



# 腹腔镜探查在肠梗阻诊治中的意义

沈 涛

苏州市吴江区第一人民医院普外科 江苏苏州 215200

**【摘要】目的** 分析腹腔镜探查在肠梗阻诊治中的应用价值。**方法** 选取我院 2015 年 1 月-2017 年 6 月期间收治的 60 例肠梗阻患者作为研究对象,按照治疗方法将其分为腹腔镜组与开腹手术组,每组各 30 例,治疗结束后,对比分析两组患者的手术时间、住院时间、术中出血量、肛门排气时间、下床活动时间以及并发症的发生率。**结果** 腹腔镜组患者的手术时间、住院时间、术中出血量、肛门排气时间、下床活动时间均短/少于开腹手术组,有统计学意义 ( $P < 0.05$ );腹腔镜组并发症发生率为 3.3% 低于开腹手术组的 16.7%,两组差异明显,有统计学意义 ( $\chi^2=42.051, P=0.000$ )。**结论** 腹腔镜探查在治疗肠梗阻时,能够明确诊断梗阻部位及严重程度,手术疗效显著且损伤小,术后并发症少,值得临床推广应用。

**【关键词】** 腹腔镜; 肠梗阻; 开腹手术; 并发症

**【中图分类号】** R656.7 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 05-082-02

肠梗阻是常见的外科急腹症,是由各种原因造成肠腔狭窄或者粘连,引起肠道内容物通过障碍的一种疾病<sup>[1]</sup>。本病临床表现多样,病情发展快,易致患者死亡。临床上多采用手术方法治疗肠梗阻,传统开腹手术虽能有效解除肠梗阻,但是具有较大的探查切口,不利于患者术后恢复,且术后易再发粘连。腹腔镜具有微创的优势,为探讨腹腔镜探查在诊治肠梗阻的临床价值,本次研究选取我院接受治疗的肠梗阻患者 60 例作为研究对象,进行对照研究,现将研究结果报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院 2015 年 1 月-2017 年 6 月期间收治的 60 例肠梗阻患者作为研究对象,患者均有腹痛、腹胀、呕吐、排便障碍、肠鸣音亢进等肠梗阻症状和体征,经腹部 CT 等检查确诊为肠梗阻。按照治疗方法将其分为腹腔镜组与开腹手术组,每组各 30 例,其中腹腔镜组男 17 例,女 13 例;年龄范围 24~62 岁,平均年龄 (42.5±18.5) 岁。开腹手术组男 16 例,女 14 例;年龄范围 26~64 岁,平均年龄 (44.5±18.5) 岁。对比两组患者的性别、年龄等一般资料,差异不明显 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

腹腔镜组采用腹腔镜下手术治疗,患者取仰卧位,进行全麻之后对患者的麻醉效果以及血压、心率等各项生命体征进行监测,根据患者的具体情况考虑使用抗生素预防感染。然后在患者的脐部以上 1-1.5cm 处行切口逐层开腹,建立人工气腹,置入腹腔镜,结合腹部 CT,系统探查患者腹腔内部

情况,判定梗阻部位及严重程度,依据梗阻实际情,使用无损伤抓钳、分离钳或者电凝分离剪、电凝钩、超声刀等分离、清除粘连。分离肠管壁以及腹壁时注意保护肠管,对分离中出现的肠管破裂、浆肌层破损等,使用带针肠线对肠管浆膜层进行缝合,保证肠管具有完整性。如果出现肠内疝或者肠套叠需要通过腹腔镜进行复位。术中情况,用生理盐水冲洗整个腹腔、然后进行创口缝合并放置引流管,彻底止血。在即将完成手术时,可以在患者创面涂抹一定量生物蛋白胶以及几丁糖,以免产生在此粘连,对创面的恢复起到促进作用,同时配合使用抗生素预防感染<sup>[2]</sup>。

开腹手术组采用开腹治疗,患者取仰卧位,进行全麻之后监测患者的各项生命体征。在患者的腹部正中部位切口 10~15cm,对于束带粘连就需要进行分离并切断,针对复发性粘连或者广泛粘连就需要运用小肠折叠排列术进行治疗,手术之后放置引流管,同时配合使用抗生素,避免发生感染<sup>[3]</sup>。

