[5]; (2) 具备手术治疗的各项指征实施手术治疗; (3) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 伴有免疫系统疾病或传染性疾病者; (2) 伴有神经系统疾病或意识障碍者; (3) 伴有恶性肿瘤或凝血功能障碍者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用传统肠梗阻手术治疗: 做好患者术前的禁食以及皮肤处理, 患者采用气管插管全身麻醉, 于患处正中位置做一手术切口, 在直视状态下对梗阻部位进行定位, 严禁盲目分离处理, 将对患者腹膜以及肠壁浆膜的损伤降至最低, 将粘连进行松散处理。针对无法直接开展梗阻切除位置需将起点设置在原手术切口, 利用剪刀或其他器械进行尖锐性或钝性地将粘连分离, 并分离小肠, 这有助于降低肠管损伤, 肠管重度扩张的患者可减压, 针对肠绞窄或无法修复的患者, 则需最大限度地保留肠管, 开展肠切除与肠吻合术干预, 并对肠段进行调整。

1.3.2 观察组 采用小肠内排列术治疗: 将患者调整至仰卧位, 行气管插管全身麻醉干预, 麻醉生效后将肠梗阻部位的皮肤以及皮下组织逐层切开, 游离小肠, 并将粘连肠管进行松懈处理。将 M-A 管由患者阑尾部置入于小肠处, 将小肠进行折叠排列, 将肠袢进行盘状排列, 将 M-A 管固定于腹外端, 为患者开展腹腔引流处理, 将

[收稿日期] 2023-05-24

[作者简介] 陈喜全, 男, 主治医师, 主要研究方向是普外科临床。

手术切口缝合。术后 15 d 左右将 M-A 管拔除。

两组患者术后均进行常规抗感染治疗干预。

1.4 观察指标

术后 6 个月对以下指标进行观察。

1.4.1 临床疗效 广泛粘连性肠梗阻患者临床治疗效果的评价等级可具体分为 3 级，分别为显效 [治疗后，患者腹痛（阵发性绞痛）等临床症状完全消失]、有效（治疗后，患者腹痛次数明显减少）以及无效（治疗后，患者腹痛等症状无变化）。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。

1.4.2 睡眠质量 参照匹兹堡睡眠质量指数量表进行评价，其中包含睡眠效率、觉醒次数、睡眠障碍以及入睡时间等具体维度，总分为 21 分，评分越高代表患者睡眠质量越差。

1.4.3 生活质量 参照生活质量综合评定量表进行评估，量表中包含躯体健康、工作生活、精神健康以及社会功能等具体维度，总分为 100 分，评分越高则说明患者的生活质量水平越高。

1.4.4 心理健康状况 参照心理健康症状自评量表进行评价，量表中包含烦躁、恐惧、不安以及焦虑等具体维度，分数范围为 5 ~ 200 分，评分越高代表患者负性情绪越严重，其心理健康状况越差。

1.4.5 血清因子指标 治疗前后采集患者血液后进行离心处理，离心后取血清，采取荧光法测定二胺氧化酶 (diamine oxidase, DAO)，采取显色反应测定丙二醛 (malondialdehyde, MDA)。

1.4.6 手术指标 统计两组患者的手术指标，包括手术用时、术中出血量、术后首次排气时间、腹胀缓解时间、胃肠功能恢复时间及住院时间等。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 20.0 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 两组患者临床疗效比较

观察组患者临床治疗效率为 95.56 %，高于对照组的 82.22 %，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [n = 45, n (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	30(66.67)	7(15.56)	8(17.78)	37(82.22)
观察组	40(88.89)	3(6.67)	2(4.44)	43(95.56) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者睡眠质量比较

治疗后，观察组患者匹兹堡睡眠质量指数量表评分

低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者睡眠质量比较 (n = 45, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	睡眠效率	睡眠障碍	入睡时间	觉醒次数
对照组	治疗前	1.35 ± 0.33	1.32 ± 0.19	0.77 ± 0.19	3.31 ± 0.21
	治疗后	1.26 ± 0.24	1.08 ± 0.22	0.76 ± 0.05	1.31 ± 0.22
观察组	治疗前	1.34 ± 0.34	1.33 ± 0.21	0.78 ± 0.22	3.21 ± 0.31
	治疗后	0.58 ± 0.23 ^b	0.56 ± 0.31 ^b	0.31 ± 0.03 ^b	0.34 ± 0.21 ^b

