

[文章编号] 1000-2200(2011)07-0726-03

· 临床医学 ·

不留置胃肠减压管并早期进食在上消化道穿孔修补术中的应用

马 静, 刘士会, 李 季

[摘要]目的:探讨上消化道穿孔修补术时不常规留置胃肠减压管并早期进食的安全性及有效性。方法:随机选取2008年2月至2010年9月上消化道穿孔行修补术患者28例作为观察组,术后不留置胃管并早期进食;2003年5月到2008年1月上消化道穿孔行修补术患者31例作为对照组,常规留置胃管,并于肝门排气后拔管、进食。比较2组患者术后肠鸣音恢复时间、肛门恢复排气时间及恶心、呕吐、腹胀等并发症发生率。结果:观察组较对照组的肠鸣音恢复时间及肛门排气时间均显著提前,恶心显著减少($P < 0.01$),呕吐和腹胀发生差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论:在上消化道穿孔行修补术中不留置胃肠减压管并早期恢复进食是安全可行的,有利于患者的快速康复。

[关键词] 消化道穿孔; 修补术; 胃肠减压管; 快速康复外科

[中国图书资料分类法分类号] R 656.62 [文献标识码] A

Application of early feeding and no nasogastric tube decompression in upper gastrointestinal tract perforation repair

MA Jing, LIU Shi-hui, LI Ji

(Department of General Surgery, The First People's Hospital of Bengbu, Bengbu Anhui 233000, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the safety and effect of early feeding and no nasogastric tube decompression in upper gastrointestinal tract perforation repair. **Methods:** Thirty-one cases of routine nasogastric decompression were selected randomly as control group and 28 cases of early feeding and no nasogastric tube decompression selected as trial group. The recovery time of bowel sounds, rectal discharge, complication rates of nausea, vomiting, and distention were compared between the two groups. **Results:** The recovery time of bowel sounds and rectal discharge in trial group was much earlier than that in control group ($P < 0.01$). Cases of vomiting and distention showed no statistic difference in two groups ($P > 0.05$). **Conclusions:** It is safe and beneficial for the patient's quick recovery to apply early feeding without routine nasogastric decompression for upper gastrointestinal perforation repair.

[Key words] gastrointestinal perforation; reparation; nasogastric tube decompression; fast track surgery

胃肠道手术放置胃肠减压管,直至肛门排气后再拔除并开始进食一直是胃肠外科的常规,传统观点认为,胃肠减压有利于减小胃肠吻合口张力及吻合口的愈合,减少吻合口漏的发生。但这一观点近年来受到了快速康复外科(fast track surgery, FTS)的挑战,FTS认为,胃肠减压管并不能减少吻合口漏的发生率,并且影响早期活动,增加患者心理负担,不利于快速康复^[1]。本文选取上消化道穿孔行修补术的患者,就FTS措施中的不留置胃肠减压管及早期进食进行研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2008年2月至2010年9月上消化道穿孔行修补术患者28例作为观察组,其中男25例,女3例;年龄18~77岁;胃溃疡伴穿孔17例,十二指肠球部溃疡伴穿孔10例,外伤性胃穿

孔1例。2003年5月至2008年1月上消化道穿孔修补术患者31例作为对照组,其中男29例,女2例;年龄17~69岁;胃溃疡伴穿孔18例,十二指肠球部溃疡伴穿孔12例,外伤性胃穿孔1例。均无糖尿病、冠心病等。在年龄、性别、围手术期方面均具可比性。

1.2 手术方法 术前均置胃肠减压管,在呼吸道全麻或连续硬膜外麻醉下行开腹式穿孔修补术,穿孔部位纵向缝合并予网膜覆盖,术中调整胃管保证胃腔完全排空,腹腔冲洗,穿孔旁置腹腔引流管,腹腔感染严重者同时置盆腔引流管,引流管在术后24~72 h内拔除。

1.3 围手术期处理 观察组术后2 h观察无活动性出血时拔除胃肠减压管,并在完全清醒后咀嚼口香糖,术后24 h内分次口服糖盐水500 ml,之后给予米汤或稀释的肠内营养制剂1 000 ml,第3天予米汤或肠内营养制剂1 000 ml,以后视患者耐受情况逐渐增加饮食。对照组在肛门排气后拔除胃肠减压管并开始进食米汤或肠内营养制剂等流质。部分患者予硬膜外持续镇痛。观察患者肠鸣音恢复时间、肛

[收稿日期] 2010-11-26

[作者单位] 安徽省蚌埠市第一人民医院 普外科 233000

[作者简介] 马 静(1973-) 男 主治医师.