### 1.3 疗效评价指标

对比分析两组患者的手术时间、住院时间、术中出血量、肛门排气时间、下床活动时间以及并发症的发生率。

### 1.4 统计学处理

此次实验应用软件 SPSS13.0 进行数据分析与处理,采用  $t/\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  时表示数据结果差异明显,有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的治疗指标对比

腹腔镜组患者的各项治疗指标均优于开腹手术组,有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。如表 1:

表 1: 两组患者的治疗指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	肛门排气时间 (h)	下床活动时间 (h)	术后住院时间 (d)
腹腔镜组	30	73.50±15.81	48.35±20.25	17.26±4.15	23.54±5.21	4.41±1.88
开腹手术组	30	116.57±24.53	148.26±21.25	38.26±4.68	42.11±4.53	8.22±2.75
t		4.621	12.054	6.281	5.987	5.217
P		0.019	0.000	0.001	0.002	0.011

### 2.2 两组患者并发症的发生率对比

腹腔镜组出现 1 例切口感染,并发症的发生率为 3.3%,开腹手术组出现 2 例切口感染,2 例肺部感染,1 例泌尿系统感染,并发症的发生率为 16.7%,两组差异明显,有统计学意义 ( $\chi^2=42.051, P=0.000$ )。

## 3 讨论

肠梗阻是临床常见的消化道疾病,腹腔炎症、腹腔异物以及先天性因素、腹腔手术之后出现的肠粘连现象等都会导致肠梗阻的发生,肠梗阻患者常见腹痛、恶心、排便困难等症状,还会伴随着水电解质紊乱等现象的出现,严重时甚至会并发休克等症<sup>[4]</sup>,对于急性肠梗阻若不能及时的诊断以及治疗就会

导致患者死亡。肠梗阻一般采用手术治疗,传统的开腹手术以及腹腔镜手术对肠梗阻的治疗都有一定的效果,但是开腹手术创伤较大,手术时间长,术中出血量大,且创面易感染,导致肠粘连复发,不利于患者的康复。腹腔镜手术属于微创手术,治疗肠梗阻时创伤小,手术时间、患者下床活动时间短,术中出血量少,可有效减轻患者的痛苦,对患者的康复以及生活质量的提高有积极的作用。

在本次研究中,腹腔镜组患者的手术时间、住院时间、术中出血量、肛门排气时间、下床活动时间均短/少于开腹手术组,有统计学意义 ( $P < 0.05$ );腹腔镜组并发症发生

(下转第 85 页)



14.41%，这些都是导致不良反应的高风险因素；TCMD 联合应用、TCMD 为复方制剂、配液后防治时间较长者分别为 29、41、17 例，分别占 24.58%、34.75%、14.41%，其中以复方制剂所引起的不良反应最高。

表 1: 导致不良反应的 TCMD 品种分布情况表 (n, %)

类别	例数	百分比 (%)
茵栀黄注射液	22	18.64
银杏达莫注射液	19	16.1
痰热清注射液	18	15.25
双黄连注射液	16	13.56
黄芪注射液	14	11.86
舒血宁注射液	12	10.17
注射用炎琥宁	9	7.63
注射用灯盏花素	5	4.24
生脉饮注射液	3	2.55
合计	118	100

### 3 讨论

#### 3.1 TCMD 不良反应的特点

本次观察发现，本次研究的所有 TCMD 均存在不同程度的不良反应，有的反应还较为严重。患者临床不良反应表现呈多样化，涉及多系统与器官。其中以心血管系统受损最为多见，如患者心律不齐、心动过缓、心功能衰竭与心绞痛等；

#### 3.2 导致 TCMD 不良反应的相关因素分析

随着现代医学与药理学的发展，将中药材中有效成分加以提炼并制成 TCMD 已成为中药剂型发展的新趋势。TCMD 较传统中药各类剂型的凸显的优势有作用快、给药方便、生物利用度高等特点<sup>[3-4]</sup>。众所周知，TCMD 的不良反应率远低于西药制剂。

#### 3.3 TCMD 的不良反应的预防对策

TCMD 以复方制剂为主，药液中杂质普遍为半抗原物质，与机体血浆蛋白结合后会导致高致敏原而引发不良反应，而药物中有效与毒性成分往往较难彻底分离，这又增加了临床用药风险。TCMD 提取流程较复杂，若与其他药物混合极易导致澄明度、pH 与颜色等改变而引发不良反应；患者年龄与机体自身状况等因素都会影响其对药物的分布、吸收、代谢与排泄等，患者机体自身存在心肺功能等方面疾病也是不良反应的高风险群体，故用药时需慎重；用药时药物剂量、滴速、操作不规范等也可诱发不良反应。

