

经口双气囊小肠镜 (DBE) 治疗不全性粘连性小肠梗阻的价值观察

胡小玉

荆门市第二人民医院消化内窥镜室 湖北荆门 448000

【摘要】目的 采取经口双气囊小肠镜 DBE (DBE) 治疗不全性粘连性小肠梗阻, 并观察其应用价值。**方法** 选取 2016 年 1 月-2018 年 1 月, 到我院进行治疗的 94 例不全性粘连性小肠梗阻患者, 将其分为两组。对照组 47 例, 采取传统保守治疗; 观察组 47 例, 在对照组基础上, 采取经口 DBE 治疗。**结果** 观察组治疗有效率为 82.98%, 对照组为 42.55%, 差异明显 ($P<0.05$); 观察组患者肛门排气恢复时间、腹痛及腹胀缓解时间均明显短于对照组, 差异明显 ($P<0.05$)。**结论** DBE 治疗不全性粘连性小肠梗阻疗效可靠, 是一种有效的内科微创治疗手段, 具有较高的临床应用潜力。

【关键词】 双气囊小肠镜; 粘连性肠梗阻; 不全性小肠梗阻

【中图分类号】 R656.7

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 08-033-02

粘连性肠梗阻是腹部外科手术后常见的并发症, 临床上包括保守治疗及手术治疗, 保守治疗包括灌肠、胃肠减压、生长抑制等, 一般保守治疗无效需要采取外科手术治疗, 包括粘连松解+肠切除肠吻合术、开腹肠粘连松解术等, 但有研究发现^[1], 外科手术术后复发率较高, 且多次开腹容易加重肠管粘连。随着双气囊小肠镜 (DBE) 在临床上的广泛应用, 在全性小肠梗阻的诊断中发挥了重要作用, 同时, 在检查过程中, 能够起到较好的胃肠减压作用, 并减轻粘连及梗阻, 松解粘连带。本文将采取 DBE 治疗不全性粘连性小肠梗阻, 并观察其应用价值, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 1 月-2018 年 1 月, 到我院进行治疗的 94 例不全性粘连性小肠梗阻患者, 所有患者均已经过确诊。采取随机数字表法, 将其分为两组。观察组 47 例, 男性 33 例, 女性 14 例, 年龄 18-78 岁, 平均年龄 (52.94 ± 11.59) 岁。对照组 47 例, 男性 32 例, 女性 15 例, 年龄 20-76 岁, 平均年龄 (53.33 ± 11.23) 岁。两组患者上述资料无显著差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组患者采取传统保守治疗, 包括禁食、通便灌肠、持续胃肠减压、生长抑制静脉滴注等。

在此基础上, 观察组患者采取经口 DBE 治疗, 使用仪器: 日本富士能 EN-450T5 双气囊小肠镜以及配套气囊控制器、负压吸引器及图像处理器。术前对患者进行麻醉风险评估, 采取丙泊酚静脉全麻, 检查全程进行严密的血氧饱和度及心电图监测。进镜后, 对可见的肠液、气体、肠内潴留物进行抽吸。达到粘连肠袢后, 将内镜双气囊在肠壁固定, 同时进行反复推送、勾拉, 减轻粘连程度, 松解粘连带。

1.3 评价标准

治疗后 24h, 对比两组患者的治疗效果^[2], 治愈: X 线透视无异常, 临床症状消失; 有效: X 线透视显示仍存在部分肠腔积液, 腹痛、腹胀症状缓解, 无呕吐, 肛门排气、排便逐渐恢复; 无效: X 线透视显示仍存在肠管扩张、肠腔积液, 临床症状无改善, 需要进行手术治疗; 总有效率为治愈率及有效率合计。对比两组患者的腹痛、腹胀缓解时间以及肛门排气恢复时间等指标。

1.4 统计学方法

采取 SPSS21.0 进行数据处理, 计数资料以 (%) 表示, 计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 行 χ^2 或 t 检验; $P<0.05$ 表示差异, 有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果对比

观察组治疗有效率为 82.98%, 对照组为 42.55%, 差异明显 ($P<0.05$); 见表 1。

表 1: 两组患者治疗效果综合比较 [n (%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率
观察组	47	22 (46.81)	17 (36.17)	8 (17.02)	39 (82.98)
对照组	47	12 (25.53)	8 (17.02)	27 (57.45)	20 (42.55)
χ^2	—	4.61	4.41	16.43	16.43
P	—	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 临床症状及体征指标改善情况

