

腹部手术后早期炎性肠梗阻的营养支持治疗体会

钟 鸣, 毕丹青, 张勇学, 包维民, 黄映光, 李柔刚, 罗 佳
(云南省第一人民医院普外一科, 云南省肠外肠内营养研究中心 云南昆明 650032)

[关键词] 早期炎性肠梗阻; 营养支持; 腹部手术

[中图分类号] R574.2 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 03-0143-02

腹部手术后早期出现肠梗阻是常见的外科术后并发症, 而手术后早期炎性肠梗阻 (early postoperative inflammatory small bowel obstruction, ERISBO) 是其中的一种特殊类型, 约占术后肠梗阻的 20%。其一般发生于腹部手术后早期 (术后 1~3 周)。由于腹部手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出, 形成一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻^[1]。云南省第一人民医院普外科自 2003 年 6 月至 2013 年 7 月共收治此类患者 55 例, 通过肠外肠内营养支持等多方法保守治疗而得到治愈, 仅 1 例因操之过急行剖腹探查致术后肠瘘外, 其余均治愈, 现总结报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 55 例中男 32 例, 女 23 例, 年龄 2~86 岁, 平均 (56.2±4.3) 岁, 胃十二指肠穿孔术后 8 例, 胃癌根治术 5 例, 阑尾穿孔术后 7 例, 结直肠癌根治术后 11 例, 脾破裂脾切除术后 4 例, 肠道造瘘回纳术后 3 例, 腹部多脏器损伤剖腹探查术 5 例, 机械性肠梗阻粘连带卡压致肠坏死肠切除术后 12 例。发生于术后 5~21 d, 多见于手术分离范围广, 创伤重, 出血多, 手术时间长, 所有患者均有术后肠道排气或排便, 在进食后出现不同程度的腹胀, 腹痛, 恶心, 呕吐, 停止肛门排便或排气等肠梗阻表现。腹部体征: 腹胀 41 例 (74.5%), 压痛 39 例 (70.90%), 肠鸣音减弱或消失 51 例 (92.72%), 无肌卫及反跳痛。腹部立位片示肠管积气、扩张伴散在小液平。CT 平扫+增强示: 肠壁广泛增厚, 水肿, 积气积液以均匀扩张为主, 无高度扩张的肠管, 肠袢较固定。CT 检

查有助于排除肠系膜血管栓塞的病例。

1.2 治疗方法

诊断一经确立立即给予: (1) 胃肠减压; (2) 正规的肠外营养, 由锁骨下中心静脉置管后采用低热卡原则配置“全合一”营养液于三升袋中进行输注, 并给予适当的白蛋白及利尿, 以减轻肠壁水肿、渗出, 同时鼓励患者携带三升袋尽早下床活动, 以促进肠道功能恢复, 减少肠粘连发生。在肠道功能逐渐恢复后过渡到肠内营养支持治疗; (3) 应用抗生素, 尤其推荐红霉素+甲硝唑治疗; (4) 生长抑素治疗; (5) 激素治疗; (6) 在常规治疗的基础上联合应用如 76%泛影葡胺治疗; (7) 微波辅助治疗, 在保守治疗过程中, 密切动态观察腹部症状体征及时复查影像学检查, 排除粘连带卡压, 肠扭转, 内疝及肠绞窄等情况造成的术后机械性肠梗阻。

2 结果

55 例患者, 除 1 例在保守治疗后, 操之过急行剖腹肠粘连松解术后致肠瘘外余, 均经保守治疗治愈出院。随访 1 a 有 3 例因肠粘连再出现梗阻; 其中 2 例再次手术, 余均未出现肠梗阻。术后经过营养支持, 术后第 9 天与术后第 1 天对照血清转铁蛋白水平有显著增加, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 患者术后营养支持前后营养指标变化 ($\bar{x} \pm s$)

项 目	术后第 1 天	术后第 9 天
白蛋白 (ALB)	32.2±2.6	33.7±3.5
转铁蛋白 (TRF)	170.8±7.5	186.6±9.5*
前白蛋白 (LALB)	2.8±1.7	3.8±1.6*

