

老年人腹部手术后早期炎性肠梗阻35例

杨建光, 赵宇, 于作夫, 孙玉华

■背景资料

随着临床病例的增多及对术后早期炎性肠梗阻的认识, 人们对他的产生、发展、诊治有所了解。术后早期炎性肠梗阻系指腹部创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿及渗出, 形成腹腔内广泛粘连, 是一种机械性与动力性同时存在的肠梗阻, 较少发生绞窄。但我国正处于老龄化社会, 高龄患者偏多, 由于老年患者有自身特殊性, 针对老年人腹部术后早期炎性肠梗阻进行分析, 探讨其诊治及预防非常重要。

杨建光, 赵宇, 于作夫, 孙玉华, 中国医科大学附属第四院普

外科 辽宁省沈阳市 110005

通讯作者: 杨建光, 110005, 辽宁省沈阳市和平区南七马路102

号, 中国医科大学附属第四院普外科. yjguang6911@sina.com

电话: 024-62037377

收稿日期: 2006-04-04 接受日期: 2006-04-24

Inflammatory intestinal obstruction early after abdominal operation in elderly patients: an analysis of 35 cases

Jian-Guang Yang, Yu Zhao, Zuo-Fu Yu, Yu-Hua Sun

Jian-Guang Yang, Yu Zhao, Zuo-Fu Yu, Yu-Hua Sun, Department of General Surgery, the Affiliated Fourth Hospital of China Medial University, Shenyang 110005, Liaoning Province, China

Correspondence to: Jian-Guang Yang, Department of General Surgery, the Affiliated Fourth Hospital of China Medial University, 102 South Seven Road, Heping District, Shenyang 110005, Liaoning Province, China. yjguang6911@sina.com

Received: 2006-04-04 Accepted: 2006-04-24

Abstract

AIM: To conclude the experiences on the diagnosis, treatment and prevention of the early abdominal postoperative inflammatory intestinal obstruction in elderly patients.

METHODS: The clinical data of 35 elderly patients with the early abdominal postoperative inflammatory intestinal obstruction were analyzed retrospectively.

RESULTS: The early abdominal postoperative inflammatory intestinal obstruction of the elderly patients mostly occurred 4-12 d after abdominal operation. Besides normal symptoms and signs of the intestinal obstruction, it also had specific characteristics of its own. Of the 35 cases, 33 were cured without operation, and the mean time from the onset of symptoms to the recovery of bowel function was 8 ± 1 d (range: 4-28 d).

CONCLUSION: Non-operative treatment can

gain satisfactory results for the the early abdominal postoperative inflammatory intestinal obstruction in elderly patients, and less surgical trauma and inhibition of the postoperative inflammation play a predictive role to some extent.

Key Words: Elderly patient; Inflammatory intestinal obstruction; Abdominal operation

Yang JG, Zhao Y, Yu ZF, Sun YH. Inflammatory intestinal obstruction early after abdominal operation in elderly patients: an analysis of 35 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2006; 14(16): 1638-1640

摘要

目的: 对老年人腹部术后早期炎性肠梗阻的诊断、治疗和预防进行探讨。

方法: 回顾分析35例腹部术后早期炎性肠梗阻的老年患者的临床资料。

结果: 老年人腹部术后早期炎性肠梗阻多发生在术后4-12 d, 除表现为一般肠梗阻的症状体征外, 还有其自身的特点, 33例经非手术治疗痊愈, 平均肠功能恢复时间为 8 ± 1 d (4-28 d)。

结论: 老年人术后早期炎性肠梗阻采用保守治疗效果较满意, 减少手术的创伤及抑制炎症反应对其发生有一定的预防作用。

关键词: 老年人; 炎性肠梗阻; 腹部手术

杨建光, 赵宇, 于作夫, 孙玉华. 老年人腹部手术后早期炎性肠梗阻35例. *世界华人消化杂志* 2006;14(16):1638-1640

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/1638.asp>

0 引言

术后早期炎性肠梗阻一般发生在腹部手术后1 mo内, 系指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, 形成腹腔内广泛粘连, 结合术后胃肠功能的抑制, 所造成的一种机械性与动力性同时存在的肠梗阻, 较少发生肠绞窄。近年来, 随着我国进入老龄社会, 老年

患者腹部手术所占比例增加, 术后早期炎性肠梗阻在老年患者的发病率也在提高, 由于两者均有自身的特殊性, 应正确认识此类肠梗阻及老年人具有重要意义. 我院1998-08/2005-08共收治35例此类肠梗阻的老年患者如下.

