

# 经腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻的疗效及对生活质量和 SRSS 评分的影响

苗茁

济源市肿瘤医院普外二科, 河南 济源 454650

**摘要:** **目的** 研究粘连性肠梗阻经腹腔镜手术治疗的疗效及对生活质量和睡眠状况自评量表(SRSS)的影响。**方法** 选择 2010 年 7 月至 2013 年 7 月接受治疗的粘连性肠梗阻患者 96 例,根据入院时间顺序分为观察组 48 例和对照组 48 例。对照组予以常规的开腹手术,观察组则予以腹腔镜手术,对比两组术中的相关指标、并发症、复发情况、生存质量评价情况及术后睡眠质量情况。**结果** 观察组术中出血量和切口长度,及术后的进食时间和住院时间均显著少于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。观察组的总并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。两组的肠梗阻复发率比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组术后的生理、心理、环境及社会应激等方面的生存质量均有一定改善,且观察组术后四方面生存质量评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P$  均  $< 0.01$ )。观察组患者术后的睡眠质量评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义( $P$  均  $< 0.01$ )。**结论** 采用腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻,可提升疗效及患者的生活质量,效果较好。

**关键词:** 腹腔镜手术; 粘连性肠梗阻; 并发症; 生活质量; 睡眠质量

**中图分类号:** R 656 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)02-0206-03

作为一种比较常见的急腹症,粘连性肠梗阻一旦发生,需及时给予治疗。若延误诊治而发展成绞窄性肠梗阻,则将严重威胁到患者的生命安全<sup>[1]</sup>。关于该病的治疗,以往常有保守治疗和开腹术式等方案,但 Vansovych 等<sup>[2]</sup>报道指出,保守治疗有较高的复发率,而开腹术式的恢复进程较慢,在此种背景下,近年来,腹腔镜技术已有较大发展。本文观察腹腔镜技术治疗粘连性肠梗阻的疗效及对患者生活质量的影响,报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2010 年 7 月至 2013 年 7 月在我院接受治疗的粘连性肠梗阻患者 96 例作为研究对象;男 63 例,女 33 例;年龄 31 ~ 59 (42.2 ± 3.5) 岁。纳入标准<sup>[3]</sup>: (1) 患者曾接受 1 次腹部手术,距今已超过 6 个月; (2) 肠梗阻反复性发作次数 ≥ 3 次,且不含明显的腹胀; (3) 患者腹痛呈间歇性,经保守治疗后症状并无缓解,仍反复发作。排除标准<sup>[4]</sup>: (1) 有严重的心血管类疾病者; (2) 妊娠期的患者; (3) 有血液疾病的患者; (4) 有严重的腹膜炎者。根据入院时间顺序分成观察组 48 例与对照组 48 例。其中观察组男 31 例,女 17 例;年龄 31 ~ 55 (41.8 ± 3.4) 岁;致

病诱因:阑尾切除术者 12 例,胆囊切除术 18 例,小肠部分切除术 10 例,其他术式 8 例;病程为 6 个月 ~ 10 年,平均(3.3 ± 0.5)年。对照组男 32 例,女 16 例;年龄 33 ~ 59 (42.0 ± 2.7) 岁;致病诱因:阑尾切除术者 11 例,胆囊切除术 15 例,小肠部分切除术 13 例,其他术式 9 例;病程为 6 个月 ~ 10 年,平均(3.3 ± 0.5)年。两组性别、年龄、病程和致病诱因等比较差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 手术方法** 观察组在全麻后,在患者脐部四周距离原切口约 6 cm,依照术前卧位片选取肠道并无显著扩张的区域作为观察孔,依肠粘连的范围及程度另选取 2 ~ 4 个操作孔。而后建立好人工气腹,确保压力为 12 ~ 15 mm Hg,而后置入腹腔镜。针对肠管和手术原切口有粘连的患者,直接予以松解。针对束带粘连导致的小肠梗阻,通过镜下切除行束带松解。针对小肠和腹壁有粘连成角,小肠和网膜以及腹壁粘连的患者,需经分离钳分离之后再松解。手术中应防止损伤肠管及腹壁,结束后需彻底止血,经生理盐水冲洗腹腔后引流,对肠浆膜的破损处在缝合后涂抹一些生物蛋白胶。对照组在气管插管、静脉复合麻醉下进行开腹手术治疗。

**1.3 观察指标** 统计并对比两组术中的相关指标;两组并发症及复发情况;两组生存质量的评价情况;两组患者术后睡眠质量。

**1.4 评价标准**<sup>[5]</sup> 患者的生存质量评分主要包含

生理和心理以及环境和社会应激等方面。各方面的评分范围为 0~100 分。分值越高,则生存状态越好。睡眠质量评分使用睡眠状况自评量表 (self-rating scale of sleep, SRSS) 进行判定,共包含 10 个睡眠判定因子,各因子均以 5 分制加以表示,总分为 0~50 分,其中分值  $\geq 23$  分记为失眠,且分值越高,表示患者的睡眠质量越差。此量表信度是 0.647,效度是 0.563。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件进行统计分析。计数资料以率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;计量数据以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验,组内比较采用配对  $t$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组术中相关指标对比 观察组术中出血量、切口长度、术后的进食时间和术后的住院时间均显著少于对照组,差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。见表 1。

