

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.24.035

# 肠外营养联合生长抑素在术后早期炎性肠梗阻患者中的疗效

权亚玲<sup>1</sup>, 杨焕丽<sup>2△</sup>

陕西省渭南市中心医院:1. 营养科;2. 消毒供应室, 陕西渭南 714000

**摘要:**目的 探讨肠外营养联合生长抑素在术后早期炎性肠梗阻患者中的疗效。方法 选取 2018 年 3 月至 2019 年 3 月该院术后早期炎性肠梗阻患者 58 例为研究对象,按治疗方式分为两组,每组 29 例。对照组在进行常规治疗的基础上采取肠外营养治疗,研究组在进行常规治疗及肠外营养的基础上予以生长抑素。比较两组患者各项指标恢复正常所需时间、并发症发生率以及血流动力学指标变化情况。结果 研究组各指标恢复正常所需时间短于对照组( $P < 0.05$ );研究组并发症发生率为 10.3%(3/29),低于对照组的 37.9%(11/29),差异有统计学意义( $\chi^2 = 6.915, P < 0.05$ );治疗后,研究组血氧饱和度、平均动脉压高于对照组,心率低于对照组( $P < 0.05$ )。结论 运用肠外营养联合生长抑素治疗术后早期炎性肠梗阻患者,效果显著,并发症较少,有助于患者快速恢复,值得临床广泛应用。

**关键词:**肠外营养; 生长抑素; 早期炎性肠梗阻; 血流动力学**中图分类号:**R459.3**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2019)24-3662-03

肠梗阻为多种原因引起的肠内容物通过障碍,该病是常见的外科急腹症之一,且该病为接受腹部手术的患者术后较易出现的一种并发症。而早期炎性肠梗阻属于一种较特殊的肠梗阻,通常出现在患者腹部手术后的两周内,其出现原因与腹腔内炎症和腹部手术创伤等因素所导致的肠壁渗出或水肿有关,是一种动力性和机械性障碍同时存在的粘连性肠梗阻,因此,其治疗方式也与其他肠梗阻较为不同<sup>[1]</sup>。早期炎性肠梗阻的常规治疗方法是保守治疗,如未产生明显效果,再进行手术治疗。随社会发展和医疗技术的不断提升,部分学者对肠外营养和生长抑素进行了较为深入的研究,为术后早期炎性肠梗阻的治疗提供了新的方法<sup>[2]</sup>。本院在治疗术后早期炎性肠梗阻患者的过程中,运用肠外营养联合生长抑素进行治疗,效果显著,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 3 月至 2019 年 3 月本院收治的术后早期炎性肠梗阻患者 58 例为研究对象,按治疗方式分为两组,每组 29 例。纳入标准:确诊为术后早期炎性肠梗阻患者;其他各项基本生命指标均正常;患者均存在腹痛、吐逆、腹胀、肠鸣音亢进、肛门未排气和排便等临床症状;出现脱水、电解质紊乱及营养不良等症状;经影像检查小肠存在气液平面。排除标准:有精神病史或人格异常者;非自愿参加此次研究者;心、肝、肾等重要器官存在严重功能障碍者;合并恶性肿瘤者。对照组中男 17 例,女 12 例;年龄 19~72 岁,平均(45.3±26.2)岁。研究组中男 14 例,女 15 例;年龄 21~68 岁,平均(44.2±23.1)岁。两组患者性别构成、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。所有患者均

知情同意本研究,同时本研究经过医院伦理委员会批准实施。

**1.2 方法** 两组患者均给予长时间补液、平衡水电解质、胃肠减压、维持酸碱平衡以及抗感染等常规治疗。

**1.2.1 对照组** 对照组在常规基础上进行肠外营养,肠外营养采取非蛋白热量的方式,营养剂主要成分包括脂肪乳和葡萄糖。脂肪乳和葡萄糖的比例为 1:1.35;脂肪热量占非蛋白热量的 30%~50%,氮量为 0.2 g/(kg·d),热氮比为(416:1)~(625:1),肠外营养剂按全合一进行配制,使用静脉置管同时注入氮和能量,注意动作一定要缓慢,避免出现不良反应和降低营养效果。

**1.2.2 研究组** 对照组在常规基础上进行肠外营养联合生长抑素进行治疗。肠外营养的方式与对照组相同,同时给予患者施他宁(海南双成药业股份有限公司,国药准字 H20067476)作为生长抑素,3~6 mg/d,微量泵持续静脉滴注 1 d。经过以上治疗无效再中转手术治疗。

