

肠外营养结合生长抑素治疗术后早期炎性肠梗阻的疗效分析

刘 勇(四川省内江市东兴区第二人民医院外一科 641000)

【摘要】 目的 探讨肠外营养结合生长抑素治疗术后早期炎性肠梗阻的疗效。**方法** 以内江市东兴区第二人民医院 2010 年 1~12 月收治的炎症性肠梗阻患者 22 例为治疗组;以 2009 年 1~12 月收治的炎症性肠梗阻患者 21 例为对照组。治疗组给予常规治疗及全胃肠外营养的基础上,同时给予生长抑素奥曲肽;对照组采用常规疗法及全胃肠外营养,比较两组疗效。**结果** 治疗组中 3 例(13.64%)保守治疗无效而行手术治疗,对照组有 9 例(42.86%)保守治疗无效而行手术治疗。治疗组每日胃肠减压量及肛门排气时间分别为(407.23±65.48)mL/d 和(6.82±2.51)d,均低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 肠外营养结合生长抑素能有效促进腹腔内炎症的消退、胃肠道动力的恢复,明显降低手术率。

【关键词】 生长抑素; 奥曲肽; 肠外营养; 术后早期炎症性肠梗阻

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.18.025 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)18-2307-02

Analysis of the effect of parenteral nutrition with somatostatin treating early postoperative intestinal obstruction LIU Yong (The First Surgical Department, The Second People's Hospital of Dongxing District, Neijiang, Sichuan 641000, China)

【Abstract】 Objective To investigate the effect of parenteral nutrition with somatostatin treating early postoperative intestinal obstruction. **Methods** 22 cases of early postoperative intestinal obstruction from January to December in 2010 were as the therapeutic group. 21 cases of early postoperative intestinal obstruction from January to December in 2009 were as the control group. The therapeutic group received the conventional therapy, parenteral nutrition and somatostatin(octreotide). The control group received the conventional therapy and total parenteral nutrition. Effects were compared in 2 groups. **Results** The operative rate in therapeutic group was lower than the control group. The gastrointestinal amount of decompression and anal discharge time in the therapeutic group were lower than the control group. The difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The parenteral nutrition with somatostatin can effectively promote intra-abdominal inflammation subsided, restore gastrointestinal motility and decrease operative rate for early postoperative inflammatory ileus.

【Key words】 somatostatin; octreotide; parenteral nutrition; early postoperative inflammatory ileus

术后早期炎症性肠梗阻(early postoperative inflammatory ileus, EPII)是一种特殊类型肠梗阻,指腹部手术后的早期,一般在术后 2 周内,出现一种机械与动力性并存的粘连性肠梗阻,原因多为腹部手术创伤、腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出^[1]。临床长期以来对其认识不足,传统保守疗法在短期内难以有效,甚至会导致不必要的手术。因此,对其正确地诊断及合理的治疗十分重要。为探讨更为有效的治疗方法,对本院 22 例腹部手术后炎性肠梗阻患者给予早期肠外营养加用生长抑素治疗,效果良好,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院普外科 2010 年 1~12 月收治的 EPII 患者 22 例,为治疗组,其中男 15 例,女 7 例;年龄 16~72 岁,平均(41.53±12.72)岁;其中急性阑尾炎并穿孔术后 7 例,上消化道穿孔术后 6 例,外伤性肠破裂术后 4 例,结肠癌术后 5 例;术后发生肠梗阻时间 4~20 d,平均(12.25±3.72)d。以 2009 年 1~12 月收治的 EPII 患者 21 例为对照组,其中男 16 例,女 5 例;年龄 18~71 岁,平均年龄(44.26±14.61)岁;其中急性阑尾炎并穿孔术后 6 例,上消化道穿孔术后 6 例,外伤性肠破裂术后 5 例,结肠癌术后 4 例;术后发生肠梗阻时间 4~23 d,

平均(13.53±3.97)d。两组患者在性别、年龄及发病原因等方面的差异均无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 有近期腹部手术史;术后出现排气排便,但进食后出现腹胀、腹痛、肛门停止排气排便,伴有不同程度的恶心、呕吐;查体腹胀明显,未见明显的肠型及蠕动波、肠鸣音减弱;行腹部立位平片及腹部 CT 检查提示有不全性肠梗阻,小肠壁提示广泛水肿、增厚,肠腔内积液,腹腔内有不同程度的渗出;排除绞窄性肠梗阻。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 (1)常规禁饮食、持续胃肠减压、补液、维持水电解质及酸碱平衡等;经外周深静脉置管或锁骨下静脉置管施行全胃肠外营养,总热量为 25~30 kca·kg⁻¹·d⁻¹,蛋白质为 0.8~1.2 g·kg⁻¹·d⁻¹,葡萄糖 2~4 g·kg⁻¹·d⁻¹。(2)给予生长抑素奥曲肽,首次 0.1 mg 皮下注射,然后以 0.025 mg/h 的速度持续微量泵入,连用 3~7 d。

1.3.2 对照组 采用常规疗法,持续胃肠减压、补液、维持水电解质及酸碱平衡等;经外周深静脉置管或锁骨下静脉置管施行全胃肠外营养,方案同治疗组。

1.4 统计学处理 数据使用 SPSS14.0 统计软件进行分析,

计数资料采用 $\bar{x} \pm s$ 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组手术情况比较 治疗组中治愈 19 例,3 例(13.64%)保守治疗无效而行手术治疗;对照组 21 例中治愈 12 例,9 例(42.86%)保守治疗无效而行手术。可见治疗组手术率低于对照组,经比较, $\chi^2 = 4.560, P = 0.033 < 0.05$, 差异具有统计学意义。