门排气时间、恶心、呕吐、腹痛、腹胀等的发生率。

1.4 统计学方法 采用 t 检验、 χ^2 检验和四格表确切概率法。

2 结果

观察组患者肠鸣音恢复和肛门排气时间均短于对照组 ($P < 0.01$), 发生恶心少于对照组 ($P < 0.01$) 2 组呕吐和腹胀差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 1)。2 组均无吻合口漏、切口感染、胃瘫等并发症发生, 观察组有 2 例因腹胀及呕吐重置胃管。

表 1 2 组患者肠功能恢复及肛门排气时间及并发症比较

分组	n	肠鸣音恢复 时间(h)	肛门排气 时间(h)	恶心	呕吐	腹胀
观察组	28	11.32+2.66	42.18+13.04	4	2	1
对照组	31	14.61+2.20	54.13+9.42	23	0	2
合计	59	—	—	27	2	3
t	—	5.20	4.06	21.27*	—	0.01
P	—	<0.01	<0.01	<0.01	0.221 Δ	>0.05

Δ 示四格表确切概率法; * 示 χ^2 值

3 讨论

外科手术作为一种创伤, 会导致机体应激反应, 表现为内分泌系统紊乱、高代谢、炎症反应及免疫功能障碍等^[2], 如何在围手术期减小创伤和应激, 尽早使上述内分泌及代谢紊乱恢复正常, 是外科研究的方向之一。近年来的多项研究^[3-7]表明, FTS 在外科领域的应用, 取得了良好的效果, 国内也可见多项有关 FTS 在结直肠、胃、肝胆及其他手术中的安全性及可行性研究, 但 FTS 系统的实施, 需要各科室密切配合, 其中的许多措施, 与传统观念差异较大, 因此在实施过程中需慎重, 逐项证实其安全性方可应用。我科自 2008 年以来, 选取上消化道穿孔行修补术病例, 就围手术期不留置胃肠减压管及早期进食进行研究, 证实是安全、有效的。

禁食状态时, 胃和小肠的蠕动为缓慢、不规律的收缩波, 而进食状态时是有力、频繁有规律的收缩波。这种运动模式的变化是受神经、体液机制调控的^[8]。进食时在进食动作与食物的刺激下, 通过神经的调节, 胃开始容量性扩张, 同时大量分泌胃液, 约 5 min 后开始蠕动并向十二指肠内排空食物。在食糜的化学及机械性刺激下, 小肠的内在神经丛调节, 空肠开始蠕动, 消化食物^[9]。因此进食动作和食物是启动胃及小肠有力、规律收缩波的始动因子。在本研究中, 观察组患者清醒后即咀嚼口香糖, 之后

再予糖盐水, 通过神经反射及食物的双重作用, 在麻醉后早期即启动胃肠的规律收缩。听诊时肠鸣音恢复较对照组明显提前, 且早期即表现为较强的肠鸣音, 较术后小肠蠕动恢复时间为 12 ~ 24 h 的报道^[10]提前。而对照组早期肠鸣音多较弱, 且不规则。

术后早期进食不仅可早日恢复营养供给, 同时是保护肠道的重要措施。创伤和炎症可以引起肠黏膜屏障的破坏, 肠道细菌产生移位, 是引起感染的重要因素^[10], 而早期进食刺激肠道功能的早日恢复, 不仅可减轻炎症反应, 还有利于肠黏膜屏障功能的保护和恢复, 减少细菌移位, 避免了内源性感染。因此早期进食对术后患者有特殊意义。传统观念认为, 早期进食会造成胃肠吻合口张力, 增加漏的发生率。本组病例虽仅行修补术, 但不置胃管及早期进食并未增加吻合口漏的发生, 也从侧面证明早期进食并不会增加吻合口漏的发生率^[11]。分析原因, 吻合口缺血是发生漏的关键, 而纵向张力是产生缺血的主要原因, 因此手术时保持吻合口无纵向张力是避免漏的有力措施。食糜通过吻合口时只产生一过性的横向张力, 并不影响吻合口的血供, 因此不会增加漏的发生。

在本研究中, 由于术中行胃肠减压, 手术结束后胃腔呈空虚状态, 咀嚼及食物的刺激, 促使胃的蠕动较早恢复, 胃内容物进一步排空, 减少了胃潴留的发生。在观察组中有恶心 4 例, 未予特殊处理, 呕吐及腹胀导致重置胃管 2 例, 均为年龄较大患者, 可能与其胃肠功能减退有关。而对照组有 23 例不同程度恶心, 同时诉鼻咽部疼痛, 可能与胃肠减压管对鼻咽部的刺激有关。观察组由于没有消化液的丢失, 同时进食流质, 患者补液量明显减少, 不仅减少了水、电解质紊乱的发生, 还减少了补液所造成的损伤。另外, 观察组在术后 2 h 拔除胃肠减压管, 不仅利于手术操作, 也利于观察术后早期出血, 增加了手术安全性, 同时减少了患者的置管痛苦, 是值得推广的围手术期处理措施。

从本研究可以看出, 穿孔修补术后不常规置胃肠减压管并早期进食是安全可行的, 同时可早日恢复营养供给, 避免肠道细菌移位, 减少感染、应激以及胃肠减压管造成的咽痛、恶心等不适, 有利于患者的早日康复。

[参 考 文 献]

- [1] 江志伟, 李宁, 黎介寿. 快速康复外科的概念及临床意义[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(2): 131-133.
- [2] 董齐. 外科危重病人的应激反应特点[J]. 中国实用外科杂志, 2010, 30(11): 914-915.