**1.3 观察指标** (1)比较两组腹胀消失时间、肛门排便排气时间、肠鸣音恢复正常所需时间。(2)比较两组患者出现腹腔感染、出血、肠痿、短肠综合征、再梗阻等并发症发生率。(3)比较两组血流动力学指标变化情况,主要包括血氧饱和度、平均动脉压及心率。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS18.0 对数据进行分析。计数资料采用百分数表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者各指标恢复正常所需时间比较** 研究

△ 通信作者, E-mail: fanghengzhiyuan@163.com。

组各指标恢复正常所需时间短于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

| 表 1 两组各指标恢复正常所需时长对比( $\bar{x}\pm s$ ) |          |         |          |           |
|---------------------------------------|----------|---------|----------|-----------|
| 组别                                    | <i>n</i> | 腹胀消失时间  | 肛门排便排气时间 | 肠鸣音恢复正常时间 |
| 对照组                                   | 29       | 8.3±2.2 | 9.2±2.3  | 9.0±1.5   |
| 研究组                                   | 29       | 4.0±1.5 | 5.5±1.7  | 4.7±2.0   |
| <i>t</i>                              |          | 10.562  | 10.746   | 11.512    |
| <i>P</i>                              |          | <0.05   | <0.05    | <0.05     |

2.2 两组并发症发生率的比较 研究组并发症发生率为 10.3%(3/29),低于对照组的 37.9%(11/29),

差异有统计学意义( $\chi^2=6.915,P<0.05$ ),见表 2。

| 表 2 两组并发症发生情况的比较[ <i>n</i> (%)] |          |         |         |        |        |        |
|---------------------------------|----------|---------|---------|--------|--------|--------|
| 组别                              | <i>n</i> | 腹腔感染    | 出血      | 肠痿     | 短肠综合征  | 再梗阻    |
| 对照组                             | 29       | 3(10.3) | 4(13.8) | 2(6.9) | 1(3.4) | 1(3.4) |
| 研究组                             | 29       | 1(3.4)  | 1(3.4)  | 1(3.4) | 0(0.0) | 0(0.0) |

2.3 治疗前后两组血流动力学指标的比较 治疗前,两组血氧饱和度、平均动脉压、心率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,研究组血氧饱和度、平均动脉压高于对照组,心率低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3。

| 表 3 两组治疗前后血流动力学指标对比( $\bar{x}\pm s$ ) |          |            |            |              |             |            |            |
|---------------------------------------|----------|------------|------------|--------------|-------------|------------|------------|
| 组别                                    | <i>n</i> | 血氧饱和度(%)   |            | 平均动脉压(mm Hg) |             | 心率(次/分钟)   |            |
|                                       |          | 治疗前        | 治疗后        | 治疗前          | 治疗后         | 治疗前        | 治疗后        |
| 对照组                                   | 29       | 96.47±1.63 | 97.11±1.03 | 80.43±10.67  | 81.27±8.19  | 79.18±8.67 | 84.03±6.11 |
| 研究组                                   | 29       | 96.48±1.64 | 98.59±1.29 | 80.45±10.69  | 85.09±10.13 | 79.17±8.65 | 77.53±6.02 |
| <i>t</i>                              |          | 5.985      | 10.568     | 5.442        | 11.918      | 5.742      | 14.649     |
| <i>P</i>                              |          | >0.05      | <0.05      | >0.05        | <0.05       | >0.05      | <0.05      |

3 讨 论

早期炎性肠梗阻是经过腹部外科手术治疗后的患者在术后两周左右出现的一类肠梗阻,主要发生于手术创伤大、自身存在炎症以及操作手术范围较大的患者,如情况严重的实质脏器受损、消化道癌根治手术、切除受损空腔脏器、急性阑尾切除及绞窄性肠梗阻切除等手术<sup>[3]</sup>。术后早期炎性肠梗阻的主要表现为延缓肠道通气时间、饮食后出现不适感等。有学者指出,治疗时需要腹腔内的炎症进行有效控制,持续治疗,缓解肠道水肿症状、减少渗出量,促使肠道恢复正常状态,患者病情则会出现明显好转,随之消除术后早期炎性肠梗阻<sup>[4]</sup>。同时,有研究指出,出现早期炎性肠梗阻的患者通常伴随肠粘连的发生,虽然出现肠粘连及成角的概率较高,但是出现绞窄的情况比较少见<sup>[5]</sup>。临床在进行常规输液、胃肠减压、抗菌药物治疗及禁食治疗后的 2~3 d 内若无明显的治疗效果则需要进行中转手术治疗。但此时患者炎症及肠粘连程度相对严重,手术难度较大,在手术过程中肠管容易受损,甚至导致感染、二次梗阻、出血等并发症<sup>[6]</sup>。

