

# 急性粘连性肠梗阻采用标准化手术时机 进行手术治疗的临床效果

徐忠友

(德兴市人民医院外二科,江西 德兴 334200)

**摘要:**目的 研究标准化手术时机选择对急性粘连性肠梗阻患者进行手术治疗的效果。方法 选取2016年3月-2021年7月在我院诊治的72例急性粘连性肠梗阻患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各36例。对照组采用常规手术时机进行手术治疗选择,观察组采用标准化手术时机选择手术治疗。比较两组治疗效果、胃肠功能恢复指标、炎症细胞因子水平、急性生理与慢性健康评分(APACHE-II评分)、并发症发生率以及复发率。结果 观察组治疗总有效率为94.44%,高于对照组的80.55%( $P<0.05$ );观察组腹痛消失、肠鸣音消失、术后肛门恢复排气、术后排便时间均短于对照组( $P<0.05$ );观察组肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-6(IL-6)、C反应蛋白(CRP)水平均低于对照组( $P<0.05$ );两组术后APACHE-II评分均低于术前,且观察组低于对照组( $P<0.05$ );观察组并发症发生率为8.33%,低于对照组的19.44%( $P<0.05$ );随访3个月,观察组复发率为5.56%,低于对照组的13.89%( $P<0.05$ )。结论 标准化手术时机选择对急性粘连性肠梗阻患者进行手术治疗效果确切,可提高治疗总有效率,快速减轻临床症状,抑制炎症反应,且可降低并发症发生率和复发率,具有相对良好的手术治疗效果,值得临床应用。

**关键词:**标准化手术时机;急性粘连性肠梗阻;手术治疗

中图分类号:R656.7

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2023.03.027

文章编号:1006-1959(2023)03-0132-04

## The Clinical Effect of Standardized Surgical Timing for Surgical Treatment of Acute Adhesive Intestinal Obstruction

XU Zhong-you

(The Second Department of Surgery, Dexing People's Hospital, Dexing 334200, Jiangxi, China)

**Abstract:** **Objective** To study the effect of standardized operation timing on surgical treatment of patients with acute adhesive intestinal obstruction. **Methods** A total of 72 patients with acute adhesive intestinal obstruction diagnosed and treated in our hospital from March 2016 to July 2021 were selected as the research objects. They were divided into control group and observation group by random number table method, with 36 cases in each group. The control group was treated with conventional surgical timing for surgical treatment, and the observation group was treated with standardized surgical timing for surgical treatment. The therapeutic effect, gastrointestinal function recovery index, inflammatory cytokine level, acute physiology and chronic health score (APACHE-II score), complication rate and recurrence rate were compared between the two groups. **Results** The total effective rate of treatment in the observation group was 94.44%, which was higher than 80.55% in the control group ( $P<0.05$ ). The time of abdominal pain disappearance, bowel sound disappearance, postoperative anal exhaust recovery and postoperative defecation in the observation group were shorter than those in the control group ( $P<0.05$ ). The levels of tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), interleukin-6 (IL-6), C-reactive protein (CRP) in the observation group were lower than those in the control group ( $P<0.05$ ). The APACHE-II scores of the two groups were lower than those before operation, and those in the observation group were lower than those in the control group ( $P<0.05$ ). The incidence of complications in the observation group was 8.33%, which was lower than 19.44% in the control group ( $P<0.05$ ). After 3 months of follow-up, the recurrence rate of the observation group was 5.56%, which was lower than 13.89% of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Standardized surgical timing is effective in surgical treatment of patients with acute adhesive intestinal obstruction, which can improve the total effective rate of treatment, quickly reduce clinical symptoms, inhibit inflammatory response, and reduce the incidence of complications and recurrence rate. It has a relatively good surgical treatment effect and is worthy of clinical application.

**Key words:** Standardized surgical timing; Acute adhesive intestinal obstruction; Surgical treatment

急性粘连性肠梗阻(adhesive ileus)是临床常见的一种急腹症,患者多伴有腹痛、腹胀、停止排气排

便等,严重影响患者的健康安全<sup>[1-2]</sup>。急性粘连性肠梗阻病情进展快速,如果不及时治疗会危及患者的生命<sup>[3]</sup>。临床保守治疗方法主要包括禁食、胃肠减压、营养支持等,虽然可在一定程度上减轻症状,但是保守治疗疗程较长,患者预后较差<sup>[4]</sup>。因此,在保守治疗无效或出现手术指征时进行手术治疗。但是