观察组患者肛门排气恢复时间、腹痛及腹胀缓解时间均明显短于对照组, 差异明显 ($P<0.05$); 见表 2。两组患者治疗期间均未出现急性胰腺炎、尿潴留、胃肠穿孔等明显并发症。

表 2: 两组患者临床症状及体征指标改善情况对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	腹痛、腹胀 缓解时间 (h)	肛门排气 恢复时间 (h)
观察组	47	9.09 ± 5.89	12.95 ± 7.58
对照组	47	53.29 ± 1237.40	54.36 ± 1338.56
t	—	-8.003-22.073	-7.224-18.275
P	—	< 0.05	< 0.05

3 讨论

粘连性肠梗阻是一种常见的急腹症, 患者发生肠道梗阻后, 由于大量液体、气体在肠管、肠腔聚集, 引起肠管扩张, 肠管压力上升, 为细菌的繁殖提供了条件, 大量毒素聚积。同时, 由于肠黏膜损伤, 可能引起毒素吸收、菌群易位, 进一步损伤肺泡上皮细胞及肺毛细血管内皮细胞, 严重可引起肠坏死、穿孔。目前, 肠梗阻的临床治疗主要以减少梗阻以上肠管内液体积聚为主。以往手术治疗主要以开腹手术为主, 尽管短期内效果较好, 但弊端较多, 例如, 手术切口较大, 容易引起网膜及肠管等粘连; 手术过程中肠管及腹膜的润滑度降低; 滑石粉等异物可能污染腹腔; 术中使用纱布止血可能引起肠管、腹膜擦伤等。因此, 患者进行手术后, 很可能引起新的粘连, 且粘连程度更加严重。随着微创手术技术的发展, 腹腔镜粘连松解术在临床上逐渐得到应用。与传统开腹手术相比, 腹腔镜粘连松解术中出血量更少, 术后恢复更快, 并发症更少, 具有一定优势, 但该治疗方案受手术条件、时机限制较大, 禁忌证较多。部分患者由于惧怕再次外科手术, 更倾向于内科保守治疗, 包括灌肠、补液、鼻胃管减压等, 但该治疗方法只能对胃及十二指肠进行减压, 研究发现其对

(下转第 35 页)

死性痴呆占大多数,而其中又以多灶性缺血性脑血管病引发的多发性梗死性痴呆最为常见。同时,多种其他疾病也成为引发老年人VD的危险因素,例如高血压、高血脂、糖尿病等“三高”病、以及心血管疾病,加上一些不良的生活习惯例如吸烟、酗酒等。血管因素占了VD发病因素中的大部分,观察发现患者在发病前均有不同程度的血管性疾病,例如持续性的高血压、动脉粥样硬化、糖尿病等等,这些危险因素常常导致脑组织灌注流量降低,脑血管血流下降,脑部代谢率降低引起脑血管病后痴呆^[5]。有过脑梗死病史的患者也是VD的易感人群,多发性脑血管病变会损害中枢结构,梗死灶的数目越多,出现痴呆的几率就越高。如果梗死灶体积>100mL,患者有绝大几率会发生痴呆。与此同时在我院总结的临床资料中发现,男性患者的比例明显高于女性患者,应值得我们注意。这也说明了男性患者的一些饮食生活习惯可能也是引发VD的重要因素。

血管性痴呆患者需要长期服药,因此护理人员要注意药物使用中的不安全因素,考虑患者在不同的情况下给予对应的护理措施。(一)生活护理:保证患者有规律的生活起居,针对睡眠倒错的患者,要有意减少其白天卧床时间,鼓励其多参加户外活动及社交活动,丰富其生活内容;针对脑血管性痴呆的患者,可通过记忆、计算、读书方法等刺激大脑。日常饮食要戒烟戒酒,防止过度肥胖,饮食遵循低脂、低胆固醇、低盐、高蛋白的原则,在保证患者机体营养的基础上,防止过度肥胖。(二)安全护理:患者智力退化比较严重时必须加强患者的安全护理,比如不得让患者单独外出,以免走失;可在患者身上做出标识,上面标明患者的姓名、住址等一般情况,以便在患者走失时能够及时找回;行走时应有人扶持或关照,以防跌倒摔伤、骨折,对居住在高层楼房的痴呆老人,更应防止其不慎坠楼。(三)社交活动障碍护理:护理人员要加强与患者的交流与沟通,取得患者的信任,有