术后早期炎性肠梗阻主要表现为肠壁水肿或渗出、腹腔内粘连,由于具体的梗阻位置不确定,强行分离会导致小肠受损,增加了肠痿和切除小肠的概率;即使成功分离也会导致小肠的浆膜创面出现渗出,可能导致再次肠粘连,延长了患者病程,因此,提高治疗的成功率具有重要意义<sup>[7]</sup>。近年来,肠外营养和生长抑素在临床中得到了广泛应用,已成为治疗术后早期炎性肠梗阻的有效方法。本研究显示,研究组腹胀消

失时间、肛门排气排便时间、肠鸣音恢复正常时间短于对照组( $P<0.05$ ),说明肠外营养联合生长抑素治疗术后早期炎性肠梗阻能使患者的各项生理指标尽快恢复正常,治疗效果良好,明显缓解肠梗阻症状,有利于增强患者的治疗信心,提高其治疗过程中的依从性<sup>[8-9]</sup>。

相关研究指出,生长抑素主要用于防止消化液在肠腔内出现集聚、保持肠黏膜的完整性、避免肠道扩张、防止血浆蛋白及胃液的缺失;促使肠壁血液循环处于正常状态、减少肠腔内的压力、缓解炎症、消除肠壁渗出和水肿、吸收局部炎症等,进而改善肠梗阻患者的症状<sup>[10]</sup>。生长抑素能抑制多种激素分泌,如促胰液素、胰高血糖素及胰岛素等,抑制胰液内酶和碳酸氢铵的分泌、降低门静脉和内脏的血流等。因此,生长抑素有利于消除炎症、促使肠管血液循环恢复正常、对缓解腹痛和腹胀等临床症状具有显著疗效。早期进行肠外营养能使患者机体维持基本平衡,对于机体所缺乏的营养进行补充,促使肠道功能尽快恢复正常状态,能对胆汁、胰液和胃肠液进行有效抑制,同时降低可能出现局部炎症的概率,这对患有术后早期炎性肠梗阻患者的肠壁动力的恢复及肠腔积液的清除具有积极的作用<sup>[11]</sup>。除此之外,肠外营养为患者提供氮和热量的同时,也能抑制部分消化液的分泌。本研究显示,研究组并发症的发生率低于对照组( $P<0.05$ ),说明肠外营养联合生长抑素能加快早期炎性肠梗阻患者恢复的时间且具有较高的安全性,为后期康复奠定了良好基础。

由于患有术后早期炎性肠梗阻的患者通常伴有

过度分解代谢以及营养不良等症状,肠外营养治疗可明显提升患者机体清蛋白水平和总蛋白水平,有效维持水电解质的平衡,以及机体营养及内环境稳态,缓解肠壁渗出或水肿症状。除此之外,肠外营养还能使粘连的细胞修复和再生、胃肠道获得休息,持续一段时间之后,水肿和炎症会逐渐消退,从而缓解肠梗阻症状<sup>[12]</sup>。本研究也显示,治疗后研究组血氧饱和度、平均动脉压高于对照组,心率低于对照组( $P<0.05$ ),说明肠外营养联合生长抑素对术后早期炎性肠梗阻患者的血流动力学指标产生明显作用,具有明显的治疗效果。

综上所述,运用肠外营养联合生长抑素治疗术后早期炎性肠梗阻患者,效果显著,并发症较少,有助于患者快速恢复,值得临床广泛应用。

参考文献

[1] 邵建富,李兴海,李文,等.生长抑素对老年术后早期炎性肠梗阻患者炎性因子及胃肠功能的影响[J].重庆医学,2017,46(2):191-192.  
[2] 李雪青,石志敏.隔药灸神阙八阵穴联合生长抑素治疗术后早期炎性肠梗阻的临床研究[J].南京中医药大学学报,2018,34(1):47-49.  
[3] 莫黎,何永恒,康安定,等.枳实通降颗粒对结直肠肿瘤患者术后胃肠功能恢复及术后早期炎性肠梗阻防治作用的双中心前瞻性研究[J].中医杂志,2017,58(20):1760-1763.  
[4] 胡晓峰,武雪亮,王一飞,等.生长抑素联合红霉素对腹部损伤术后肠蠕动功能及血清相关因子表达的影响[J].中国地方病防治杂志,2017,8(2):201-202.

