经验交流

文章编号:1000-5404(2010)22-2464-02

X线引导下经鼻置入肠内营养管对医源性十二指肠瘘愈合的影响

杨明镇,利 峰,蒋国军,蔡 争,赵开飞 (563003 贵州 遵义,遵义医学院附属医院影像科介入病房)

【关键词】 肠内营养;手术后并发症;肠瘘;介入治疗
【中图法分类号】 R459.3 【文献标志码】 B

医源性十二指肠瘘是上腹部手术常见并发症,手术中发现应立即行腹部"双造口"法[1,2],可起到营养及引流作用,并降低十二指肠内压力,减少胆汁、胰液及胃肠液对瘘口的侵蚀,对降低死亡率有十分重要的意义。如术中未能发现,则大多患者于术后1~3 d才确诊,此时再次剖腹修补往往已无手术机会[2],这类患者需要安全、简单、有效的治疗方法。经鼻置入肠内营养管早期肠内营养同时胃肠减压,操作简单,对患者要求不高。本科通过对15例医源性十二指肠瘘患者行经鼻置入肠内营养管早期肠内营养,同时行胃肠减压治疗,取得较好疗效,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2003年1月至2009年12月我院收治的30例医源性十二指肠瘘患者,分为治疗组和对照组,每组15例。治疗组经鼻腔置入胃肠营养管早期肠内营养同时胃肠减压,其余治疗方法上两组相同,本组中男性24例,女性6例,年龄38~79岁,平均56.7岁;发病原因:胃大部切除术后残端瘘8例,胆总管肠吻合口瘘13例,腹腔镜胆囊切除术后3例,胆总管切开取石6例。其中21例为在外院行上腹部手术后3~7 d因肠道出血、腹痛、腹胀及有肠液、粪便和气体经引流管排出,遂转入我院。所有病例经口服美兰或上消化道碘水造影证实。病例分组在年龄、病情轻重及病程长短配对分组上无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 充分引流 尽早调节上腹部手术时所置入的腹腔引流管,让引流管位于最低位置,条件允许可行负压吸管引流,目的是达到充分引流;辅以生理盐水冲洗保持其通畅。

1.2.2 控制感染 肠瘘感染的致病菌多以革兰阴性菌为主,但临床用药应根据药敏试验使用,重视厌氧菌感染,注意霉菌感染的可能,一旦发现应积极处理。

1.2.3 纠正水、电解质紊乱 补液量要考虑到胃肠减压量、引流量及生理需要量,电解质与酸碱平衡可以血气分析及电解质指标补给。

1.2.4 静脉营养 一旦确诊立即给予全胃肠外营养,可自行配制的脂肪乳、氨基酸、葡萄糖液按比例混合液。适当补充肠内免疫营养:谷氨酰胺。

1.2.5 治疗组尽早经鼻腔置入胃肠营养管早期肠内营养同时胃肠减压 在电视透视下经导丝引导下经鼻腔置入胃肠营养管,其前端置入空肠上端;再经鼻腔置入胃肠减压管,其前端位于十二指肠瘘口上约5 cm;碘海醇造影证实胃肠营养管及胃肠减压管位置恰当。早期缓慢经空肠营养管中滴注肠内营养液(华瑞制药公司)。根据患者的耐受程度,决定速度的快慢,逐日增加肠内营养液液滴速,早期辅以适量静脉营养,至1~2周完全以肠内营养液支持代替。按照125.52 kJ/(kg·d)的热量,从瘘发生早期开始,持续至腹腔引流管无液体引出为止。置管时间49~67 d,平均56 d。胃肠减压管引流量和腹腔引流量可作为补液量的参考。肠道功能恢复后逐步过渡为经口摄入营养。

1.3 观察指标

观察发生医源性十二指肠瘘4周内的不良事件。

1.4 统计学分析

应用SPSS 11.0统计软件,行χ^2检验。

2 结果

治疗组15例患者一次性成功,术后无不良反应,十二指肠营养管及引流管只需胶布固定即可,即使患者神志不清自行拔出后仍可再次置入,十二指肠营养管注入营养物质后用50~100 ml温开水冲洗,防止堵塞。除此外,两组病例治疗手段相同。对比4周内两组患者发生严重营养不良、全身感染等不良事件发生率:治疗组较对照组有所下降,但无统计学意义($P>0.05$);但治疗组肠道出血、多器官功能衰竭、死亡率明显低于治疗($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者不良事件发生率比较 [$n=15$,例数(%)]

组别	严重营养不良	全身感染	肠道出血	多器官功能衰竭	死亡
对照组	14(93.3)	15(100.0)	3(20.0)	4(26.7)	4(26.7)
治疗组	13(86.7)	14(93.3)	1(6.7)[a]	0[a]	0[a]

a:$P<0.05$,与对照组比较

3 讨论

医源性十二指肠瘘是上腹部手术的严重并发症,死亡率高[3],主要死因是发生医源性十二指肠瘘患者早期血流动力学不稳定及急性感染期的再次开腹修补所引起的肠道出血、难以控制的感染[1]、多器官功能衰竭[2]等。所以,降低该病死亡率关键在于发生医源性十二指肠瘘后的早中期,采取简单、有效的措施预防和控制严重并发症的发生。由于患者原有疾患所致病理生理改变,加上手术打击、大量营养物质的丢失及消化酶对瘘口和腹腔的侵蚀等,难以避免发生严重营养不良、全身感染、肠道出血、甚至多器官功能衰竭、患者死亡。本组病例严

