

文章编号:1005-6947(2005)08-0633-02

· 临床报道 ·

促进老年患者腹部手术后胃肠动力的早期恢复

谭小宇, 戴东, 刘国华

(广东医学院附属医院 外科, 广东 湛江 524001)

摘要:为探讨如何促进老年患者腹部手术后胃肠动力的尽早恢复。笔者将63例老年腹部手术患者随机分为:(1)观察组,31例。胃、十二指肠消化性溃疡患者17例,胃癌患者14例。(2)对照组,32例。溃疡病和胃癌患者分别为14,18例。试验组术后分别给予胃复安、氯波比利及开塞露等协同治疗,对照组按一般术后常规处理。结果治疗组中的溃疡病和胃癌手术者肠鸣音恢复时间分别为 (11.94 ± 3.85) h, (16.92 ± 2.89) h;对照组分别为 (22.62 ± 3.79) h, (25.78 ± 3.52) h。治疗组的溃疡病和胃癌手术者术后排气恢复时间分别为 (28.32 ± 9.66) h, (27.64 ± 6.99) h,对照组分别为 (40.11 ± 5.18) h, (43.27 ± 4.27) h,两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。提示合理的联合应用胃复安、氯波比利及开塞露可促进老年患者腹部手术后的胃肠动力早期恢复。

关键词:腹部/外科学;手术并发症/预防和控制;老年人

中图分类号:R656 **文献标识码:**B

老年患者接受腹部手术后,其胃肠道功能是否能早期恢复,直接影响到患者的术后康复。相关统计资料^[1-6]显示,腹部手术后患者胃肠蠕动的恢复、肛门排气所需的时间长短与术后一系列并发症呈正相关性。如何促进老年患者腹部手术后胃肠动力的尽早恢复,减少术后并发症的发生,

笔者将63例老年腹部手术者分为两组进行对比观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

将1999~2002年63例接受胃切除手术的患者随机分为:(1)治疗组,31例;胃、十二指肠消化性溃疡17例,胃癌14例;男19例,女12例;平均年龄70.25岁。(2)对照组,32例;消化性溃疡14例,胃癌18例;男17例,女15例;平均年龄69.38岁。上述病人均为限期手术。

收稿日期:2005-04-07; **修订日期:**2005-06-24。

作者简介:谭小宇(1971-),男,广东湛江人,广东医学院附属医院主治医师,主要从事普外临床方面的研究。

通讯作者:谭小宇 电话:13924401168(手机); E-mail:tanxiaoyu71@yahoo.com.cn。

分又不能拘泥于评分,而需密切观察症状和体征根据病情变化及时调整治疗方案。SAP作为一种炎症、渗出、坏死性病变,其病程可分为急性反应期、全身感染期和残余感染期。其中急性反应期常有休克、ARDS、脑病等并发症发生,因而该期需加强监测和支持,防止重要器官衰竭。

近年来非手术治疗在SAP的治疗中取得了较好的疗效,但这并不意味着手术治疗将逐渐被非手术治疗所取代,对部分病人手术治疗仍然是最重要的治疗措施之一。SAP的手术原则为:清除明显坏死的胰腺及胰周组织并尽可能多地保留有活力的胰腺组织;彻底通畅引流。严格掌握SAP的手术指征和手术方法,是减少术后并发症发生的重要措施。(1)对胰腺坏死并感染者均需手术治疗^[3],手术应尽量在出现感染早期进行,以避免随后发生的器官功能障碍甚至衰竭。(2)凡伴有胆道梗阻者,应急诊手术或早期手术以解除梗阻;无胆道梗阻者应先行非手术治疗,待病情缓解后,再作胆石症手术。本组13例胆源性胰腺炎均在入院72h内先后手术,术后死亡5例,死亡率38.

5%;延期手术的5例中死亡1例,两者无显著差异($P > 0.05$),说明需手术治疗的患者可根据患者具体情况选择手术时间。

本组41例病例经上述原则处理后治愈33例,治愈率80.5%,平均住院时间19d,其中手术治愈12例患者均无胰周残余脓肿发生,效果较好。

参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(3):190-192.
- [2] Balthazar EJ. Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and Ct evaluation (Review). Radiology, 2002, 223(3):603-613.
- [3] 雷若夫, 张圣道. 胰腺坏死感染的手术指征、时机和方式的选择[J]. 中国实用外科学杂志, 2003, 23(9):519-520.

1.2 研究方法

胃癌病人均行标准 D₂ 手术,消化性溃疡施行毕 II 式胃大部分切除手术。术后全部患者均行相同的液体治疗方案、纠正水、电解质及酸碱平衡,并采用外周浅静脉供给 TPN 及抗生素。治疗组待患者麻醉清醒后即开始以下的治疗:(1)胃复安 20mg 肌肉注射,1 次/6h,至肛门自主排气止;(2)氯波比利 0.68mg 碾碎溶于 100mL 生理盐水后,以鼻胃管注入,随即夹管 30~40min,1 次/6h,至肛门排气停药;(3)开塞露 2 支,1 次/6h,塞肛同样至肛门排气止。对照组不作上述处理。

1.3 观察方法

1.3.1 肠鸣音恢复时间 术后两组病人送返病房。即由专职责任护士进行术后常规护理及观察,专职听诊腹部,详细记录腹部听诊肠鸣音出现的第一时间。

1.3.2 肛门排气时间 由患者将术后第一次肛门排气时间,及时报告本组医生并记录。

2 结果

治疗组的肠鸣音恢复时间及肛门排气时间均明显早于对照组(均 $P < 0.01$) (表 1, 2), 两组中的胃癌和溃疡病手术患者两者均无差异(均 $P > 0.05$)。