[5] 武春银,王瑞婷,疏树华.不同剂量羟考酮预处理对体外循环心脏手术患者血流动力学及围术期炎性因子的影响[J].山东医药,2017,57(20):65-68.  
[6] 王鑫,曹得玉,静晓明,等.中药熏洗联合关节镜清理术治疗骨性膝关节炎患者疗效及其对炎性因子的影响[J].中国中医基础医学杂志,2018,6(2):226-228.  
[7] 张瑞鹏,戴毅,王辉.生长抑素联合地塞米松对腹部术后早期炎性肠梗阻的疗效及对胃肠功能和血清 LPS、IL-6、hs-CRP 的影响[J].河北医学,2018,24(12):59-63.  
[8] 张峻,王跃,赵岩,等.肠外营养支持对胃癌新辅助化疗病人围术期营养状态和免疫功能的影响[J].肠外与肠内营养,2017,24(4):209-212.  
[9] REIGNIER J,BOISRAMHELMES J,BRISARD L,et al. Enteral versus parenteral early nutrition in ventilated adults with shock: a randomised, controlled, multicentre, open-label, parallel-group study (NUTRIREA-2) [J]. Lancet,2018,391(10116):S974-S977.  
[10] 张少娟,吕定量,万海军,等.食管癌术后早期肠内营养与肠外营养预防相关感染效果比较[J].中华医院感染学杂志,2017,27(24):5618-5621.  
[11] 王梅阑,王雅铨,陈文清,等.肠梗阻导管在老年患者术后早期粘连性肠梗阻中的应用效果[J].中国老年学杂志,2017,37(2):430-431.  
[12] BURGESS L,MORGAN C,MAYES K,et al. Plasma Arginine Levels and Blood Glucose Control in Very Preterm Infants Receiving 2 Different Parenteral Nutrition Regimens[J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2013, 38(2): 243-253.

(收稿日期:2019-03-24 修回日期:2019-07-16)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.24.036

全胃切除术后患者发生肺部并发症的影响因素分析

吴 静<sup>1</sup>, 窦 侠<sup>2△</sup>

陕西省肿瘤医院;1. 普通外科;2. 手术室,陕西西安 710061

**摘 要:**目的 探讨全胃切除术后患者肺部并发症的影响因素。方法 选取2017年1月至2019年1月该院收治的80例全胃切除术后发生肺部并发症患者为观察组,另选取同期80例全胃切除术后未发生肺部并发症患者为对照组,比较两组临床资料,并分析影响因素。结果 两组年龄、体质量指数(BMI)、吸烟史、合并肺部基础疾病、术中出血量、血清蛋白比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );多因素 Logistic 回归分析显示,年龄 $\geq 80$ 岁( $OR=1.39,95\%CI:1.09\sim 1.78$ )、BMI $\geq 24\text{ kg/m}^2$ ( $OR=1.41,95\%CI:1.14\sim 1.73$ )、吸烟史( $OR=1.42,95\%CI:1.42\sim 1.77$ )、合并肺部基础疾病( $OR=1.43,95\%CI:1.14\sim 1.79$ )、术中出血量 $\geq 400\text{ mL}$ ( $OR=1.40,95\%CI:1.15\sim 1.71$ )、血清蛋白 $<30\text{ g/L}$ ( $OR=1.40,95\%CI:1.13\sim 1.73$ )为全胃切除术后发生肺部并发症的独立危险因素( $P<0.05$ )。结论 全胃切除术后患者术后发生肺部并发症与年龄、BMI、吸烟史、肺部基础疾病、术中出血量、血清蛋白水平等因素有关。

**关键词:**全胃切除术; 肺部并发症; 影响因素

中图法分类号:R619 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2019)24-3664-04

胃癌是起源于胃黏膜上皮的恶性肿瘤,在我国各种恶性肿瘤中发病率居首位,好发于50岁以上患者,

△ 通信作者,E-mail:1035887553@qq.com。