

文章编号:1005-6947(2008)02-0197-02

· 临床报道 ·

胆汁回输联合肠内营养在胆道术后的临床应用

王希水, 韩艳梅, 魏才顺, 齐春生

(山东省滨州市第二人民医院 普通外科, 山东 滨州 256651)

摘要:目的 探讨胆汁回输联合肠内营养在胆道术后患者的临床应用价值。方法 60例患者随机分为:胆道手术后分别接受肠内营养+胆汁回输(回输组)和单纯肠内营养(对照组)。观察两组患者的电解质、胃肠功能、营养状况等情况。结果 两组术后日均热卡及氮摄入量差异无统计学意义($P > 0.05$),胃肠功能恢复时间回输组(28 ± 13)h较对照组(41 ± 14)h短($P < 0.01$);术后第3天,回输组血钾正常[(4.28 ± 0.53)mmol/L],对照组血钾偏低[(3.44 ± 0.36)mmol/L],两者差异有统计学意义($P < 0.01$);术后第8天两组血清白蛋白、前蛋白均恢复至接近术前水平;回输组视黄醇结合蛋白与对照组分别为(31.80 ± 7.91)mg/L和(22.90 ± 8.81)mg/L($P < 0.01$)。结论 胆汁回输联合肠内营养有利于胆道术后患者康复。 [中国普通外科杂志,2008,17(2):197-198]

关键词: 肠道营养; 胆汁回输; 手术后

中图分类号: R 657.4 **文献标识码:** B

经T管胆汁外引流是胆道手术后的常用方法,但大量的胆汁丢失,患者内稳态和营养状态可受到不同程度的影响。为探讨胆汁回输结合肠内营养的临床应用价值,笔者对胆道手术患者行肠内营养+胆汁回输和单纯肠内营养进行了对比研究,报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择及一般资料

选择因胆石症、壶腹癌、胰头癌手术需行T管胆汁外引流患者60例,男28例,女32例,年龄35~71岁,平均(56 ± 15)岁。60例患者随机分为胆汁回输+肠内营养组(回输组,30例)和肠内营养组(对照组,30例)。两组术前营养状况无明显差别($P > 0.05$)。两组手术创伤差异无统计学意义($\chi^2 = 0.4138, P > 0.05$)(表1)。

表1 60例患者分组资料比较

组别	例数	性别		年龄(岁)	胆囊切除	壶腹癌	胰十二指肠切除
		男	女		胆总管探查	局部切除	
回输组	30	18	12	56 ± 14	10	3	17
对照组	30	16	14	56 ± 16	12	2	16

收稿日期:2008-01-07; 修订日期:2008-02-21。

作者简介:王希水,男,山东省滨州市第二人民医院副主任医师,主要从事围手术期病人的营养支持方面的研究。

通讯作者:王希水 E-mail:wxsh6521@163.com

1.2 方法

术后第2天两组均按照日均($25 \sim 30$)Kal/kg热卡和氮 $0.25 \sim 0.35$ g/kg进行肠内营养支持。营养素选用整蛋白肠内营养制剂(能全素,荷兰纽迪西亚公司),每80g加入温开水或温开胆汁和温开水配制成溶液500mL。两组均经双腔T管空肠置管持续滴注^[1]。所用导管可用普通T管自行制作,方法如下:取普通乳胶T管1根(F24~F26),修剪短臂,距长臂末端10cm处剪一小侧孔。另取直径 $0.2 \sim 0.3$ cm,长 $50 \sim 90$ cm的硅胶管或聚氨酯管1根,一端剪1~2个侧孔,将该端经T管长臂上的侧孔插入T管腔内,从其短臂穿出,并外露 $30 \sim 50$ cm。原T管为外管(引流胆汁),硅胶管为内管(营养管),术中完成胆道手术主要操作步骤后,外管短臂放于胆总管内,内管依据胆管手术方式放于十二指肠或空肠内^[1]。回输组:术后将T管引流的胆汁计量后收集,将胆汁与肠内营养液混合回输,滴注速度依肠蠕动恢复情况而定。对照组:单纯持续滴注肠内营养液,用量与回输组相同。两组术后日均热卡及氮摄入量差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 检测指标