2.2 两组并发症及复发情况对比 观察组的总并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。两组的肠梗阻复发率比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 2。

2.3 两组生存质量的评价对比 两组术后的生理、心理、环境及社会应激等方面的生存质量均有一定改善,且观察组术后四方面生存质量评分均高于对照组,差异有统计学意义 ( $P$  均  $< 0.01$ )。见表 3。

表 1 两组术中的相关指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组名	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	切口长度 (cm)	术后进食时间 (d)	术后住院时间 (d)
观察组	48	75.2 $\pm$ 8.4	68.6 $\pm$ 6.4	3.1 $\pm$ 0.8	1.3 $\pm$ 0.3	3.9 $\pm$ 1.4
对照组	48	78.4 $\pm$ 8.6	114.4 $\pm$ 8.3	20.6 $\pm$ 5.6	3.3 $\pm$ 0.4	8.8 $\pm$ 1.2
$t$ 值		1.844	30.275	21.433	25.214	18.411
$P$ 值		0.068	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组并发症及复发情况对比 例 (%)

组名	例数	并发症					肠梗阻复发
		肺部感染	肠痿	切口感染	尿路感染	总并发症	
观察组	48	2(4.17)	0	0	0	2(4.17)	0
对照组	48	4(8.33)	1(2.08)	5(10.42)	3(6.25)	13(27.08)	2(4.17)
$\chi^2$ 值		0.711	1.011	5.275	3.097	9.560	2.043
$P$ 值		0.399	0.315	0.022	0.078	0.002	0.153

表 3 两组生存质量的评价对比 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组名	例数	生理		心理		环境		社会应激	
		手术前	手术后	手术前	手术后	手术前	手术后	手术前	手术后
观察组	48	49.9 $\pm$ 5.2	66.8 $\pm$ 5.8*	54.4 $\pm$ 4.9	77.8 $\pm$ 5.6*	51.9 $\pm$ 4.7	76.2 $\pm$ 5.7*	49.9 $\pm$ 4.4	70.6 $\pm$ 5.6*
对照组	48	50.2 $\pm$ 5.6	57.7 $\pm$ 4.6*	55.1 $\pm$ 5.7	66.3 $\pm$ 6.2*	52.1 $\pm$ 4.5	64.8 $\pm$ 5.2*	50.2 $\pm$ 4.7	61.1 $\pm$ 5.2*
$t$ 值		0.272	8.517	0.645	9.537	0.213	10.237	0.323	8.613
$P$ 值		0.786	0.000	0.520	0.000	0.832	0.000	0.748	0.000

注:与手术前比较, \*  $P < 0.01$ 。

表 4 两组患者手术后睡眠质量的对比 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	观察组 ( $n=48$ )	对照组 ( $n=48$ )	$t$ 值	$P$ 值
睡眠不足	2.81 $\pm$ 0.88	3.35 $\pm$ 1.07	2.700	0.008
睡眠质量	2.34 $\pm$ 0.82	3.57 $\pm$ 1.25	5.700	0.000
觉醒不足	2.44 $\pm$ 1.08	3.24 $\pm$ 1.36	3.192	0.002
睡眠时间	2.31 $\pm$ 0.64	3.37 $\pm$ 1.19	5.435	0.000
入睡困难	1.99 $\pm$ 0.98	3.22 $\pm$ 1.03	5.994	0.000
睡眠不稳	2.01 $\pm$ 1.02	3.04 $\pm$ 1.28	4.360	0.000
早醒	2.02 $\pm$ 1.06	3.13 $\pm$ 1.32	4.543	0.000
恶梦夜惊	2.08 $\pm$ 1.12	2.65 $\pm$ 0.88	2.773	0.007
服药情况	1.25 $\pm$ 0.65	2.88 $\pm$ 0.92	10.025	0.000
失眠后反应	2.97 $\pm$ 1.46	3.87 $\pm$ 1.65	2.830	0.006
总分	22.15 $\pm$ 4.47	26.81 $\pm$ 5.34	4.636	0.000

2.4 两组术后睡眠质量比较 观察组患者术后睡眠质量评分均显著低于对照组,差异均有统计学意义 ( $P$  均  $< 0.01$ )。见表 4。

## 3 讨论

临床上,粘连性肠梗阻通常是指患者在接受腹部手术后发生的一种较为常见的并发症,此症状虽然经过非手术方案治疗亦可缓解,却易反复发作。因此,以往临床上多采用开腹术式直接对粘连进行解除,可获得一定疗效。但 Seretis 等<sup>[6]</sup>报道指出,开腹术式具有创伤面大和康复时间久等缺点,且仍可能发

生粘连。近年来,伴随着腹腔镜技术的逐渐发展,腹腔镜术式已经越来越多地在临床粘连性肠梗阻治疗中使用,国内虽有部分报道,但涉及到对患者生活质量的影响分析较少<sup>[7]</sup>。本文对其展开研究,旨在帮助临床医师及患者更加全面地认识腹腔镜手术的重要意义。