作者简介:徐忠友(1967.6-),男,浙江衢州人,本科,主治医师,主要从事普外科疾病的诊治工作

临床手术时机的选择存在较大争议,如何科学合理选择还需要进一步探究证实<sup>[9]</sup>。本研究结合 2016 年 3 月-2021 年 7 月在我院诊治的 72 例急性粘连性肠梗阻患者临床资料,观察标准化手术时机选择对急性粘连性肠梗阻患者进行手术治疗的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月-2021 年 7 月在德兴市人民医院诊治的 72 例急性粘连性肠梗阻患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 36 例。对照组男 21 例,女 15 例;年龄 17~83 岁,平均年龄(46.20±3.31)岁。观察组男 24 例,女 12 例;年龄 19~84 岁,平均年龄(46.44±2.91)岁。两组年龄、性别比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),可比较。本研究患者自愿参加,并签署知情同意书。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:①均符合急性粘连性肠梗阻临床诊断标准<sup>[6]</sup>;②均经超声诊断确诊<sup>[7]</sup>;③均符合手术指征<sup>[8]</sup>。排除标准:①合并肝、肾、心、脑血管系统等严重疾病者;②消化性溃疡穿孔、急性肠炎等;③合并恶性肿瘤者;④随访资料不完善者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用常规手术时机进行手术治疗选择,具体方法入院后密切观察患者临床症状,尤其是腹部症状、体征的变化,一旦出现肠绞窄征象<sup>[9]</sup>,立即进行手术治疗。

1.3.2 观察组 采用标准化手术时机选择手术治疗,具体方法:进行 CT 检查,存在完全性肠梗阻、腹腔积液的深度大于 7 cm,或肠管扩张大于 3.7 cm 时<sup>[10]</sup>,立即进行手术治疗。

1.4 观察指标 比较两组治疗效果、胃肠功能恢复指

标(腹痛消失、肠鸣音消失、术后肛门恢复排气、术后排便时间)、炎症细胞因子(TNF- $\alpha$ 、IL-6、CRP)水平、急性生理与慢性健康评分(APACHE-Ⅱ评分)、并发症(感染、出血、肠痿)发生率以及复发率(3 个月后电话随访)。

1.4.1 治疗效果<sup>[11,12]</sup> 治愈:临床症状完全消失,排气排便正常,气液平面消失;有效:临床症状显著改善,肠腔积液、积气均减轻;无效:以上指标均未达到,总有效率=(治愈+有效)/总例数×100%。

1.4.2 APACHE-Ⅱ评分<sup>[13]</sup> 包括急性生理评分、年龄评分、慢性健康评分,总分 71 分,评分越高病情越严重。

1.5 统计学方法 采用统计软件包 SPSS 21.0 对本研究的数据进行统计学处理,采用( $\bar{x}\pm s$ )表示符合正态分布的计量资料,组间比较采用  $t$  检验;计数资料采用[n(%)]表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验; $P<0.05$  说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床治疗效果比较 观察组治疗总有效率高于对照组( $P<0.05$ ),见表 1。

2.2 两组胃肠功能指标恢复时间比较 观察组腹痛消失、肠鸣音消失、术后肛门恢复排气、术后排便时间均短于对照组( $P<0.05$ ),见表 2。

2.3 两组炎症因子水平比较 观察组 TNF- $\alpha$ 、IL-6、CRP 水平均低于对照组( $P<0.05$ ),见表 3。

2.4 两组 APACHE-Ⅱ评分比较 两组术后 A-PACHE-Ⅱ评分均低于术前,且观察组低于对照组( $P<0.05$ ),见表 4。

2.5 两组并发症发生率比较 观察组并发症发生率低于对照组( $P<0.05$ ),见表 5。

表 1 两组临床治疗效果比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	治愈	有效	无效	总有效率
观察组	36	22(61.11)	12(33.33)	2(5.56)	34(94.44)*
对照组	36	19(52.78)	10(27.78)	7(19.44)	29(80.56)

注:\* 与对照组比较,  $\chi^2=4.023$ ,  $P=0.018$

表 2 两组胃肠功能指标恢复时间比较( $\bar{x}\pm s$ ,h)

组别	<i>n</i>	腹痛消失时间	肠鸣音消失时间	术后肛门恢复排气时间	术后排便时间
观察组	36	22.11±3.09	6.33±1.22	31.01±5.33	34.61±5.43
对照组	36	24.30±3.51	9.86±1.65	35.48±5.40	37.64±5.60
<i>t</i>		2.942	10.433	4.024	5.394
<i>P</i>		0.26	0.000	0.018	0.013

