

# 普外科腹部手术后早期炎性肠梗阻临床诊治分析

王新广 雍万鹏 (通讯作者)

(甘肃省白银市景泰县中医医院外二科 730400; 甘肃省白银市景泰县中医医院外一科 730400)

**摘要:** 目的: 分析普外科腹部手术后早期炎性肠梗阻临床诊治。方法: 选取 2021 年 2 月~2022 年 6 月间在我院普外科接受腹部手术后早期炎性肠梗阻患者 30 例, 按照随机数字表法将其分为 2 组, 每组均为 15 例, 对照组接受常规治疗, 观察组在对照组基础增加生长抑素治疗, 对比两组患者临床治疗效果。结果: 总有效率对比, 观察组比对照组高 ( $P < 0.05$ ); 观察组腹部症状缓解时间、肛门排气恢复时间、肠鸣音恢复时间、治愈时间均比对照组短 ( $P < 0.05$ ); 观察组 CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  均比对照组低 ( $P < 0.05$ ); 并发症发生率对比, 观察组明显比对照组低 ( $P < 0.05$ )。结论: 普外科腹部手术后患者如果发生早期炎性肠梗阻, 可以采取生长抑素进行治疗, 能快速促进患者胃肠功能恢复, 减少患者并发症, 值得临床广泛推广及应用。

**关键词:** 普外科; 腹部手术; 早期炎性肠梗阻; 并发症; 炎症水平; 临床诊治

早期炎性肠梗阻是普外科腹部手术常见并发症, 多出现在手术后 7~14 天, 患者手术后因为机体创伤、腹腔炎症渗出, 肠壁水肿、渗出, 致胃肠蠕动变缓、变慢, 产生机械性、动力性或粘连性肠梗阻, 由于病因和炎症有着密切关系, 因此, 被称之为早期炎性肠梗阻<sup>[1]</sup>。据相关资料统计<sup>[2]</sup>, 普外科腹部手术后早期炎性肠梗阻发生率达到 0.69%~1.4%, 在肠梗阻中占比达到 20%, 如果不及时治疗, 会增加肠道组织脆性, 严重影响患者术后恢复, 甚至降低生活质量。研究表明<sup>[3]</sup>, 针对普外科腹部手术后早期炎性肠梗阻生长抑素治疗效果比较理想。生长抑素属于人工合成环状十四氨基酸肽组织, 对胃肠道分泌激素、消化液具有良好的抑制作用, 能有效改善早期炎性肠梗阻。本研究特收集我院普外科腹部手术后 30 例早期炎性肠梗阻患者, 对临床诊治效果进行分析, 现报告如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2021 年 2 月~2022 年 6 月期间在我院普外科接受腹部手术后早期炎性肠梗阻患者 30 例, 按照随机数字表法将其分为 2 组, 每组均为 15 例, 对照组男性 7 例, 女性 8 例, 年龄 40~80 岁, 平均年龄 (60.8 ± 4.3) 岁, 手术至发病时间 1~12 天, 平均时间 (6.2 ± 1.8) 天; 观察组男性 8 例, 女性 7 例, 年龄 42~81 岁, 平均年龄 (61.2 ± 4.0) 岁, 手术至发病时间 1~11 天, 平均时间 (6.0 ± 1.6) 天; 两组患者性别、年龄、手术至发病时间等一般资料无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 数据具有可比性。

纳入标准: ①所有患者近 14 天于我院普外科接受腹部手术, 术后腹部疼痛、排便不畅, 腹部立位平片存在肠管扩张、多个液气平面征象, 确诊为早期炎性肠梗阻; ②年龄 40~80 岁; ③临床资料无缺失; ④患者、家属均对此次研究内容完全知情, 自愿参与研究, 且已签署知情同意书; 排除标准: ①心脏病、肝肾功能障碍; ②其他因素造成的肠梗阻; ③药物过敏、酒精、药物依赖; ④精神疾病、沟通障碍、依从性特别差的患者; 本研究已获我院伦理委员会批准。

### 1.2 方法

对照组为常规治疗, 主要方法为: 患者禁食禁饮, 并进行胃肠减压, 给予胃肠外营养, 通过非蛋白热卡、热氮, 满足机体营养需求, 对酸碱、水电解质平衡进行纠正。观察组在以上基础上增加生长抑素治疗, 生长抑素思他宁 (生产企业: Merck Serono SA Aubonne Branch; 批准文号: H20090929; 规格: 3mg), 微泵静脉 1 天, 6mg/次。

### 1.3 观察指标

(1) 临床疗效评价。显效: 患者临床症状完全消失, 大便性

状正常, 无不良反应, CT、X 射线检查结果无异常; 有效: 患者临床症状明显改善, 大便性状、CT、X 射线检查好转; 无效: 患者临床症状、大便性状、CT、X 射线检查结果均无改善; 总体有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 × 100%。