本研究发现,观察组术中出血量和切口长度,以及术后的进食时间和术后的住院时间均显著少于对照组,总并发症发生率亦显著低于对照组,但两组的肠梗阻复发率相比无统计学差异。表明使用腹腔镜术式的观察组的疗效相对更佳,符合 Chen 等<sup>[8]</sup>的报道结果。究其原因,笔者认为可能因腹腔镜术式需要的手术切口较小,且相对分散,对患者的腹内影响较小,促使患者在术后尽可能早地下床活动,减少发生再次粘连的风险<sup>[9]</sup>。同时,气腹建立能够保障术者良好视野,相对于开腹术式,减少了不必要的内脏器官暴露及异物刺激,更利于胃肠道功能恢复,加速患者痊愈,从而获得较好的疗效。此外,本研究还发现,两组术后生理、心理、环境及社会应激等方面的生存质量均有一定改善,但观察组的改善幅度显著大于对照组,且观察组患者在术后的睡眠质量评分均分别显著低于对照组。表明腹腔镜术式对患者的生存质量及睡眠质量均有更好的促进作用,笔者认为这可能和腹腔镜手术的切口较小,能够有效减少患者的疼痛反应,进而改善其不良情绪,加之腹腔镜术式的康复进程较快等因素有关<sup>[10]</sup>。值得注意的是,观察孔设立需避开患者的粘连部位,离切口需 $\geq 5$  cm,如有必要可置入 Trocar。观察过程需充分,避免漏诊,观察孔及操作孔可适当互换,从而在最佳角度实施操作。在牵拉肠管时尽可能选择梗阻远端,防止近端肠管因扩张肠壁比较薄而易致破裂。同时,实施腹腔镜手术还有着一定的适应证,如距离上次手术的时间需 $> 6$ 个月,手术史不大于1次,且梗阻发作的次数 $\geq 3$ 次,经检查无腹膜炎和严重腹胀史等。曹雪源等<sup>[11]</sup>报道证实,腹腔镜手术对于患者的生存质量有一定帮助,可明显缩短患者的住院时间与康复时间,效果较为显著,本文与其报道基本一致。此外, Karimi 等<sup>[12]</sup>亦有

类似的报道可以佐证。

综上所述,对粘连性肠梗阻予以腹腔镜手术,较开腹手术治疗效果更为显著,可有效提升患者的生活质量。

#### 参考文献

- [1] 李炳,陈卫兵,王寿青,等. 粘连性肠梗阻致后天性回肠闭锁两例[J]. 中华胃肠外科杂志,2014,17(3):294.
- [2] Vansovych V Ie, IPina-Stognienko V Iu. Efficacy of application of thiopointines in complex of treatment of an acute adhesive ileus in patients with hepatic function disorder [J]. Klin Khir, 2012, 11 (11):59-61.
- [3] 胡靓,黄凌娜,郑毅雄,等. 急性单纯性粘连性肠梗阻的手术时机及其预测因子探讨[J]. 中华急诊医学杂志,2014,23(6):704-706.
- [4] 文谦,陈炜炜,李佳,等. 电针支沟、足三里穴治疗粘连性肠梗阻:随机对照研究[J]. 中国针灸,2012,32(11):961-965.
- [5] 张仲博,许元鸿,龙锦,等. 阑尾炎术后继发性腹内疝致急性肠梗阻的分析[J]. 中华普通外科杂志,2013,28(8):640-641.
- [6] Seretis C, Seretis F, Gemenetzis G, et al. Adhesive ileus complicating recurrent intestinal pseudo-obstruction in a patient with myasthenia gravis [J]. Case Rep Gastroenterol, 2012, 6(2):425-428.
- [7] 段翔飞,叶国刚,孙恒,等. 腹腔镜肠粘连松解术治疗小儿小肠粘连性肠梗阻临床分析[J]. 中华小儿外科杂志,2013,34(7):504-507.
- [8] Chen XL, Ji F, Lin Q, et al. A prospective randomized trial of transnasal ileus tube vs nasogastric tube for adhesive small bowel obstruction [J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(16):1968-1974.
- [9] 李国庆,任金祥,王旺河,等. 小肠内置管排列术治疗复杂粘连性肠梗阻 34 例临床分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2013,27(12):1228-1229.
- [10] Lubianskiĭ VG, Komleva IB. Efficacy of jejunotransversoanastomosis in treatment of conglomerate forms of adhesive ileus [J]. Khirurgiia (Mosk), 2009(3):29-32.
- [11] 曹雪源,所剑,王权,等. 应用肠梗阻导管术中小肠内排列治疗粘连性肠梗阻[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版),2012,6(4):380-384.
- [12] Karimi A, Gorter RR, Sleeboom C, et al. Issues in the management of simple and complex meconium ileus [J]. Pediatr Surg Int, 2011, 27(9):963-968.

收稿日期:2014-10-20 编辑:王娜娜