表 1 63 例病人肠鸣音恢复时间

时间(h)	治疗组		对照组	
	溃疡病	胃癌	溃疡病	胃癌
	(n=17)	(n=14)	(n=14)	(n=18)
5~10	6	-	-	-
11~15	8	4	2	-
16~20	3	9	4	2
21~25	-	1	3	4
>25	-	-	5	12
$\bar{x} \pm s$	11.941 ± 3.852 [†]	16.928 ± 2.894 [†]	22.615 ± 3.797	25.778 ± 3.524

注: † 与对照组同病种比较 $P < 0.01$

表 2 63 例肛门排气时间

时间(h)	治疗组		对照组	
	溃疡病	胃癌	溃疡病	胃癌
	(n=17)	(n=14)	(n=14)	(n=18)
11~20	5	2	-	-
21~30	9	7	-	-
31~40	3	5	7	4
>40	-	-	7	14
$\bar{x} \pm s$	28.323 ± 6.966 [†]	27.642 ± 6.992 [†]	40.115 ± 5.188	43.277 ± 4.277

注: † 与对照组同病种比较 $P < 0.01$

3 讨论

腹部手术的创伤引起腹部交感神经受刺激,使至肠道神经(NE)及轴突的膜特性丧失,神经末梢的必须物质停止运送,递质从变性的轴突中丢失,以及神经末梢失去重新摄取 NE 的机能,胃肠道平滑肌处于一种舒张的相对静止状态^[1]。为促进腹部手术胃肠道动力早期恢复,本试验选用:(1)中枢性多巴受体拮抗剂甲氧氯普氨(胃复安);(2)

作用于肠神经系统(ENS)及肌间神经丛(Auerbach's)的药物氯波比利;(3)直肠导泄剂开塞露。胃复安 20mg 肌肉注射可使血浆内迅速达到有效浓度,当其半衰期出现前重复注射,使血浆内持续保持其有效浓度,提高术后相对静止状态胃肠道括约肌张力,由食管下端开始加强括约肌张力、收缩幅度,逐步向下传导协调胃、小肠、大肠的平滑肌运动。降低发生蠕动性反射的压力阈值,增加节后神经肌接头部位胆碱能的兴奋过程,拮抗非肾上腺机能、非胆碱能抑制性运动神经,提高纵向肌收缩的频率及幅度^[2~5]。氯波比利的作用是中介联接,激发整个胃肠道各段平滑肌间自主神经丛,诱导平滑肌复动,为确保患者体内氯波比利的有效浓度,鼻胃管每 6h 重复注入,可刺激 ENS 接受由胃复安诱发的中枢性神经冲动,激发平滑肌纵向环形肌间的 Auerbach's 神经丛,产生移行性运动复合液(migrating motor complex, MMC)。Auerbach's 释放递质调节胃肠道平滑肌的内源性电和机械冲动,递质乙酰胆碱与平滑肌间蕈碱受体结合,加强胃肠道平滑肌收缩力。同时 5-羟色胺第 4 受体被激活,加速 Auerbach's 的乙酰胆碱释放,促进协调全消化道平滑肌的收缩运动。开塞露塞肛刺激直肠壁诱发排便反射,达到早期胃肠功能恢复——肛门排气^[1,5,6,7,8]。联合应用上 3 种动力作用点各异的药物,使消化道自贲门至直肠肌间的早期自主活动被协调统一,从根本上改变了由于手术创伤、刺激造成的消化道各自肌间运动的紊乱状况。本法对患者刺激小,操作简单,容易接受,易掌握用量及用药时间,无副作用。整体效果令人满意,对于年老体弱并有严重心肺疾患患者,可使患者尽早拔除鼻胃管,并减少各种并发症的发生。

参考文献:

- [1] 张荣宝. 植物性神经系统生理与临床[M]. 北京:人民卫生出版社,1994. 21-53.
- [2] 徐王君,李大魁. 甲氧氯普氨[A]. 见:陈坡立. 胃肠病临床药理学[M]. 北京:科学出版社,1998. 223-228.
- [3] 柯美云. 西沙比利[A]. 见:陈坡立. 胃肠病临床药理学[M]. 北京:科学出版社. 1998. 235-242.
- [4] Adams CD. Metoclopramide and depression[J]. Ann Intern Med, 1985, 103(6 pt 1):960.
- [5] Fishbain DA, Royers A. Delirium secondary to metoclopramide hydrochloride[J]. J Clin Psychopharmacol, 1987, 7(4):281-282.
- [6] AJ. P. M. 斯莫特, L. M. A. 阿克曼. 柯美云译. 胃肠动力病学[M]. 北京:科学出版社,1996. 17-203.
- [7] Blum AL, Adami B, Bouzo MH, et al. Effect of cisapride on relapse of esophagitis: a multinational, placebocontrolled trial in patients healed with an antisecretory drug[J]. Dig Dis Sci, 1993, 38(3):551-560.
- [8] Wiseman LR, Faulds D. Cisapride. An update review of its pharmacology and therapeutic efficacy as a prokinetic agent in gastrointestinal motility disorders[J]. Drugs, 1994, 47(1):116-152.