检测指标包括患者耐受性,胃肠功能恢复时间,食欲变化,并发症,术前和术后第3,8天血生化指标。

1.4 统计学方法

本组计数资料采用 χ^2 检验。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验。

2 结果

2.1 一般情况

回输组无腹痛、腹泻等并发症发生,1例切口感染。对照组3例腹泻发生,2例切口部分裂开。两组均无胆瘘、胰瘘发生。

2.2 胃肠功能恢复时间

回输组胃肠功能恢复时间与对照组分别为 (28 ± 13) h和 (41 ± 14) h,两者差异有统计学意义($t = 3.7270, P < 0.01$)。

2.3 生化指标变化

术后第3天,两组血清白蛋白、前蛋白、视黄醇结合蛋白均下降,与术前比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),但两组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),回输组与对照组血钾分别为 (4.28 ± 0.53) mmol/L和 (3.44 ± 0.36) mmol/L,两者间差异有统计学意义($t = 7.1795, P < 0.01$),由于及时补充电解质,第8天时两组血钾均恢复正常。至第8天两组血清白蛋白、前蛋白均恢复至接近术前水平($P > 0.05$),但回输组血视黄醇结合蛋白与对照组分别为 (31.80 ± 7.91) mg/L和 (22.90 ± 8.81) mg/L,两者差异有统计学意义($t = 4.1171, P < 0.01$)。

3 讨论

胆道术后经T管行胆汁外引流是预防胆汁腹腔内瘘的重要措施,但胆汁的大量丢失对人体多方面生理功能影响较大^[2],有报道,胆汁引流量可达500 mL/24h^[3-4],可引起肠道胆盐缺乏、电解质丢失及维生素吸收障碍等弊端。胆汁回输后病

人的消化功能恢复快,未出现水电解质的失衡、机体的紊乱,无不良反应^[5]。笔者亦观察到胃肠功能恢复时间回输组明显短于对照组,说明胆汁回输联合肠内营养能有效促进肠蠕动恢复。而胆汁回输联合肠内营养支持可有效的预防、纠正电解质紊乱,有助于机体内环境的稳定^[6]。本研究术后第3天回输组血钾浓度已正常,而对照组偏低,表明胆汁回输可减少钾离子的丢失。胆汁回输联合肠内营养支持可明显促进蛋白质的合成。第8天视黄醇结合蛋白回输组明显高于对照组,表明大量胆汁丢失降低视黄醇结合蛋白的合成,原因可能是胆汁丢失导致维生素A吸收障碍。

避免胆道术后胆汁丢失的最好方法是不做胆汁外引流,对于需安放引流者,胆汁回输是弥补该缺陷的良好选择,胆汁回输联合肠内营养支持能更好地改善胆道术后患者的营养状况,促进患者的恢复。

参考文献:

- [1] 陈强谱. 临床肠内营养[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000. 40-141.
- [2] 施为锦. 胆道外科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1993. 18-37.
- [3] Padillo FJ, Muntane J, Montem JL, et al. Effect of biliary drainage Oil plasma levels of endotoxin, cytokines, and C-reactive protein in obstructive jaundice [J]. World Surg, 2002, 26: 1328-1332.
- [4] 陈志勇, 彭翔, 周永辉. 外引流胆汁回输在恶性梗阻性黄疸病人肠内营养支持中的应用研究[J]. 国际医药卫生导报, 2005, 11(22): 27-28.
- [5] 李强, 姜鹏. 胆总管切开、T管引流术后胆汁回输的临床意义[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(8): 631-632.
- [6] 宋占文, 许政, 周先亭, 等. 胆汁回输在肝移植术后的应用及意义. 中华普通外科杂志, 2004, 19(8): 507-508.