1 材料和方法

1.1 材料 本组共有35例, 男21例, 女14例, 年龄61-89(平均74.6)岁. 均有腹部手术史, 其中化脓性阑尾切除术5例, 结直肠癌手术18例, 胃癌手术6例, 小肠粘连松解术3例, 胃十二指肠穿孔修补术2例, 胆囊切除术1例. 合并高血压者20例, 糖尿病者12例, 冠心病者15例, 脑血栓者10例, 肺心病者6例, 支气管炎者8例. 发生肠梗阻时间为术后4-12 d, 术后4 d 3例, 5 d 11例, 6 d 10例, 7 d 2例, 8 d、10 d、12 d各3例. 本组35例均为腹部手术后, 曾一度术后肠蠕动恢复, 并有排气排便进食以后又出现肠梗阻症状: 腹胀32例, 轻度腹痛11例, 阵发性腹痛24例; 恶心31例, 呕吐35例. 腹部轻压痛30例, 腹部压痛不明显5例; 肠鸣音减弱13例, 肠鸣音消失5例, 肠鸣音亢进、偶闻及气过水音17例. 腹部X线片均有多处大小不等液气平面, 全腹CT检查25例, 显示肠腔扩张, 肠壁水肿、增厚, 肠腔积液、积气, 腹腔积液. 白细胞增高30例, 正常5例.

1.2 方法 本组35病例均采用保守疗法. 西医治疗包括: (1)禁食水; (2)持续胃肠减压; (3)患者条件允许可离床活动; (4)胃肠外营养支持; (5)合理应用激素; (6)合理应用生长抑素; (7)合理应用抗生素. 中医治疗: 参附注射液50 mL(每毫升注射液相当于生药红参0.1 g, 附片0.2 g)加入50 g/L葡萄糖注射液250 mL每日1次静点, 中药胃管注入及灌肠用药如下: 生大黄20 g(后下), 芒硝15 g(冲), 厚朴20 g, 枳实20 g, 柴胡12 g, 丹参30 g, 赤芍12 g, 上述煎剂100-150 mL胃管注入或保留灌肠, 每日2-3次, 温度40℃为宜, 直至排气排便.

2 结果

经保守治疗痊愈33例, 平均肠功能恢复时间为 8 ± 1 d(4-28 d). 2例中转手术, 其中肠粘连松解术1例, 小肠短路手术1例. 术中发现小肠广泛粘连, 表面附有纤维蛋白层, 肠壁水肿增厚, 少量腹水. 术后均发生肠痿, 无死亡病例.

3 讨论

术后早期炎性肠梗阻不是独立的肠梗阻类型, 有其共同的特征, 但也有其自己的诊断、治疗特

点, 如处理不当会引起多发性肠痿、短肠综合征、重度感染等严重并发症, 腹部手术后早期炎性肠梗阻占术后肠梗阻的20%^[1]. 其与腹部术后早期肠梗阻有不同之处, 前者病因多为手术后肠麻痹、内疝、肠扭转、吻合口狭窄黏连成角或束带绞窄等机械性因素导致的肠梗阻, 多数为腹痛剧烈而腹胀较轻, 常有肠型和气过水声, 腹膜炎体征明显; 而术后早期炎性肠梗阻是指腹腔内因炎症、广泛黏连所致的炎症性肠梗阻, 其特点: (1)发生在腹部手术后早期, 肠蠕动曾一度恢复, 多于术后3-7 d左右开始出现梗阻症状; (2)症状以腹胀为主, 无腹痛或轻度胀痛, 腹胀症状大于腹痛; (3)腹部肠梗阻症状、体征十分典型, 一般不发生肠绞窄症状; 虽有机械性因素, 但大多数都是腹腔内炎症所致广泛黏连引起; (4)本病常见于腹腔内手术操作创面范围广, 创伤、污染重, 年龄大, 体质差的患者; (5)X线摄片发现多个液气平面, 并有肠腔内积液的现象, 腹部CT扫描可见肠壁增厚, 肠祥成团, 肠腔内无显影剂等; (6)保守治疗大多可取得满意效果, 但肠功能恢复时间长^[2].

老年人由于生理功能及应激能力降低, 肠梗阻时体液丧失, 肠膨胀、毒素吸收、感染和禁食水等因素, 加之刚刚手术完毕, 机体尚未恢复, 伴有许多内科疾病, 难以承受再次手术的打击. 同时也使再次手术的风险增高, 并发症增多, 死亡率上升. 因此, 一旦出现术后早期炎性肠梗阻, 应尽量保守治疗, 不宜手术治疗, 但需要有足够的耐心, 目前国内外均主张首先采用非手术治疗^[3-5]. 保守治疗的主要措施有: (1)禁食水、持续胃肠减压, 中药静点、胃管注入保留灌肠. 参附注射液及“通里攻下”中药可促进肠道的蠕动, 增强肠管张力, 协调肠壁运动而缓解或解除肠麻痹症状, 并能抑制炎症细胞因子的活化与释放, 改善肠系膜微循环^[6-7]. 鼓励下床活动, 促进胃肠功能恢复; (2)维持水、电解质平衡, 一般采用外周静脉高营养, 超过7 d者采用完全胃肠外营养, 防止分解代谢造成的营养不良; 但因老年人热量需要降低, 蛋白质合成与更新减慢, 葡萄糖利用障碍和脂肪代谢能力下降, 调节体液及酸碱平衡能力较差, 故应尽早使用, 一旦出现营养不良, 很难纠正, 重在预防^[8]; (3)可用生长抑素降低胃肠液分泌, 减少肠腔内滞留, 减轻肠壁水肿, 改善肠壁血液循环, 加速炎症消退. 曾有人研究生长抑素联合肠外营养有利于术后炎性肠梗阻的恢复, 防止肠道菌群移位, 保护胃肠黏膜, 并且为手术

■相关报道

目前临床报道较多, 主要认为术后早期炎性肠梗阻不同于一般肠梗阻, 为机械性与动力性同时存在粘连性肠梗阻, 主张保守治疗, 但需足够长时间.