注：与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者生活质量比较

治疗后，观察组患者生活质量综合评定量表评分高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者生活质量比较 (n = 45, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	躯体健康	精神健康	工作生活	社会功能
对照组	治疗前	83.21 ± 1.23	65.31 ± 1.32	74.12 ± 1.31	63.31 ± 1.24
	治疗后	91.21 ± 1.32	75.34 ± 1.21	86.34 ± 1.25	75.31 ± 1.23
观察组	治疗前	83.31 ± 1.22	65.44 ± 1.42	74.51 ± 1.33	63.21 ± 1.32
	治疗后	96.43 ± 1.31 ^c	85.34 ± 1.22 ^c	95.34 ± 1.25 ^c	88.34 ± 1.21 ^c

注：与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者心理健康状况比较

治疗后，观察组患者心理健康症状自评量表评分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者心理健康状况比较 (n = 45, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	烦躁	不安	恐惧	焦虑
对照组	治疗前	28.21 ± 1.23	25.39 ± 1.25	24.12 ± 1.14	33.51 ± 1.29
	治疗后	16.42 ± 1.24	18.35 ± 1.18	16.34 ± 1.25	25.32 ± 1.22
观察组	治疗前	28.31 ± 1.22	25.42 ± 1.26	24.21 ± 1.13	33.45 ± 1.26
	治疗后	11.41 ± 1.25 ^d	11.36 ± 1.22 ^d	11.32 ± 1.27 ^d	12.33 ± 1.21 ^d

注：与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05。

2.5 两组患者血清因子指标比较

治疗后，观察组患者血清 DAO、MDA 水平低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 5。

表 5 两组患者血清因子指标比较 (n = 45, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	DAO/U · L ⁻¹	MDA/mmol · mL ⁻¹
对照组	治疗前	13.11 ± 2.18	5.11 ± 0.69
	治疗后	9.22 ± 1.34	3.66 ± 0.25
观察组	治疗前	13.12 ± 2.21	5.08 ± 0.78
	治疗后	7.33 ± 1.23 ^e	1.62 ± 0.13 ^e

注：DAO — 二胺氧化酶；MDA — 丙二醛。与对照组治疗后比较，^e*P* < 0.05。

2.6 两组患者手术指标比较

观察组患者手术用时长于对照组，术中出血量多于对照组，术后首次排气时间、腹胀缓解时间、胃肠功能恢复时间及住院时间短于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 6。

表 6 两组患者手术指标比较

(n = 45, $\bar{x} \pm s$)

组 别	手术用时 /min	术中出血量 /mL	术后首次排气时间 /h	腹胀缓解时间 /d	胃肠功能恢复时间 /d	住院时间 /d
对照组	132.21 ± 2.36	158.35 ± 12.36	58.32 ± 5.54	6.64 ± 1.12	3.34 ± 0.19	9.66 ± 1.54
观察组	212.31 ± 2.34 ^f	186.54 ± 11.12 ^f	35.43 ± 1.63 ^f	4.43 ± 1.22 ^f	2.38 ± 0.31 ^f	7.22 ± 1.22 ^f

注：与对照组比较，^fP < 0.05。

3 讨 论

肠梗阻属于临床上十分常见的一种消化系统疾病，其发病率一直居高不下，且近年来出现逐年上升的趋势^[6]。据相关研究表明，广泛粘连性肠梗阻属于一种非常常见的肠梗阻类型，可占有肠梗阻的 20% ~ 60% 左右。导致广泛粘连性肠梗阻患者患病的因素较多，其中常见的包括有手术创伤以及腹腔炎症反应等^[7-8]。对于广泛粘连性肠梗阻患者而言，一旦患病需尽早接受诊治。以往临床上针对广泛粘连性肠梗阻患者的治疗大多以保守治疗为主，但临床实践表明，保守治疗的效果欠佳，并且极易引发肠坏死以及腹膜炎等一系列并发症，这不仅会增加患者痛苦，还会导致病情被延误，并增加临床治疗难度^[9-10]。目前临床上主张通过手术的方式来为广泛粘连性肠梗阻患者进行治疗，其中以小肠内排列术以及传统肠梗阻手术为主。传统肠梗阻手术属于广泛粘连性肠梗阻患者应用较为广泛的一种治疗方式，该术式的临床疗效尚可，但同时也存在较大的局限性，由于患者肠排列较为复杂，在进行传统肠梗阻手术时在控制肠管长度方面的难度较大，这不仅会增加手术时间，还会增加患者发生创伤的风险，一旦处理不当极易损伤患者其他健康组织及器官。小肠内排列术则属于一种近年来新兴的治疗模式，该治疗方式包含有肠外排列以及肠内排列，其中肠外排列的操作相对较为复杂，因此耗时较长，同时需要对肠管固定长度进行精确控制。与此同时，利用 M-A 管进行辅助治疗可以有效提升引流以及减压效果，其操作较为简单，利用 M-A 管进行肠道减压可以改善患者的肠道蠕动功能，同时还可以为患者提供早期肠内营养支持，对保护患者肠道黏膜屏障以及促进患者术后恢复具有积极影响^[11-12]。除此之外，利用 M-A 管可以在最大程度上保持小肠肠管的弧形，这对松解粘连部位具有积极影响，这可以有效避免发生卡压肠管的情况。但这种治疗方式对于操作的要求也相对较高，因此操作