我们认为预防 TCMD 出现不良反应应从这几个方面入手：思想上改变中药无毒或小毒的意识、加强质量监控以确保药品质量、谨遵合理用药原则与说明书相关要求、合理搭配药物、注意用药卫生与严格监测用药情况等。

总之：导致 TCMD 不良反应的原因与药品品种、患者年龄、临床应用方式方法等因素密切相关，临床应严控药品质量并谨遵药品使用说明书，合理用药，确保药物安全以有效预防不良反应的发生。

#### 参考文献：

- [1] 赵迪. 中药注射剂不良反应的现状、影响因素及预防[J]. 中国卫生产业, 2015, 8(23): 71-74.
- [2] 邱红, 张金凤, 刘兰莲, 等. 手术室优质护理服务实践及效果观察[J]. 护士进修杂志, 2013, 2(15): 1367-1369.
- [3] 刘光金, 刘耀龙, 张红梅, 等. 中药注射剂不良反应探讨及预防对策[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(1): 81-84.
- [4] 韩爱娜, 安彩红, 杨莹, 等. 我院 2012-2014 年中药注射剂不良反应报告分析[J]. 现代药物应用, 2015, 9(23): 165-166.

(上接第 81 页)

#### 参考文献：

- [1] 韩素梅. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用价值[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2015, 2(09): 110-111.
- [2] 刘洪, 牟雁东, 于晓光, 彭凤英, 李庆华, 邓富华. 口腔正畸治疗中微型种植体支抗的稳定和安全性[J]. 中国组

织工程研究, 2016, 2008:11(59):1164.

- [3] 黄河斌. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用价值[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2016, 03(01): 143-144.
- [4] 陈栋梁. 微型种植体支抗在口腔正畸治疗中的应用价值[J]. 河南医学高等专科学校学报, 2015, 27(01): 43-44.

(上接第 82 页)

率为 3.3% 低于开腹手术组的 16.7%，两组差异明显，有统计学意义 ( $\chi^2=42.051, P=0.000$ )。这是因为对患者采用腹腔镜手术方法进行治疗，患者的相关治疗指标得到改善，从而将术后并发症发生率予以降低。同时，给予腹腔镜治疗能够减少对患者的创伤，手术过程在腹腔较为封闭的空间中进行，术中通过腹腔镜进行全面探查，可以避免腹内脏器在空气中暴露过长时间，同时能减少对腹腔及肠管的刺激，并且不会对肠管和脏器造成严重的损伤<sup>[5]</sup>。与此同时，腹腔镜手术对于患者而言，并无强烈的炎性反应，能够减少手术后的恢复用时，对肠功能的恢复可起到促进作用。

综上所述，腹腔镜探查在治疗肠梗阻时，能够明确诊断病变部位及严重程度，疗效显著且损伤小，术后并发症少，

值得临床推广应用。

#### 参考文献：

- [1] 李果. 腹腔镜手术治疗肠梗阻的临床体会[J]. 中国社区医师, 2016, 32(23):40.
- [2] 赵嵘. 腹腔镜手术与开腹手术治疗小肠梗阻的临床效果比较[J]. 中外医疗, 2016, 35(4):22-23.
- [3] 马明善. 腹腔镜肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(18):1987-1989.
- [4] 王亮. 腹腔镜手术治疗肠梗阻的效果观察与临床评定[J]. 保健文汇, 2017(8):201-201.
- [5] 李树华. 腹腔镜手术治疗肠梗阻的应用价值分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(11):2026-2027.

(上接第 83 页)

有效的提升治疗疗效，同时不会提升药物不良反应，治疗效果与安全均有保证。

#### 参考文献：

- [1] 高志恒. 硝苯地平联合卡托普利治疗高血压的临床效

果观察[J]. 中国保健营养, 2017, 27(12):227-228.

- [2] 吕宏志. 使用卡托普利联合硝苯地平治疗高血压的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2015, (4):139-140.
- [3] 黄享力. 用卡托普利联合硝苯地平治疗高血压的疗效分析[J]. 当代医药论丛, 2015, (6):220-221.