表 3 两组炎症因子水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	TNF- $\alpha$ (mg/L)	IL-6( $\mu$ g/L)	CRP(mg/L)
观察组	36	22.19 $\pm$ 3.09	6.59 $\pm$ 0.34	5.10 $\pm$ 1.02
对照组	36	38.72 $\pm$ 5.18	10.20 $\pm$ 0.50	7.68 $\pm$ 1.05
t		11.031	8.586	9.029
P		0.000	0.001	0.000

表 5 两组并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	感染	出血	肠痿	发生率
观察组	36	1(2.78)	1(2.78)	1(2.78)	3(8.33)*
对照组	36	2(5.56)	2(5.56)	3(8.33)	7(19.44)

注:\*与对照组比较, $\chi^2=3.895$ , $P=0.021$ 

2.6 两组复发率比较 随访 3 个月,观察组复发率为 5.56%(2/36),低于对照组的 13.89%(5/36),差异有统计学意义( $\chi^2=2.674$ , $P=0.027$ )。

### 3 讨论

急性粘连性肠梗阻手术治疗患者仍然会发生再次粘连,临床通常主张先采用保守治疗,对于保守治疗无效的患者,再给予针对性的手术治疗<sup>[14,15]</sup>。但是相关研究显示<sup>[16]</sup>,保守治疗急性粘连性肠梗阻会导致患者出现肠扭转,且过高的肠腔内压力容易使患者出现肠壁血运障碍,继而诱发肠坏死、肠穿孔等并发症。尚献会等<sup>[17]</sup>的报道中指出,保守治疗还会造成肠道细菌移位、毒素吸收等严重反应,增加中毒性休克、脓毒症等发生风险。因此,目前多提倡给予手术治疗。但是临床手术时机选择,无统一标准<sup>[18]</sup>。不同手术时机可能对患者的预后产生不同影响<sup>[19]</sup>。如何科学、合理选择急性粘连性肠梗阻手术时机是当前临床迫切需要解决的问题之一。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率为 94.44%,高于对照组的 80.55%( $P<0.05$ ),提示标准化手术时机选择对急性粘连性肠梗阻患者治疗具有积极的影响,可提高治疗总有效率,实现相对理想的治疗效果。该结论与陈洪刚等<sup>[20]</sup>的报道相似。分析认为可能是由于标准化手术时机选择可更准确地掌握患者病情,并在出现相应指征后给予对症治疗,从而快速减轻临床症状,避免过早手术治疗增加手术治疗风险,例如生命体征不稳定,并发症发生风险较高<sup>[21]</sup>。同时研究结果显示,观察组腹痛消失、肠鸣音消失、术后肛门恢复排气、术后排便时间均短于对照组( $P<0.05$ ),提示标准化手术时机选择可促进临床症状快速减轻,胃肠功能早期恢复。观察组 TNF- $\alpha$ 、IL-6、CRP 水平均低于对照组( $P<$

表 4 两组 APACHE- II 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	术前	术后
观察组	36	24.56 $\pm$ 3.47	7.36 $\pm$ 1.10*
对照组	36	25.01 $\pm$ 4.01	12.45 $\pm$ 1.80*
t		0.073	20.134
P		0.894	0.000

注:与同组术前比较,\* $P<0.05$ 

0.05),表明标准化手术时机选择患者术后炎症反应减轻,一定程度避免炎症不良应激反应,并预防腹腔粘连的再发生。两组术后 APACHE- II 评分均低于术前,且观察组低于对照组( $P<0.05$ ),提示该手术时机选择标准可降低术后患者 APACHE- II 评分,改善患者健康状况。观察组并发症发生率为 8.33%,低于对照组的 19.44%( $P<0.05$ ),表明标准化手术时机选择用于急性粘连性肠梗阻患者手术治疗可降低并发症发生率,具有更佳的手术治疗安全性。标准化手术时机选择依据标准对患者进行检查,并在出现完全性肠梗阻、腹腔积液的深度大于 7 cm,或肠管扩张大于 3.7 cm 时进行手术治疗<sup>[22]</sup>。该阶段患者病情相对稳定,病情诊断明确,针对性地治疗可实现理想的效果。而诊断不明确的情况下进行手术,患者病情不稳定,可能出现未知的并发症,增加手术治疗难度。此外,随访 3 个月,观察组复发率为 5.56%,低于对照组的 13.89%( $P<0.05$ ),提示标准化手术时机选择可降低复发率,具有较佳的远期疗效。