- 在进行小肠内排列术治疗时需注意以下几个方面：
- (1) 手术完成后要对腹腔进行彻底冲洗，以免出现感染。
 - (2) 要确保 M-A 管引出体外时尽可能经侧腹壁，这可以避免因肠管悬吊导致梗阻。
 - (3) M-A 置管时要保证动作轻柔，防止造成不必要的损伤。
 - (4) 对肠管进行钝性分离时要注意肠管功能的保护^[13-15]。

本研究结果显示，观察组患者临床疗效率高于对照

组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，其原因为肠内排列术主要利用导管的弹性作用使肠祥形成大弧度半环形，避免形成锐角，其通过单气囊双腔长管的置入，可重新排列小肠，将粘连固定在不易发生梗阻的位置，进而预防肠梗阻发生，治疗效果较好。治疗后，观察组患者匹兹堡睡眠质量指数量表评分、心理健康症状自评量表评分低于对照组，生活质量综合评定量表评分高于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，其原因为通过肠内排列术的治疗后临床疗效较好，患者的疼痛症状得到了有效缓解，减轻了患者的焦虑、烦躁、恐惧等负性心理情绪，其睡眠质量也随着改善，进而提高了生活质量。

DAO 是小肠黏膜上层绒毛中具有高度活性的细胞内酶，在组胺和多种多胺代谢中起作用，其活性与黏膜细胞的核酸和蛋白合成密切相关，能够反映肠道机械屏障的完整性和受损伤程度。MDA 具有细胞毒性，是脂质过氧化的产物之一，反映组织过氧化损伤程度。治疗后，观察组患者血清 DAO 与 MDA 水平低于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，其原因为术后早期对患者行小肠道内减压，对腹腔反复清洗，减少腹腔粘连和感染，同时小肠内排列术可使血清 DAO 与 MDA 水平恢复至正常水平。观察组患者手术用时长于对照组，术中出血量多于对照组，术后首次排气时间、腹胀缓解时间、胃肠功能恢复时间及住院时间短于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)，其原因为小肠内排列术可通过 M-A 管进行肠道减压，有助于患者肠道蠕动能力的恢复，并为其提供早期营养的供给，有助于患者缩短住院时间，确保患者营养供给，患者胃肠功能恢复更快。

综上所述，对于广泛粘连性肠梗阻患者，采用小肠内排列术进行治疗可改善患者血清 DAO 与 MDA 水平以及心理健康状况，提升患者生活质量、睡眠质量以及临床治疗效果。

[参考文献]

- [1] 薛然. 小肠内排列术与开腹粘连松解术治疗急性广泛粘连性肠梗阻患者的效果比较 [J]. 中国民康医学, 2023, 35 (6): 136-138.
- [2] 李剑钢. 小肠内排列术与传统肠梗阻手术治疗广泛粘连性肠梗阻效果分析 [J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (4): 622-624.
- [3] 牛广海. 传统肠梗阻手术及小肠内排列术在广泛粘连性肠梗阻患者中的临床治疗效果分析 [J]. 中国农村卫生,