2.2 两组临床症状的比较 治疗组治愈 19 例与对照组治愈的 12 例中,每日胃肠减压量及肛门排出时间比较,治疗组均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组胃肠减压量及肛门排气时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	胃肠减压量(mL/d)	肛门排气时间(d)
治疗组	19	407.23±65.48	6.82±2.51
对照组	12	778.18±123.84	11.57±3.74
P		<0.05	<0.05

3 讨 论

EPII 是术后肠梗阻的一种特殊形式,主要发生在肠内污染严重、腹腔内炎症水肿严重的患者。表现为术后早期出现的胃肠道动力学障碍,出现进食后不适应,肠道通气时间延迟。通常认为其发生机制为:手术操作破坏了腹膜和肠管的完整性;腹腔内异物及坏死组织导致大量的炎性渗出,使机体处于持续应激防御状态,神经及体液、细胞因子作用导致病灶及周围肠管出现腹膜及肠管免疫反应,释放大量的细胞因子和炎症介质,引起肠道交感神经反射兴奋,迷走反射抑制,致使肠管蠕动减弱或消失,出现胃肠道动力学障碍;细胞因子和炎症介质引起肠壁充血水肿,肠腔狭窄,纤维蛋白渗出,形成大量的手术后肠粘连^[2-3]。

在治疗上,对肠梗阻早期是以禁食、胃肠减压、润肠通便及全胃肠外营养支持的保守治疗为重点,通常 48~72 h 保守治疗无效时,则选择手术。随着对 EPII 认识的加深,治疗原则以营养支持为主的非手术治疗为主^[4];由于其主要病因是炎症和粘连,因此切忌盲目的手术,随着炎症的消退、渗出液的吸收,肠壁水肿会逐渐的减轻,而这个过程往往大于 48~72 h,如果盲目地剖腹探查,此时肠管水肿粘连严重,手术不仅不能解除梗阻,反而会增加肠管损伤,加重粘连,增加术后肠梗阻、肠瘘和腹腔感染的发生率^[5]。因此在治疗上,首选禁食、胃肠减压及全胃肠外营养为基础的综合治疗,维持水、电解质与酸碱平衡,减小肠道内丢失体液,纠正负氮平衡,保持良好的营养状态,纠正低蛋白血症,促进肠壁水肿的恢复,恢复肠道功能,减少并发症。可见准确的诊断是选择治疗原则的关键。作者总结诊断要点为:(1)明确的手术史,腹腔内有严重感染史和较大创伤史,一般术后 2 周左右发病。(2)症状上,腹痛不显著,腹胀可为弥漫性或局限性,无明显肠型和蠕动波。(3)查体,触诊通常无明显肠祥及包块;肠鸣音减弱或消失,无金属音或气过水音。(4)辅助检查,血常规中性粒细胞在正常范围内或略高;立位腹部 X 线片示气液平面,腹部 CT 示肠壁水肿增厚、肠管

扩张及气液平面。(5)严密动态观察腹部症状、体征及影像学检查的变化,需要与内疝、肠扭转、吻合口狭窄等因素造成的术后早期机械性肠梗鉴别。

随着研究的深入,在治疗方法上,生长抑素已逐渐广泛运用于临床,在营养支持的同时,有效减小体液在胃肠道的丢失。本次研究中,在营养支持的同时,运用生长抑素奥曲肽,结果显示,治疗组手术率低于对照组;治疗组每日胃肠减压量及肛门排出时间均低于对照组,差异均有统计学意义。生长抑素能有效抑制胃肠道激素释放,减少胃肠道消化液的分泌及肠内炎性渗出,同时也减轻肠腔消化液大量积聚所导致的肠管扩张、减轻压迫导致的缺血改变,减轻肠壁水肿,维持了肠黏膜的完整性,促进肠壁血液循环及胃肠动力的恢复^[6]。作者选用的奥曲肽是人工合成的 8 肽化合物,为 14 肽人生长抑素类似物,作用时间更长,能有效减少胃肠道分泌量、降低肠黏膜通透性以及促进肠黏膜对消化液的吸收^[7]。

综上所述,对手术中腹腔污染严重、广泛粘连的患者,要警惕术后早期炎性肠梗阻的发生。对其采用保守治疗为主的治疗方式,注意区别机械性肠梗阻,不要盲目的手术。在常规治疗的基础上,采用营养支持及生长抑素治疗,能有效促进腹腔内炎症的消退、胃肠道动力的恢复,明显降低手术率,效果良好。

参考文献

- [1] 朱维铭,李宁. 术后早期炎性肠梗阻的诊治[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(7):387.
- [2] Schwarz NT, Beer Stoh D, Simmons RL. Pathogenesis of paralytic ileus: intestinal manipulation opens a transient pathway between the intestinal lumen and the leukocytic infiltrate of the jejunal muscularis[J]. Ann Surg, 2002, 235(1):31.
- [3] Holmdahl L, Kotseos K, Bergström M, et al. Overproduction of transforming growth factor-beta1 (TGF-beta1) is associated with adhesion formation and peritoneal fibrinolytic impairment[J]. Surgery, 2001, 129(5):626-632.
- [4] 程启厚. 营养支持在术后早期炎性肠梗阻中的作用[J]. 中国现代临床医学杂志,2007,6(4):64-65.
- [5] 赵明伟. 术后早期炎性肠梗阻 10 例临床分析[J]. 海南医学院学报,2008,14(4):406.
- [6] 唐毓林,叶海洪,李振洪,等. 生长抑素(施他宁)在结直肠癌术后早期炎性肠梗阻治疗中的应用[J]. 结直肠肛门外科,2007,13(5):291.
- [7] Kutun S, Uiuçanlar H, Celik A, et al. Effects of octreotide on healing of mechanical ileus in rats[J]. Saudi Med J, 2008,29(4):539-543.

(收稿日期:2012-02-16)