综上所述,标准化手术时机选择用于急性粘连性肠梗阻患者进行手术治疗可提高效果,预防并发症、复发率,减轻炎症反应,缩短胃肠恢复时间,降低患者 APACHE- II 评分,可作为临床治疗急性粘连性肠梗阻手术时间选择的标准应用。

### 参考文献:

- [1]徐晓晨.急性粘连性肠梗阻手术时机的选择分析[D].桂林:桂林医学院,2018.
- [2]顾宏.不同手术时机对黏连性小肠梗阻患者术后并发症的影响[J].实用临床医药杂志,2016,20(13):119-120.
- [3]孙红伟.急性肠梗阻的手术治疗时机及临床疗效探讨[D].大连:大连医科大学,2017.
- [4]侯树峰.不同手术时机对急性肠梗阻临床疗效和并发症的影响[J].黑龙江医药,2018,31(5):1100-1101.
- [5]佟鑫.不同手术时机对结肠癌致急性肠梗阻患者疗效观察[J].锦州医科大学学报,2018,39(4):46-48.
- [6]黑志刚.不同手术时机对急性肠梗阻患者治疗效果的影响[J].临床医学,2018,38(11):51-53.
- [7]陈秀杰,刘炳荣.小儿急性粘连性肠梗阻手术时机的选择对

治疗效果的影响研究 [J]. 中华卫生应急电子杂志, 2016, 2(3): 179-181.

[8] 徐群, 付宇, 沃扣洪. 腹腔镜下粘连性肠梗阻手术的时机选择 [J]. 徐州医学院学报, 2016, 36(3): 163-164.

[9] 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.

[10] 何铂玲, 林新山. 老年急性肠梗阻病因及手术时机对术后并发症的影响 [J]. 临床普外科电子杂志, 2016, 4(4): 15-18.

[11] 张健. 小儿急性粘连性肠梗阻不同手术时机治疗的效果比较 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(15): 147-149.

[12] 向东, 陈翰博, 张力, 等. 不同手术时机治疗老年急性肠梗阻疗效观察及对胃肠功能的影响 [J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 31(3): 304-305.

[13] 陈文, 吴雄辉, 黄锦远. 急性粘连性肠梗阻最佳手术时机 [J]. 包头医学院学报, 2016, 15(1): 30-33.

[14] 付靖楠, 周黎, 马熙. 小肠内排列术对急性广泛粘连性肠梗阻的临床疗效及其对血清 DAO、MDA 的影响 [J]. 解放军医药杂志, 2017, 29(5): 68-71.

[15] Arslan -Carlson V, Tan KS, Dalbagni G, et al. Goal -directed- versus Standard Fluid Therapy to Decrease Ileus after Open Radical Cystectomy: A Prospective Randomized Controlled

Trial [J]. Anesthesiology, 2020, 32(2): 1146-1149.

[16] 曹羽, 龚航军, 韩刚, 等. 不同腹腔镜手术时机对结肠镜下支架置入术后择期腹腔镜治疗结直肠癌合并肠梗阻患者疗效的影响 [J]. 临床和实验医学杂志, 2019, 18(24): 2676-2678.

[17] 尚献会, 刘远梅, 马洪, 等. 小儿急性粘连性肠梗阻不同手术时机治疗的效果比较 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(15): 91-92.

[18] 王晖, 苏晓丽, 戴维. 急性肠梗阻患者不同手术治疗时机对疗效及预后的影响 [J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(5): 609-611.

[19] 常斌. 不同手术时机对小儿急性肠套叠预后的影响比较 [J]. 罕少疾病杂志, 2021, 28(4): 82-83.

[20] 陈洪刚, 杨国春, 王其霞. 不同手术时机治疗老年急性肠梗阻疗效观察及对胃肠功能的影响 [J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 39(1): 683-683.

[21] 田国松. 不同手术时机治疗急性肠梗阻临床效果对比分析 [J]. 河南医学研究, 2016(9): 34-35.

[22] 李平. 不同手术时机治疗急性肠梗阻临床效果观察 [J]. 白求恩医学杂志, 2016(4): 428-429.

收稿日期: 2022-03-15; 修回日期: 2022-03-26

编辑/肖婷婷