(2) 统计两组患者腹部症状缓解时间、肛门排气恢复时间、肠鸣音恢复时间、治愈时间。

(3) 治疗后采集患者静脉血标本 5ml, 进行离心处理, 3000r/min, 时间为 15min, 分离血清放在试管中保存于 -20℃ 环境, 4h 内采取免疫比浊法对白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子 (TNF- $\alpha$ )、C-反应蛋白 (CRP) 进行检测。

(4) 统计两组患者并发症发生率, 包括积液、腹腔感染。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 24.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 两组间比较采用 t 检验; 计数资料采用率表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床有效率对比

观察组总有效率为 93.33%, 对照组总有效率为 60.00%, 总有效率对比, 观察组比对照组高 ( $P < 0.05$ ), 数据如下表 1。

表 1 两组患者临床有效率对比[n.(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	15	11 (73.33)	3 (20.00)	1 (6.67)	14 (93.33)
对照组	15	8 (53.33)	1 (6.67)	6 (40.00)	9 (60.00)
$\chi^2$	-				4.6584
P	-				$P < 0.05$

### 2.2 两组胃肠功能指标对比

观察组腹部症状缓解时间、肛门排气恢复时间、肠鸣音恢复时间、治愈时间均比对照组短 ( $P < 0.05$ ), 数据如下表 2。

表 2 两组胃肠功能指标对比 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	腹部症状缓解时间	肛门排气恢复时间	肠鸣音恢复时间	治愈时间
观察组	15	2.56 ± 0.23	2.16 ± 0.22	3.17 ± 0.25	8.14 ± 2.05
对照组	15	3.89 ± 0.51	4.18 ± 0.52	6.89 ± 1.57	12.08 ± 4.12
t	-	9.2071	13.8559	9.0625	3.3159
P	-	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

### 2.3 两组患者炎症因子水平对比

观察组 CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  均比对照组低 ( $P < 0.05$ ), 数据如下表 3.

表 3 两组患者炎症因子水平对比 ( $\bar{X} \pm s$ )

组别	例数	CRP (mg/L)	IL-6 (ng/L)	TNF- $\alpha$ (ng/L)
观察组	15	2.26 $\pm$ 0.86	12.45 $\pm$ 2.33	13.25 $\pm$ 3.95
对照组	15	3.98 $\pm$ 1.81	15.69 $\pm$ 3.42	19.67 $\pm$ 5.71
t	-	3.3242	3.0322	3.5811
P	-	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

#### 2.4 两组患者并发症发生率对比

观察组并发症发生率为 , 对照组并发症发生率为 , 并发症发生率对比, 观察组明显比对照组低 ( $P < 0.05$ ), 数据如下表 4.

表 4 两组患者并发症发生率对比[n.(%)]

组别	例数	积液	腹腔感染	并发症发生率
观察组	15	1 (6.67)	0 (0.00)	1 (6.67)
对照组	15	3 (20.00)	3 (20.00)	6 (40.00)
$\chi^2$	-			4.6584
P	-			$P < 0.05$

#### 3 讨论

肠道是人体主要消化器官,也是重要的排毒器官和最大免疫系统,肠道健康直接影响着人体健康。而早期炎性肠梗阻是普外科腹部手术后常见并发症。由于术中操作时间比较长,手术范围大,对患者腹腔造成巨大创伤,患者肠管广泛分离,术中肠管长时间暴露,且术中操作还可能对肠管造成损伤,受到积液、积血、残留组织碎屑等无菌性炎症影响,患者腹腔炎症渗出,小肠肠壁水肿、渗出,在恢复肠蠕动后 14 天内出现恶心、呕吐、腹胀、腹痛、停止排气症状<sup>[4]</sup>。和其他类型肠梗阻相比,早期炎性肠梗阻也存在停止排气、排便、腹胀、恶心、呕吐等临床症状,不同特点主要表现在以下几个方面<sup>[5]</sup>:①患者在近期接受过 1 次,或者 > 1 次的腹部复杂手术史,年龄偏大,身体素质较差,抵抗力、免疫力低下群体;②患者术后存在少量排便、排气,胃肠功能恢复后再次出现梗阻;③腹部疼痛比较明显,呈持续强烈剧痛;④腹部膨隆,也有部分患者腹部某处出现蠕动波、肠型,腹部无肌紧张、反跳痛,质地坚韧,无肠鸣音,或者肠鸣音比较微弱,体温达到 38℃ 以上,白细胞水平低于  $15 \times 10^9/L$ ;⑤X 线检查出现液平面,小肠内积气, B 超检查肠管积气, CT 检查病变位置界限不清晰,肠壁增厚、黏连、水肿,肠管出现不同程度扩张,伴有积液,腹腔内造影剂无法通过,腹腔内渗出;⑥病程长,易反复。