【通信作者】 杨明镇,E-mail:137682515@qq.com

重营养不良、全身感染发生率分别为90.0%(27/30)、96.7%(29/30)。对照组虽予以积极抗炎、纠正水、电解质紊乱及静脉营养和充分腹腔置管引流等治疗手段治疗,但肠道出血、多器官功能衰竭、死亡发生率分别为20.0%、26.7%、26.7%。而治疗组在对照组基础上予以早期十二指肠内营养及胃肠减压,肠道出血下降至6.7%,未发生多器官功能衰竭、死亡病例。两组对比死亡率明显下降($P<0.05$),表明予以早期十二指肠内营养及胃肠减压能可降低医源性十二指肠瘘的肠道出血、多器官功能衰竭、死亡发生率。

经鼻腔置入胃肠营养管早期肠内营养,有以下优点:①肠内营养配合肠外[4],可以减少体内蛋白及脂肪分解,能给予机体充足的营养物质,改善患者全身情况,增强患者抵抗力。②肠内营养液能中和消化道的胃酸,避免消化道受强酸侵蚀,减少消化道溃疡出血可能。③有利于肠道功能恢复。有报道,胃肠道是创伤后多器官功能衰竭最早启动的器官,也影响多器官功能衰竭发生、发展与转归[5]。肠道功能恢复可避免肠道细菌逆行入血,利于感染的控制。同时,经鼻腔置入胃肠减压不仅可以减轻腹胀和引流高腐蚀性的消化液对瘘口的侵蚀,有助于感染的控制及瘘口的闭合。所以,尽早经鼻腔置入胃肠营养管早期肠内营养同时胃肠减压可以起到即时有效补充营养,有利于控制感染、减少肠道出血的功效,继而能降低多器官功能衰竭、死亡发生率[6]。

本组30例医源性十二指肠瘘患者全身感染发生率为96.7%(29/30),在腹腔严重感染情况下应减少手术创伤带给患者的打击,减少术后肠黏连、肠梗阻等并发症的发生[7]。介入法置入十二指肠营养管及胃肠减压管,操作简单、准确、对患者耐受力要求低,所有病例一次成功,术中术后无不良反应。该方法可替代医源性十二指肠瘘再次开腹置管"引流"术。治疗组15例患者通过置管引流,8例瘘口自然闭合,7例2~3个月后再次开腹修补愈合,未出现生死亡病例。限于病例数,长远疗效及不良反应尚待进一步随诊观察。

参考文献:

[1] 黎介寿,任建安,尹路,等. 肠外瘘的治疗[J]. 中华外科杂志,2002,40(2):100-103.
[2] 黎介寿,顾军,任建安. 术后胆总管下端十二指肠瘘防治探讨[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(1):39-40.
[3] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,1994:1183-1188.
[4] 董永红,王爱萍,徐钧,等. 肠内联合肠外营养支持治疗十二指肠瘘[J]. 肠外与肠内营养,2008,15(6):364-365.
[5] Carrico C J, Mcakins J L, Marshall J C, *et al*. Multiple-organ-failure syndrome[J]. Arch Surg, 1986, 121(2):196-208.
[6] 任培土,鲁葆春,阮新贤,等. 十二指肠损伤双管引流法的探讨[J]. 中华创伤杂志,2008,24(10):788-789.
[7] 欧迪鹏,杨连粤,黄耿文,等. 十二指肠外瘘的处理及预后危险因素分析[J]. 中国医刊,2005,40(6):37-38.

(收稿:2010-05-15 修回:2010-07-13)
(编辑 邓强庭)

文章编号:1000-5404(2010)22-2465-03

经验交流

老年高血压伴高尿酸血症患者血小板活化与纤溶功能的变化

李天资,潘兴寿,蓝景生,黄照河,梁 烨,陆启峰,陆高翔,刘 燕 (533000 广西 百色,右江民族医学院附属医院心血管内科)

【关键词】 老年;高血压;高尿酸血症;血小板活化;纤溶系统
【中图法分类号】 R544.102 【文献标志码】 B

随着人们生活水平的不断提高,饮食结构向精细高能量化改变,体能运动相对减少,高血压(primary hypertension,PH)和高尿酸血症(hyperuricemia,HUA)的患病率有逐年上升趋势,有48.6% HUA患者伴有PH,18.5% PH患者伴有HUA,提示PH和HUA是居民的公共健康问题[1]。高血压伴高尿酸血症(PH+HUA)是心血管疾病的独立危险因素,其可使猝死、室性心律失常、心肌缺血、心力衰竭等心血管事件的发生率增加2~4倍[2]。80%血栓栓塞性疾病发生于老年人,其发病机制尚不完全清楚,目前认为与老年人的血管、血管内皮细胞、血小板、凝血因子抗凝因子、纤溶功能或血液流变学等的特殊变化有关。为了解老年PH+HUA患者血小板活化与纤溶功能的变化及其临床意义,我们对收治的40例老年PH+HUA患者血清P-选择素(Ps)、血管性血友病因子(vWF)、组织型纤溶酶原激活物(tPA)和纤溶酶原激活物抑制物(PAI)水平进行检测,并与40例老年健康体检者和40例老年单纯高血压(PH)患者比较,现报告如下。

【基金项目】 广西卫生厅资助项目(Z2010091)
【通信作者】 蓝景生,E-mail:idu1058@sina.com

1 对象与方法

1.1 对象

2009年6月至2010年2月在我院心血管内科住院,职业是教师的患者。入选标准:①PH+HUA组:高血压定义参照1999年WHO/ISH标准确诊为1级和2级的原发性高血压患者,140 mmHg≤收缩压<180 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)和(或)90 mmHg≤舒张压<110 mmHg;高血压史1年以上;且男性血尿酸(SUA)≥420 μmol/L,女性SUA≥350 μmol/L。共40