意识的培养其社交能力,消除其与他人接触时的恐惧感及羞耻感等^[6]。(四)心理护理:护理人员要充分尊重患者的自尊及独立人格,不能对患者作出斥责、讥笑等伤害其自尊及人格的做法。虽然患者有智能障碍,但其会针对外界的反应而出现情绪低落的现象,严重者可能导致其出现攻击性行为。此外,老年痴呆患者会随着病情的发展而出现猜疑、自私、幻觉、妄想等一系列精神症状,甚至性格发生极大变化,护理人员要充分理解这些变化主要是疾病所致,要给予其更多的关心、安慰及鼓励,以减缓智能退化的速度。

VD是一个目前唯一具有潜在可防治性的痴呆病症,控制相关危险因素成为预防VD的关键所在。临床上应积极控制危险因素,戒烟控酒、控制饮食、发现有高血压高血脂等血管性疾病应及时治疗,防治动脉粥样硬化形成。与此同时,有卒中史的患者应留心,卒中与痴呆之间有密切联系,应提早预防卒中复发,从而控制病情提高老年人生活质量。

参考文献

- [1] 郑雄伟,张威,张晓改.老年人缺血性脑卒中后血管性痴呆的危险因素分析[J].心脑血管病杂志,2018(3):78-79.
- [2] 唐娟.老年血管性痴呆患者医院获得性肺炎病原学特点及预后危险因素分析[J].现代医药卫生,2018(5):745-746.
- [3] 张钱林,孟兰芳,赵丽娟,等.中老年初次脑梗死发作后血管性痴呆的相关影响因素分析[J].国际神经病学神经外科学杂志,2017,44(5):492-497.
- [4] 王建玲,闫志新,贾爱兰,等.老年痴呆患者合并肺部感染发生率与危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2017,27(5):1031-1034.
- [5] 齐波.血管性痴呆的临床治疗分析[J].中国卫生标准管理,2016(1):45-47.
- [6] 阮世旺.血管性痴呆危险因素及影像学特征[J].中国实用神经病杂志,2017,20(7):47-50.

(上接第33页)

小肠液的减压效果并不理想,而小肠液减压直接影响临床治疗效果^[3]。且生长抑制需要长时间维持静脉滴注,治疗时间往往在72h以上,价格昂贵,症状缓解较慢,住院时间较长,治疗后复发率较高,部分患者治疗不理想仍需要转为手术治疗。因此,在本次研究中,对保守治疗24h后无效患者立即采取外科手术治疗。

DBE是诊断小肠疾病的常用手段,在治疗方面,早期DBE主要应用于小肠溃疡出血止血、小肠息肉切除等治疗。近年来,研究发现^[4],DBE诊断不全性小肠梗阻病因效果较好。同时,由于DBE能够通过小肠自然腔道,抽吸潴留的肠液、气体,具有胃肠减压作用。此外,检查过程需要对DBE进行反复牵拉,能够松解粘连带,缓解小肠梗阻。在本次研究中,观察组治疗有效率为82.98%,对照组为42.55%,差异明显($P<0.05$);观察组患者肛门排气恢复时间、腹痛及腹胀缓解时间均明显短于对照组,差异明显($P<0.05$);提示DBE在全性粘连性小肠梗阻治疗方面具有较高的应用价值,能够缓解患者腹痛、腹胀症状,促进肛门排气。以往有报道称^[5],腹腔镜治疗肠粘连的有效率为60%。本次研究DBE治疗有效率明显高于腹腔

镜治疗。患者治疗期间,未发生急性胰腺炎、尿潴留、胃肠穿孔等明显并发症,表明DBE治疗安全性较高,具有可行性。应注意的是,DBE还是一项较新的诊治技术,同样存在一些禁忌证,对于心肺功能异常、重度贫血、完全性小肠梗阻等患者,不宜盲目行DBE治疗。

综上所述,DBE治疗不全性粘连性小肠梗阻疗效可靠,是一种有效的内科微创治疗手段,具有较高的临床应用潜力。

参考文献

- [1] 游晓娟.经口双气囊小肠镜对不全性粘连性小肠梗阻的治疗价值[J].心理医生,2017,35(1):261-262.
- [2] 廖锦文,赵伟,张静,等.双气囊小肠镜对不全性粘连性小肠梗阻的治疗价值[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(48):9323-9324.
- [3] 谢海明.粘连性小肠梗阻手术时机选择及效果分析[J].现代诊断与治疗,2017,28(12):2288-2290.
- [4] 余琪,李琴,郑萍,等.双气囊和单气囊小肠镜对小肠疾病诊断价值的研究[J].中国内镜杂志,2018,24(3):16-21.
- [5] 和四伟,刘诗权,梁志海,等.双气囊小肠镜对小肠疾病诊断的临床价值分析[J].中国内镜杂志,2017,23(10):42-46.