

在胃镜辅助下经鼻肠梗阻导管置入空肠治疗粘连性肠梗阻的效果评价

王嘉奖

(梅河口市中心医院 吉大一院梅河医院 吉林 梅河口 135000)

摘要:目的: 分析在胃镜辅助下经鼻肠梗阻导管置入空肠治疗粘连性肠梗阻的效果。方法: 采取数字表随机分组法将本院于 2018 年 1 月~2022 年 1 月收治的 140 例粘连性肠梗阻患者分为 70 例/组。对照组在胃镜辅助下实施经鼻胃管胃肠减压, 观察组在胃镜辅助下采取经鼻肠梗阻导管胃肠减压。对比临床指标、临床疗效、免疫指标。结果: 观察组各项时间性指标同对照组相比均更短, 胃肠减压量更大, 临床总有效率数据 94.29% 更高, 治疗 1 周后的各项免疫指标水平均高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在粘连性肠梗阻保守治疗中采取胃镜辅助下经鼻肠梗阻导管置入空肠的方法能够尽量解除各临床症状, 提高患者免疫功能, 效果确切。

关键词: 粘连性肠梗阻; 胃镜; 经鼻肠梗阻导管

肠梗阻比较常见的是在手术后发生粘连性肠梗阻, 需要对应的禁食水, 同时纠正水电解质以及酸碱平衡紊乱问题^[1], 再配合针对性的抗感染治疗, 此外, 还需要进行胃肠减压干预。在胃肠减压治疗中, 主要方法是经鼻胃管胃肠减压, 但普通的鼻胃管长度不够, 无法有效抽吸肠腔中的内容物, 减压作用一般, 容易复发^[2], 需手术解除梗阻。日本在 2003 年研制出一种亲水性二囊三腔肠梗阻导管, 自此粘连性肠梗阻的保守治疗效果大大提升, 同时, 置管的方法和实际效果也有很大关联, 比如既往的盲探法和近些年新出的经胃镜辅助下置管法。本文旨在分析在胃镜辅助下经鼻肠梗阻导管置入空肠治疗粘连性肠梗阻的效果, 共纳入 140 例患者展开分组对照研究, 详情见正文。

1 资料及方法

1.1 资料

共纳入粘连性肠梗阻患者 140 例(收治时间: 2018 年 1 月~2022 年 1 月)。纳入标准: ①经 X 线检查和超声检查确诊, 具体参考《外科学》(第 8 版); ②存在肛门停止排气排便、腹胀等临床症状; ③凝血功能正常; ④病案资料齐全。排除标准: ①存在急性感染; ②凝血功能异常; ③合并重度呼吸循环疾病; ④因异物所致的肠梗阻。

采取数字表随机分组法, 将 140 例患者分成 70 例/组。组间资料对比, $P > 0.05$, 基线资料均衡。

对照组(男 41 例, 女 29 例): 年龄: 41~78 (63.25 ± 4.15) 岁; 病程: 1~4 (2.01 ± 0.18) 天; 体质量: 45~71 (62.16 ± 5.01) kg。

观察组(男 43 例, 女 27 例): 年龄: 40~79 (63.41 ± 4.36) 岁; 病程: 1~5 (2.24 ± 0.31) 天; 体质量: 45~71 (62.16 ± 5.01) kg。

1.2 方法

所有病例均接受常规治疗, 包括禁食水, 予以全肠外营养支持, 结合中心静脉压、实验室检查结果, 针对性补充全血(或血浆), 纠正水及电解质紊乱问题, 维持酸碱平衡状态, 抗生素静滴, 吸氧, 注意观察腹部体征。

于常规治疗基础上, 对照组在胃镜辅助下实施经鼻胃管胃肠减压, 观察组在胃镜辅助下采取经鼻肠梗阻导管胃肠减压。取右侧卧位, 行静脉麻醉(或口服咽喉黏膜麻醉), 置入胃镜, 取鼻肠梗阻导管经幽门置入十二指肠升部远端, 15ml 注射用水经前气囊内注入, 胃镜慢慢退出, 导管中的导丝拔出, 连接好负压吸引装置, 导管无需固定, 需保持通畅, 注意控制进管深度, 若导管未前进, 需将前气囊中注射用水抽出, 另取 20ml 注射用水经后气囊注入, 定时将造影剂经后气囊注入, 进行腹透以确定导管首端位置, 视情况将导管向前推进以达到目标位置。

1.3 观察指标

(1) 记录两组临床指标。包括恢复排气排便时间、腹痛缓解时间、气液平面消失时间、hsCRP 恢复时间、白细胞恢复时间、胃肠减压量、带管时间、住院时间。

(2) 判定疗效^[3]。症状、体征大部分消失, 行腹部 X 线透视, 未发现肠管扩张和腹腔积液现象, 同时气液平面消失, 即为“显效”; 症状、体征有所改善, 腹腔积液、肠管扩张现象也有所缓解, 气液平面改善, 定为“有效”; 未达到上述标准, 甚至更为严重需手术, 则为“无效”。显效率与有效率之和即为总有效率。