- 2020, 12 (16): 13.
- [4] 刘志春. 比较研究小肠内排列术与传统肠梗阻手术治疗广泛粘连性肠梗阻的疗效 [J]. 名医, 2020, 11 (10): 146-147.
- [5] 周永坤, 许振国. 肠梗阻诊断治疗 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2014.
- [6] 蒯加高, 徐庆春, 王晨. 小肠内排列术与传统肠梗阻手术在广泛粘连性肠梗阻患者中的临床治疗效果比较 [J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19 (3): 320-323.
- [7] 薄彪. 小肠内排列术与传统手术治疗广泛粘连性肠梗阻的效果比较 [J]. 中国现代药物应用, 2019, 13 (23): 47-49.
- [8] 佟雷. 传统肠梗阻手术与小肠内排列术治疗广泛粘连性肠梗阻的效果体会 [J]. 中国现代药物应用, 2019, 13 (22): 56-57.
- [9] 何锐. 小肠内排列术与传统肠梗阻手术治疗广泛粘连性肠梗阻疗效比较分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (69): 76-77.
- [10] 邵亚伟. 小肠内排列术对广泛粘连性肠梗阻患者术后胃肠功能及生活质量的影响 [J]. 中国疗养医学, 2019, 28 (6): 618-619.
- [11] 李强. 小肠内排列术与传统肠梗阻手术治疗广泛粘连性肠梗阻的疗效比较分析 [J]. 心血管外科杂志 (电子版), 2019, 8 (1): 78-79.
- [12] 王健, 王卫. 传统肠梗阻手术与小肠内排列术治疗广泛粘连性肠梗阻的效果体会 [J]. 中国处方药, 2019, 17 (3): 119-120.
- [13] 刘家杰, 肖泽林, 黎欣. 小肠内排列术在广泛粘连性肠梗阻手术治疗的应用 [J]. 中国社区医师, 2021, 37 (36): 25-26.
- [14] 王培儒, 焦多延, 苏建超. 经鼻肠梗阻导管小肠内排列术治疗急性小肠梗阻临床效果分析 [J]. 甘肃医药, 2021, 40 (6): 507-508, 514.
- [15] 洪楠. 小肠内置管肠排列术治疗粘连性肠梗阻的临床效果 [J]. 航空航天医学杂志, 2019, 30 (9): 1048-1049.

[文章编号] 1007-0893(2023)14-0103-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.14.032

奥曲肽对食管胃底静脉曲张破裂引起 上消化道出血患者的疗效

胡小鹏¹ 吕逢源²

(1. 自贡市第四人民医院, 四川 自贡 643000; 2. 自贡市第一人民医院, 四川 自贡 643000)

[摘要] 目的: 分析奥曲肽注射液治疗对肝硬化引起的食管胃底静脉曲张破裂导致上消化道出血患者的疗效。方法: 选取 2021 年 1 月至 2023 年 1 月自贡市第四人民医院收治的 150 例肝硬化引起的食管胃底静脉曲张破裂导致上消化道出血患者作为研究对象, 根据随机分组法分为对照组和观察组, 各 75 例。对照组采用脑垂体后叶素治疗, 观察组采用奥曲肽治疗。比较两组患者不良反应发生情况、临床疗效、生活质量、睡眠质量、舒适度。结果: 观察组患者不良反应发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者临床疗效高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者各项生活质量评分、舒适度评分高于对照组, 各项睡眠质量评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对于肝硬化引起的食管胃底静脉曲张破裂导致上消化道出血患者, 采用奥曲肽治疗, 有助于改善患者的睡眠质量以及生活质量, 提高患者舒适度, 对降低患者的不良反应发生率以及提升临床治疗效果具有积极影响。

[关键词] 肝硬化; 食管胃底静脉曲张破裂; 上消化道出血; 奥曲肽

[中图分类号] R 575.2 **[文献标识码]** B

肝硬化主要是指因多种因素导致的进行性发展、弥漫性以及慢性肝脏疾病, 大多数终末阶段肝病患者均会伴有肝硬化的表现。肝硬化引起的食管胃底静脉曲张破裂导致上消化道出血属于肝硬化患者十分常见的一种并发

症, 其发病率较高, 一旦患病会导致患者的生活质量水平以及身心健康均受到严重影响与威胁^[1-2]。且患病后需及时就诊, 早期治疗对于提升临床治疗效果具有积极影响, 目前临床上针对肝硬化引起的食管胃底静脉曲张

[收稿日期] 2023-05-28

[作者简介] 胡小鹏, 男, 住院医师, 主要研究方向是炎症性肠病的诊治。