与术后第 1 天比较, * $P < 0.05$ 。

[作者简介] 钟鸣 (1968~), 男, 广东始兴县人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事普外科临床及科研工作。

[通讯作者] 毕丹青. E-mail: doctorbidanqing@126.com

3 讨论

腹部术后 EPISBO 的概念是由黎介寿院士于 1995 年率先提出,其是一种以创伤后引起的炎症反应性病理改变为特征的粘连性肠梗阻,是术后胃肠动力障碍^[3],常表现为患者在术后已有排气排便,在进食后又出现肠梗阻的一系列独特症候群。它常与腹膜炎、广泛粘连的手术分离或排列,长时间的肠管暴露,腹腔积液、积血、组织碎屑、异物或药物刺激而造成肠壁的炎症反应,导致肠壁充血水肿、纤维蛋白渗出,肠麻痹,粘连和不通畅引起的肠梗阻,EPISBO 均在手术后发生,患者在经历了一次手术打击后还未能完全恢复的情况下又出现肠梗阻,又需经历禁食、胃肠减压在内的治疗,极易导致创伤应激状态下机能消耗增加,患者营养不良内环境紊乱,而 EPISBO 是手术的禁忌^[4],长期非手术保守治疗已是共识,为保证治疗的效果,全肠外营养支持已是综合治疗中不可缺少的重要物质保障。它不仅仅是一种支持手段,更是极重要的治疗措施。因此尽早放置中心静脉导管,积极进行正规的肠外营养支持直至患者肠梗阻的情况得到缓解,逐步过渡到肠内营养治疗。

在进行肠外营养时,笔者强调低热卡半量营养液加谷氨酰胺模式进行支持治疗,氮供给量约 0.22 g/(kg·d),糖脂供能比例 6:4,非蛋白热氮比例 150:1,按需并补充各种维生素,微量元素及电解质。据有关学者研究禁食和全肠外营养支持大于 15 d 将会引起肠屏障受到损伤,引起肠道通透性改变,易造成细菌移位增加二重感染机会,而谷氨酰

胺作为肠上皮细胞代谢的必须营养物质,对维持肠屏障完整性十分重要,谷氨酰胺缺乏可导致肠道通透性增加,而补充谷氨酰胺可逆转这一损伤^[5]。随着全肠外营养支持的进行,肠鸣音由稀少转为活跃,腹部体征由最初坚韧变柔软,肠功能逐步得到恢复,肛门恢复排气,此时可以开始肠内营养支持治疗,首先夹闭胃管 1 d,观察患者有无腹部不适,若无可给温 5%G.N.S 500 mL 由胃管缓慢注入,如反应良好则可由少到多,由稀到薄的肠内营养,直至肠功能完全恢复,肠梗阻病情痊愈。

综上所述,早起炎性肠梗阻经过严格正规的肠外肠内营养支持治疗及其他方法的综合应用得到了有效治疗,在治疗过程中做到密切观察,耐心等待,做好患者及家属的心理疏导,减少顾虑,最终战胜疾病。

[参考文献]

- [1] STEWERT R M,PAGE C P,BRENDER J,et al.The incidence and risk of early postoperative small bowel obstruction[J]. *Am J surg*,1987,156(6):643.
- [2] 马留学,邹忠东,姚和祥,等. 术后早期炎性肠梗阻的诊疗进展[J]. *中国临床医学*,2009,16(6):889-890.
- [3] 张勇,李青,吴少宏. 腹部手术后胃肠动力障碍[J]. *中国中西医结合外科杂志*,2007,13(6):310-313.
- [4] 李幼生,黎介寿. 再论术后早期炎性肠梗阻[J]. *中国实用外科杂志*,2006,26(1):37-39.
- [5] 杨永志,邹扬,秦环龙. 微小RNA调控肠屏障损伤相关炎症疾病的研究进展[J]. *中华临床营养杂志*,2012,20(1):33-38.

(2013-12-14 收稿)