(3) 免疫指标。在治疗前和治疗 1 周后测定两组患者的免疫指标, 包括 IgM、IgA、IgG。

1.4 统计学

统计学软件选用 SPSS25.0, 计量资料符合正态分布, 行 t 检验, 以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 计数资料行 χ^2 检验, 以“ $[n, \%]$ ”表示, $P < 0.05$, 则表示结果有差异。

2 结果

2.1 临床指标

表 1 示, 观察组患者各时间性指标均短于对照组, 胃肠减压量大于对照组, $P < 0.05$ 。

表 1 临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组名	例数 (n)	排气排便时间 (d)	腹痛缓解时间 (d)	气液平面消失时间 (d)	hsCRP 恢复时间 (d)	白细胞恢复时间 (d)	胃肠减压量 (mL/d)	带管时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	70	6.24 ± 1.13	5.81 ± 0.73	6.25 ± 1.14	9.89 ± 1.13	8.36 ± 2.27	614.56 ± 15.28	8.13 ± 1.15	9.28 ± 2.37
观察组	70	3.12 ± 0.26	2.37 ± 0.41	3.19 ± 0.38	7.63 ± 1.16	4.28 ± 1.37	958.63 ± 15.14	4.64 ± 1.21	6.15 ± 1.18
t	-	22.512	34.375	21.305	11.676	12.875	133.828	17.492	9.891
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 临床疗效

表 2 示, 观察组总有效率水平更高, $P < 0.05$ 。

表 2 临床疗效对比 [n (%)]

组名	例数 (n)	无效	有效	显效	总有效率
对照组	70	13 (18.57)	25 (35.71)	32 (45.71)	57 (81.43)
观察组	70	4 (5.71)	21 (30.00)	45 (64.29)	66 (94.29)
χ^2	-	-	-	-	5.423
P	-	-	-	-	0.020

2.3 免疫指标

表 3 示, 两组患者治疗前的各项免疫指标水平无较大差异, $P > 0.05$, 治疗 1 周后, 观察组各指标水平平均高于对照组, $P < 0.05$ 。

表 3 免疫指标对比 ($\bar{x} \pm s$, g/L)

组名	例数 (n)	IgM		IgA		IgG	
		治疗前	1 周后	治疗前	1 周后	治疗前	1 周后
对照组	70	0.82 ± 0.31	1.15 ± 0.45	2.55 ± 0.23	2.67 ± 0.18	11.57 ± 2.14	13.32 ± 2.50
观察组	70	0.83 ± 0.29	2.20 ± 0.64	2.58 ± 0.50	3.22 ± 0.81	11.49 ± 2.10	15.17 ± 2.24
t	-	0.197	11.229	0.456	5.546	0.223	4.611
P	-	0.844	0.000	0.649	0.000	0.824	0.000

3 讨论

腹部手术后若出现腹壁粘着扭折、肠袢粘连成团、粘连系带、粘连成角等情况, 就会出现急性机械性肠梗阻症状、体征, 反复发作或者是狭窄先兆的患者^[1], 需及时手术, 其余大多数患者因广泛粘连导致的单纯性粘连性肠梗阻, 进行非手术治疗效果比较理想。非手术治疗需要将梗阻近端肠腔的内容物充分引流, 控制肠管内压力, 恢复肠管的血液循环状态^[5-6], 此外非手术治疗可减轻肠胀气, 降低腹内压, 缓解因膈肌升高、活动受限导致的循环、呼吸功能异常^[7], 故手术后除了要禁食水、常规干预外, 还需进行胃肠减压, 并且胃肠减压效果对治疗成功率有至关重要的作用。

传统采用的鼻胃管长度有限, 引流和减压效果都一般, 鼻型肠梗阻导管其优点在于, 首先, 经胃镜引导能轻易将长度为 3 米的鼻型肠梗阻导管从幽门置入十二指肠升部远端; 第二, 进入肠道后, 在前导子重力、近端肠蠕动作用下, 慢慢推进气囊, 并让导管移至梗阻位置, 以达到降低肠腔压力的作用^[8]; 第三, 经导管前囊注水, 能预防肠内容物反流, 同时通过前气囊补气孔可将吸引力提高, 进而减压效果增强^[9], 改善肠壁水肿症状; 第四, 经导管后囊注入造影剂, 可查看梗阻位置、类型, 针对性更强^[10]。文中表 1 数据显示, 观察组各症状改善时间均短于对照组, 胃肠减压压力大于对照组, 经治疗后梗阻解除, 同时肠壁水肿消退, 随着血液循环的改善, 使得肠蠕动功能慢慢恢复, 肠道屏障功能也随之恢复, 进而肠腔中的细菌移位减少, 降低外周血白细胞数目, 调整肠道内菌群状态^[11-12]。两组治疗总有效率数据对比, 观察组 94.29% > 对照组 81.43%, 进一步说明观察组治疗方案更加有效。肠梗阻患者由于肠道不通可导致营养吸收不良, 存在免疫球蛋白下降的情况, 比如常见的 IgM、IgA、IgG, 文中表 3 显示, 治疗 1 周后观察组患者各免疫球蛋白水平均高于对照组, 可见观察组治疗方式能够更有效的提高患者免疫功能。

