

静脉营养组,机械通气时间则明显短于静脉营养组,术后 7 d pHi 较 1 d 时增加且明显高于静脉营养组。此外,肠内营养组患者较静脉营养组恢复排气时间明显缩短。说明 pHi 值监测是反映危重病患者胃肠黏膜血液灌注及氧合状态的敏感指标,早期实施肠内营养可以改善患者胃肠黏膜血液灌注,从而有效防止肠道细菌移位的发生,提高脱机成功率并缩短机械通气时间。只要胃肠道功能正常,应尽早实施肠内营养支持。

参考文献

- [1] 中华医学会重症医学分会. 危重患者营养支持指导意见(草案). 中国危重病急救医学, 2006, 18(10): 582-590.
- [2] 王连成, 王东浩. 脓毒症患者实施肠内营养的临床分析. 中国危重病急救医学, 2007, 19(7): 444.

- [3] 陈军, 王丽娜, 张玉坤, 等. 非胃肠道手术严重多发伤患者早期肠内营养分析. 苏州大学学报(医学版), 2006, 26(6): 1025-1026.
- [4] 徐勇刚, 雷澍, 宣丽华, 等. 粗针膈中穴埋针在慢性阻塞性肺疾病患者机械通气撤机中的应用价值. 中国中西医结合急救杂志, 2007, 14(2): 67-69.
- [5] 王盛标, 蔡业平, 陈益藩, 等. 影响长期机械通气患者预后的危险因素分析. 中国危重病急救医学, 2007, 19(2): 98-100.
- [6] 饶惠清, 莫北溪, 周敦荣, 等. 创伤性休克进行肠内营养的时机分析. 中国危重病急救医学, 2006, 18(10): 623-625.
- [7] 马铁明, 魏华东, 王文君, 等. 术后早期肠内营养支持在胃癌治疗中的应用. 中国药物与临床, 2009, 9(1): 79-80.
- [8] 袁茵, 袁世炎, 姚尚龙. 胃黏膜 pH 值及二氧化碳分压指导慢性阻塞性肺疾病老年患者撤机的评价. 中华麻醉学杂志, 2007, 27(4): 377-379.

(收稿日期: 2009-04-29 修回日期: 2009-05-08)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

老年人急性肠梗阻的临床特点及死因分析

侯宁永

【关键词】 急性肠梗阻; 老年人; 临床特点; 死因

本院 1991 年 2 月—2007 年 6 月共收治肠梗阻患者 485 例, 其中老年人死亡 14 例(占 2.89%)。现就其临床特点、死因及防治措施分析如下。

1 临床资料

1.1 病例资料: 14 例患者中男 9 例, 女 5 例; 年龄 65~86 岁, 平均 72 岁; 发病 7 h~5 d。既往有 1 次腹部手术史 8 例, 2 次手术史 2 例, 无手术史 4 例。11 例合并冠心病、高血压病及糖尿病, 2 例合并脑梗死, 1 例合并脑出血。有腹膜炎体征 9 例。伴有感染性休克 6 例。8 例白细胞计数高于 $15 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.80。体温高于 $39^\circ C$ 6 例, 低于 $36^\circ C$ 3 例。病因有肠粘连(包括束带压迫)、小肠系膜扭转、结肠恶性肿瘤、腹股沟斜疝嵌顿、小肠系膜血管栓塞。肠梗阻类型: 4 例为单纯性肠梗阻, 10 例为绞窄性肠梗阻(2 例为肠系膜血管栓塞)。肠梗阻至肠坏死 5 例, 其中肠坏死合并肠穿孔 1 例。

1.2 治疗: 1 例行肠扭转复位及肠减压术, 5 例行粘连松解及肠减压术, 1 例行疝内容物还纳及高位结扎术, 6 例切除部分小肠, 2 例行结肠造口术。术后出现

肺感染 7 例, 小肠瘘 2 例, 切口感染 2 例, 脑梗死 1 例, 急性肾功能衰竭 1 例。1.3 死亡原因: 感染性休克、呼吸衰竭 6 例, 多器官功能衰竭(MOF) 3 例, 肠瘘、全身慢性衰竭 2 例, 严重内环境紊乱 2 例, 大面积脑梗死 1 例。

2 讨论

老年人发生急性肠梗阻时常伴有各种慢性疾病, 由于其生理功能特点及症状体征常不典型, 因而就诊时间较晚, 病情较重, 易发生绞窄、穿孔及细菌移位^[1]。临床上患者初期症状虽重, 但腹部检查阳性所见甚少, 呈现出严重症状与不对称体征的矛盾现象, 极易引起误诊。

积极防止感染性休克和 MOF 是降低病死率的关键。本组病例因重度感染性休克不能逆转或因长时间休克导致 MOF 而死亡者共 9 例(占 64.28%), 是老年人急性肠梗阻患者死亡的主要原因。应积极有效治疗, 做好术前准备。有手术指征者争取尽快进行手术。

在积极抗休克和纠正水、电解质失衡的同时, 常规给予广谱抗生素以消灭细菌和由此产生的内毒素及肿瘤坏死因子。及时判断肠梗阻的严重程度和准确选择手术时机是降低病死率的重要环节。手术治疗的目的是为了解除梗阻、去

除病因并防止肠绞窄的发生。因此, 手术应在出现感染性休克及肠绞窄前进行。手术时机: ①腹痛发作急骤, 开始即为持续性剧烈疼痛, 或在阵发性加重之间仍有持续性疼痛。②病情发展迅速, 早期即可出现休克, 抗休克治疗后改善不明显。③有腹膜炎体征或叩诊移动性浊音阳性, 体温上升、脉搏增快、白细胞计数增高。④腹胀不均匀, 腹部有局部隆起或触及有压痛的不对称肿块。⑤呕吐出现早而频繁, 呕吐物、胃肠减压抽出液、肛门排出物为血性, 或腹腔穿刺抽出血性液体。⑥腹部 X 线或 CT 检查见孤立扩大的肠袢, 不因时间而改变位置, 或有假肿瘤状阴影, 或肠间隙增宽。⑦经积极非手术治疗, 症状、体征无明显改善。

老年人在决定手术治疗时, 应充分估计病情, 确切做好有关术前准备及术中和术后的处理。肺部并发症的防治是十分重要的。注重重症监护病房(ICU)的监护, 严密观察心、肺、脑、肾、胃肠及肝功能等变化, 及时纠正水、电解质及酸碱失衡, 加强营养支持, 应用有效抗生素, 充分给氧, 必要时早期行呼吸机支持等, 均可收到较理想的效果。

(收稿日期: 2009-04-16)

(本文编辑: 李银平)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1003-0603.

2009.07.009

作者单位: 300060 天津市环湖医院