早期炎性肠梗阻恢复胃肠功能一般需要 1~2 周时间,如果不及时采取治疗措施,可能增加肠道组织脆性,导致短肠综合征、肠痿<sup>[6]</sup>。但由于普外科腹部手术后早期炎性肠梗阻患者受到手术影响,肠壁组织本身就存在一定程度创伤,存在水肿,肠液渗出、炎性细胞浸润情况,纤维素增加,而导致胃肠道无法正常运行。加之,早期炎性肠梗阻多出现在年龄比较大的患者群体中,患者本身抵抗力较差,如果急于通过手术解决患者梗阻问题,可能会进一步影响患者胃肠功能,因此,早期炎性肠梗阻应尽量采取非手术手段治疗<sup>[7]</sup>。以往常规治疗主要是禁食禁饮,胃肠减压,维持水电解质和酸碱平衡。但肠内消化液大量分泌,消化液聚集会加重肠壁水肿,打破水电解质平衡,降低肠腔免疫功能<sup>[8]</sup>。研究表明<sup>[9]</sup>,生长抑素对肠道消化液分泌具有抑制作用,可有效解决肠管扩张及肠管缺血性问题,促进肠壁血循环恢复,使黏膜保持完整,减轻患者机体炎症,促进

患者胃肠道功能尽快恢复。思他宁是环状肽类生长素,对肠胃系统、胰腺细胞、胃肠道分泌均具有抑制作用,能有效维持肠道功能平衡<sup>[10]</sup>。本研究观察结果显示,总有效率对比,观察组比对照组高 ( $P < 0.05$ );观察组腹部症状缓解时间、肛门排气恢复时间、肠鸣音恢复时间、治愈时间均比对照组短 ( $P < 0.05$ );观察组 CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  均比对照组低 ( $P < 0.05$ );并发症发生率对比,观察组明显比对照组低 ( $P < 0.05$ )。结果可见,采取生长抑素治疗普外科腹部手术后早期炎性肠梗阻对患者临床症状、炎症水平均具有良好的改善作用。

综上所述,普外科腹部手术后患者如果发生早期炎性肠梗阻,可以采取生长抑素进行治疗,能快速促进患者胃肠功能恢复,减少患者并发症。而术后早期炎性肠梗阻对患者身体危害较大,在临床治疗中应重视早期炎性肠梗阻预防。术中操作时需提高操作精细度,保护好手术创面,避免肠管长时间在腹腔外暴露。黏连分离时应尽量采取钝性分离,以免伤害到肠管、肠浆膜。手术结束前,应使用生理盐水对腹腔进行冲洗,避免异物残留,导致腹腔污染,引起腹腔炎症。术后密切观察患者排气情况,如果患者过早排气,应将禁食时间延长。注意患者营养状况,通过营养支持满足患者机体营养需求。如果患者术后出现腹胀、腹痛、腹膜刺激情况,应注意及时排查早期炎性肠梗阻,尽早让患者接受治疗。

#### 参考文献:

- [1]杜现锋. 中西医结合非手术治疗老年术后早期炎性肠梗阻效果分析[J]. 河南外科学杂志,2022,28(3):133-135.
  - [2]刁意平. 奥曲肽对腹部手术后早期炎性肠梗阻的疗效及对炎症因子水平的影响[J]. 中国乡村医药,2018,25(4):28-29.
  - [3]景琴,张春霞,贾瑞瑞,等. 手术后早期炎性肠梗阻 34 例临床观察探析[J]. 数理医药学杂志,2020,33(9):1410-1412.
  - [4]张荣福,李源. 生长抑素联合鼻胃管胃肠减压治疗腹部手术后早期炎性肠梗阻的效果分析[J]. 中国肛肠病杂志,2018,38(5):19-21.
  - [5]潘震东,孔为民. 妇科手术术后早期炎性肠梗阻诊断和处理的研究进展[J]. 北京医学,2021,43(7):643-645.
  - [6]孙桂芳,黄永生. 妇科手术后早期炎性肠梗阻患者的临床特征及治疗策略[J]. 实用临床医药杂志,2019,23(20):95-97,101.
  - [7]汤雨秋. 生长抑素对老年腹部手术后早期炎性肠梗阻患者炎症因子及胃肠功能的影响研究[J]. 当代医学,2019,25(13):175-176.
  - [8]李铎伟. 生长抑素联合鼻胃管胃肠减压治疗腹部手术后早期炎性肠梗阻的效果与不良反应评价[J]. 吉林医学,2021,42(7):1675-1677.
  - [9]李兴红,王小燕,刘利亭. 肠梗阻导管联合生长抑素及地塞米松治疗手术后早期炎性肠梗阻的效果探讨[J]. 当代医药论丛,2021,19(13):27-28.
  - [10]张留龙. 加味小承气汤联合导管治疗腹部手术后早期炎性肠梗阻患者的临床效果观察[J]. 中国民康医学,2018,30(17):59-61.
- 通讯作者: 雍万鹏 出生年月日: 1990.09.23 职务: 住院医师  
学位: 学士学位 研究方向: 普外及泌尿外科  
作者简介: 王新广 出生年月日: 1981.09.15 职务: 副主任  
医师  
学位: 学士学位 研究方向: 普外及肛肠外科