经鼻肠梗阻导管在胃镜辅助下置入成功率比较高, 同时安全性也有保障, 但仍需注意一些问题, 比如尽量由经验比较丰富的医生完成置管操作, 使得置管时间缩短, 将肠梗阻导管插入时, 第一步要先通过胃镜将胃内容物充分吸出, 以免发生呕吐导致十二指肠内气囊返回胃腔中的问题^[13], 此外, 肠梗阻导管尽量深插至空肠的上段, 或者是接近梗阻的上部, 操作时注意控制力度, 以免发生胃、食管、十二指肠壁等损伤情况, 导致出血、穿孔问题发生^[14]。放置肠梗阻导管后, 要注意每天记录导管前进长度, 统计肠液引出量, 管子需要每天用 0.9% 氯化钠液来冲洗, 嘱咐患者立位活动。肠梗阻解除的关键之一是肠梗阻导管插入位置, 只有插入到梗阻附近, 才可经吸引减压、在水囊的重量促进肠蠕动作用下, 加强导引子钻顶作用^[15], 将肠梗阻解除, 故需要判断导管行进状态, 每日冲洗导管数次, 同时注意积极补液, 预防性使用抗生素, 加强营养支持, 维持水电解质的平衡。

总之, 粘连性肠梗阻是腹部手术后的常见并发症, 大部分可通过保守治疗解除, 在胃镜辅助下经鼻肠梗阻导管置入空肠治疗粘连性肠梗阻效果比较理想, 值得推广。

参考文献:

- [1] 李文锋. 胃镜下经鼻型肠梗阻导管置入术治疗急性粘连性肠梗阻疗效观察[J]. 河南外科学杂志, 2019, 25(5): 113-115.
- [2] 傅代全, 郭跃辉, 李艳香, 等. 经胃镜联合 DSA 引导下放置经鼻肠梗阻导管治疗术后粘连性肠梗阻[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(13): 30, 32.
- [3] 李秀峰. 胃镜下经鼻肠梗阻导管治疗急性肠梗阻效果研究[J]. 中国药物与临床, 2018, 18(4): 589-590.
- [4] 田春江, 周则卫. 经鼻型肠梗阻导管在小肠梗阻诊疗中的应用效果分析[J]. 中华介入放射学电子杂志, 2018, 6(1): 65-69.
- [5] 张朝阳. 生长抑素联合鼻肠梗阻导管治疗老年胃肠术后早期炎性肠梗阻患者的临床效果分析[J]. 河南外科学杂志, 2022, 28(2): 99-101.
- [6] 冯丽娟, 李燕梅, 李丽, 等. 生长抑素联合经鼻肠梗阻导管置入术在急性肠梗阻伴晚期胃癌患者中的应用[J]. 现代消化及介入诊疗, 2022, 27(4): 482-485.
- [7] 李思琴, 郭琦, 夏娟, 等. 经鼻型肠梗阻导管在卵巢癌合并肠梗阻患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(4): 671-675.
- [8] 黎耀文. DSA 引导下改良经鼻肠梗阻导管置入术治疗急性肠梗阻的临床效果[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2022, 6(4): 80-83.
- [9] 胡献辉. 经鼻肠梗阻导管置入术治疗老年患者术后粘连性肠梗阻效果观察[J]. 智慧健康, 2021, 7(8): 82-84.
- [10] 刘映辉, 孙雷, 徐冬冬, 等. 经鼻肠梗阻导管小肠内排列术与传统手术治疗急性肠梗阻的临床疗效[J]. 中国保健营养, 2021, 31(3): 5.
- [11] 郑伟, 谌外华, 江福生, 等. 经鼻肠梗阻导管治疗粘连性小肠梗阻的临床应用[J]. 医学信息, 2021, 34(24): 61-63.
- [12] 张超, 李昂, 曹锋, 等. 经鼻肠梗阻导管治疗老年机械性小肠梗阻的疗效分析[J]. 中华普通外科杂志, 2021, 36(5): 327-331.
- [13] 任起梦, 刘钊, 姜嘉豪, 等. DSA 引导的经减压孔快速交换法置入经鼻型肠梗阻导管[J]. 介入放射学杂志, 2021, 30(11): 1154-1156.
- [14] 杨杰, 马宏飞, 肖开提·依不拉音, 等. 经鼻肠梗阻导管置入术治疗急性肠梗阻伴晚期胃癌患者中远期疗效及对炎性因子影响[J]. 临床军医杂志, 2020, 48(4): 422-423.
- [15] 吴国聪, 姚宏伟, 郭策. 鼻胃管与经鼻型小肠梗阻导管在不同位置和类型肠梗阻治疗中的临床疗效[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19(14): 1478-1480.