■创新盘点

本文针对老年人腹部术后早期炎性肠梗阻进行论述总结, 阐明此类患者的诊治预防措施, 减少临床发生及并发症出现.

■同行评价

本文选题紧贴临床, 分析较透彻, 有指导意义。

做好准备^[9-11]。(4)肾上腺皮质激素减轻炎症反应, 通常剂量为地塞米松5 mg iv, 每8 h 1次, 应用1周左右逐渐停药^[12]; 但老年人免疫功能低下, 胃肠功能欠佳, 伴有内科疾病, 应同时使用抗菌素及抑酸药; (5)对白细胞增高、发热、腹膜炎者应用有效广谱抗生素和抗厌氧菌药, 防止肠道菌群移位, 出现毒血症; (6)主张保守治疗并不是绝对不手术。如有白细胞升高、发热、腹痛腹胀加重, 局限性压痛、肌紧张, 心率加快, 出现肠坏死, 腹膜炎征象, 应及时中转手术。但老年人腹壁肌肉萎缩, 反应能力差, 缺乏典型的症状及体征, 应密切注意腹部体征的变化, 反复对照, 以免延误病情。

目前认为术后早期炎性肠梗阻是由于小肠、结肠肌间浸润的白细胞介导的炎症反应所引起的^[13-14], 而老年人的反应能力较差, 术后可没有过多的临床症状, 仿佛突然发生, 故重在预防, 做到心中有数。针对此类患者, 可在术中及术后可用乌司他丁抑制炎性介质的释放, 同时术后2-3 d可用胃复安等胃肠动力药物, 关腹时使用几丁糖等防黏连药物, 注意老年人肠系膜微循环及水电解质平衡。当然手术的轻柔操作, 避免术中出血及大块组织的结扎, 减少异物残留, 术毕腹腔冲洗, 腹内组织的腹膜化等造成炎症反应的原因也是必不可少的。术中使用可吸收生物膜也有一定的作用^[15]。

4 参考文献

1 黎介寿. 认识术后早期炎性肠梗阻的特性. 中国实用

外科杂志 1998; 18: 387-388

2 张国强. 术后早期肠梗阻的诊断和治疗. 中国临床医学 2002; 9: 434-435

3 廖建军. 保守治疗术后早期炎性肠梗阻的体会. 中原医刊 2005; 32: 25

4 Fraser SA, Shrier L, Miller G. Immediate postlaparotomy small bowel obstruction: a 16-year retrospective analysis. *Am Surg* 2002; 68: 780-782

5 朱维铭, 李宁, 黎介寿. 术后早期炎性肠梗阻的诊治. 中国实用外科杂志 2002; 22: 219

6 宋文蔚, 宋欣伟. 参附注射液合中药灌肠对急性胰腺炎肠麻痹疗效观察. 浙江中医学院学报 2005; 5: 22-23

7 安海民, 邵学成, 邵朋军. 复方大承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻9例体会. 中国实用乡村医生杂志 2005; 12: 55

8 伍晓汀, 赵小菲. 老年人肠梗阻的营养治疗. 大肠肛门病外科杂志 2004; 10: 9-10

9 邓洪强, 吴鸿根. 生长抑素联合肠外营养治疗术后早期炎性肠梗阻20例. 右江民族医学院学报 2005; 3: 340-341

10 魏健, 杨玉辉, 谢凯英, 岳璇第. 生长抑素在术后早期炎性肠梗阻中的应用. 现代医药卫生 2004; 20: 2688

11 陈思曾, 林永堃, 许东坡. 生长抑素和肠外营养支持治疗术后早期炎性肠梗阻. 肠内与肠外营养 2002; 9: 7-8

12 龚剑峰, 朱维铭, 李宁, 黎介寿. 营养支持在术后早期炎性肠梗阻治疗中的应用. 腹部外科 2004; 17: 219-211

13 De Jonge WJ, van den Wijngaard RM, The FO. Postoperative ileus is maintained by intestinal immune infiltrates that activate inhibitory neural pathways in mice. *Gastroenterology* 2003; 125: 1137-1147

14 Schwarz NT, Beer Stolz 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. *Ann Surg* 2002; 235: 31-40

15 Kudo FA, Nishibe T, Miyazaki K. Use of bioresorbable membrane to prevent postoperative small bowel obstruction in transabdominal aortic aneurysm surgery. *Surg Today* 2004; 34: 648-651

电编 李琪 编辑 潘伯荣