[文章编号] 1000-2200(2011)07-0728-03

· 临床医学 ·

经尿道等离子前列腺切除术治疗良性前列腺增生 120 例

顾 恒,王昌兵,李 博,余同辉,叶大文

[摘要]目的:评价经尿道等离子前列腺切除术(TUPKRP)治疗良性前列腺增生(BPH)的安全性和疗效。方法:经TUPKRP治疗BPH 120例,前列腺切割方法依腺体大小而定。观察手术前后国际前列腺症状评分(IPSS)、生活质量评分(QOL)、最大尿流率(Q_{max})、残余尿量(PRV)并进行统计学分析。结果:120例手术均获成功。手术时间30~200 min,切除前列腺组织重量10~100 g,术中出血量30~200 ml,术后膀胱持续冲洗时间2~6 d,保留尿管时间3~7 d,术后住院时间5~16 d。无手术死亡,无输血,无包膜穿孔、闭孔神经反射及经尿道电切综合征发生。术后随访3~12个月,无严重并发症。术后IPSS、QOL、Q_{max}、PRV均较术前有明显改善($P < 0.01$)。结论:TUPKRP是治疗BPH安全有效的方法,值得临床推广应用。

[关键词] 前列腺增生;经尿道前列腺切除术;等离子

[中国图书资料分类法分类号] R 697.31 [文献标识码] A

Transurethral plasmakinetic resection of prostate for treatment of benign prostatic hyperplasia: a report of 120 cases

GU Heng, WANG Chang-bing, LI Bo, YU Tong-hui, YE Da-wen

(Department of Urology, No. 123 Hospital of PLA, Bengbu Anhui 233015, China)

[Abstract] **Objective:** To evaluate the safety and efficacy of transurethral plasmakinetic resection of prostate (TUPKRP) for treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods:** The 120 cases of BPH were treated by TUPKRP, the cutting method was performed according to the size of gland. The international prostate symptom score (IPSS), quality of life (QOL), maximum flow rate (Q_{max}), postvoid residual volume (PRV) of preoperation and postoperation were observed and statistically analyzed. **Results:** All cases were treated successfully. The operative time was 30–200 min, the weight of resected tissue was 10–100 g, the intraoperative blood loss was 30–200 ml, the bladder irrigating time after operation was 2–6 d, the duration of catheter was 3–7 d, and the hospital stay after operation was 5–16 d. There was no operative death, no blood transfusion was required, and no perforation of the prostatic capsule, obturator nerve reflex and transurethral resection syndrome (TURS) occurred. All patients were followed up for 3–12 months postoperatively, there were no serious complications. The differences of IPSS, QOL, Q_{max} and PRV between preoperation and postoperation were statistically significant ($P < 0.01$). **Conclusions:** TUPKRP is a safe and effective method for treatment of BPH, it is worth popularizing.

[Key words] prostatic hyperplasia; transurethral resection of the prostate; plasmakinetic

[收稿日期] 2011-01-12

[作者单位] 解放军第123医院 泌尿外科 安徽 蚌埠 233015

[作者简介] 顾 恒(1970-) 男 副主任医师。

良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)是老年男性的最常见疾病之一,随着人口的老齡化,发病人数逐年增加。2006年12月至2010年3月,我院采用经尿道等离子前列腺切除术

- [3] 杨东杰,蔡世荣,何裕隆,等.快速康复外科在结直肠癌择期手术中的应用效果[J].中华普通外科杂志,2009,24(6):477-479.
- [4] 李艳华,程黎阳,谢正勇,等.快速康复外科新理念在结直肠手术中的应用[J].中国现代普通外科进展,2009,12(5):405-408.
- [5] 胡凯,沈世强,郑勇斌.快速康复外科在胃癌手术中的应用[J].腹部外科,2009,22(6):350-352.
- [6] 王刚,孙备,姜洪池,等.快速康复外科在胆道外科中应用的初探[J].中华肝胆外科杂志,2009,15(1):31-35.
- [7] 刘民杰,王继振,尹波,等.快速康复外科方式在中、下段食管癌和贲门癌手术中的应用[J].中国医学创新,2009,6(18):34-35.

- [8] 江志伟,李宁,黎介寿.术后肠麻痹临床表现及病理生理机制[J].中国实用外科杂志,2007,27(9):682-683.
- [9] 朱大年.生理学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2010:164-168.
- [10] Mattei P, Rombeau JL. Review of the pathophysiology and management of postoperative ileus[J]. World J Surg, 2006, 30(8):1382-1391.
- [11] 邱明连,陈思曾.免疫营养素在肠黏膜屏障功能障碍中的作用[J].福建医科大学学报,2005,39(8):57-58.
- [12] 王继洲,姜洪池.围手术期处理新理念:快速康复外科[J].腹部外科,2009,22(4):198-199.

(本文编辑 姚仁斌)