

## 术后麻痹性肠梗阻的治疗进展

古应超, 于健春\*

(中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院 基本外科, 北京 100730)

**摘要:** 术后麻痹性肠梗阻多见于腹部手术后, 确诊需除外机械性肠梗阻; 治疗措施主要包括早期肠内营养、抗炎、应用生长抑素和外周  $\mu$  受体拮抗剂。

**关键词:** 术后麻痹性肠梗阻; 诊断; 治疗

**中图分类号:** R 574.2 **文献标志码:** A

## Advances in therapy of postoperative ileus

GU Ying-chao, YU Jian-chun\*

(Dept. of General Surgery, PUMCH, CAMS & PUMC, Beijing 100730, China)

**Abstract:** Postoperative ileus occurs predominantly in patients after abdominal procedures. Mechanical obstruction should be excluded before definitive diagnosis. Treatment strategies consist of early enteral nutrition, anti-inflammation, somatostatin, fewer opioids and administration of peripheral  $\mu$ -opioid antagonist.

**Key words:** postoperative ileus; diagnosis; treatment

术后麻痹性肠梗阻 (postoperative ileus, POI) 是指术后肠蠕动受损、肠动力缺乏导致的肠梗阻, 多见于腹部手术后, 与麻醉、创伤、手术操作、血液或脓肿刺激腹膜等有关<sup>[1]</sup>。该病治疗尚无良策, 本文拟对其治疗进展进行综述。

### 1 病因及发病机制

术后麻痹性肠梗阻的病因包括多种因素<sup>[2]</sup>, 如麻醉、术后交感神经兴奋、胃肠道激素与神经递质作用、手术创伤、炎性介质释放等, 它们的累积作用导致术后麻痹性肠梗阻, 限制或减少这些因素可减少术后肠梗阻发生率。

### 2 临床表现及诊断

术后麻痹性肠梗阻表现为肠道积气、积液, 肠蠕

动减弱或排气延迟, 无机械性梗阻存在; 可有不同程度腹胀, 压痛主要与手术切口及潜在疾病相关。术后早期听诊肠鸣音对诊断帮助不大, 但肠鸣音回复提示病情缓解、肠道功能恢复。一般术后 2~3 d 胃肠动力即恢复, 如果超过此时限, 并能除外机械性梗阻, 即应考虑术后麻痹性肠梗阻。CT 或上消化道造影有助于排除机械性肠梗阻, 也有助于明确病因。

### 3 治疗及预防

#### 3.1 禁食、胃肠减压, 还是早期少量进食?

术后常规禁食、胃肠减压不能减少术后麻痹性肠梗阻发生率, 反而增加误吸、肺炎等并发症发生几率, 应选择性应用于胃或十二指肠手术后, 或严重腹胀、难治疗的呕吐患者。研究证实小肠一般在术后 12~24 h 恢复蠕动, 胃蠕动多在术后 24~48 h 恢复,

结肠动力恢复最晚,为术后3~5 d。因此,只要胃肠道结构及功能完整,恢复经口进食不必等到排气排便后。在能耐受的情况下,术后早期适量进食,可刺激胃肠道运动,改善肠梗阻病情。也有学者发现嚼口香糖可以改善术后麻痹性肠梗阻<sup>[3]</sup>。用恢复排气排便、胃肠减压引流量减少判断肠梗阻缓解的传统做法敏感性差;如将胃肠减压引流液颜色由绿色变为清亮、可耐受正常饮食作为判断依据,可更早发现病情缓解<sup>[4]</sup>。

### 3.2 维持水电解质平衡、术后早期活动

术后麻痹性肠梗阻患者应注意水电解质平衡,如有低钾应予纠正。尽管严格卧床可以减少胃肠运动,而术后下地活动的好处也很多,但尚无研究显示患者术后增加行走可缩短术后麻痹性肠梗阻病程。

### 3.3 适量控制水、钠输入,应用生长抑素

术中补液过多可致肠道水肿、术后麻痹性肠梗阻。与常规补液组相比,术中水、钠严格控制组胃排空及首次排气排便时间提前,住院时间明显缩短<sup>[5]</sup>。在常规治疗基础上加用生长抑素,能显著改善肠梗阻症状<sup>[6]</sup>。

### 3.4 减少手术创伤及应用抗炎药

消炎药能缩短术后麻痹性肠梗阻病程,微创手术也是减轻炎性反应的有效方法,剖腹手术不能避免时,应尽可能减小切口、避免粗暴操作,而应用快速康复通道能使腹部大手术患者胃肠动力恢复更快<sup>[7]</sup>。

### 3.5 减少阿片类药物应用或应用其外周受体拮抗剂

减少阿片类药物应用可以减少术后麻痹性肠梗阻发生率。利多卡因作为局麻及抗炎药,术中及术后静脉应用能促进术后麻痹性肠梗阻恢复,减少住院时间<sup>[8]</sup>。脂溶性 $\mu$ 受体拮抗剂不通过血脑屏障,可选择性抑制阿片类药物肠道作用,缩短肠道功能恢复时间<sup>[9]</sup>。

### 3.6 促胃肠动力药

胃复安是多巴胺拮抗剂和胆碱能激动剂,但并不能缩短术后肠梗阻病程。虽然新斯的明可改善术后结肠假性肠梗阻<sup>[10]</sup>,但对术后麻痹性肠梗阻作用不明显。红霉素为胃动素促进剂,可增加胃排空,但尚未发现它能改善术后麻痹性肠梗阻。西沙必利为5-HT<sub>4</sub>受体激动剂,有胆碱能活性及促胃肠运动的双重作用,但疗效不确定、副作用大,在美国已禁用。Ghrelin激动剂TZP-101是一种潜在的促胃肠动力药,II期临床试验显示它在72 h内加速腹部大手术后胃肠道恢复,且耐受性好,但需进行进一步验证<sup>[11]</sup>。

## 4 展望

术后麻痹性肠梗阻发生与麻醉、创伤等因素有关,微创手术、轻柔操作可能减少其发生率。目前术后麻痹性肠梗阻缺乏有效治疗手段,外周 $\mu$ 受体拮抗剂显示出较好的临床应用前景,而新型促胃肠动力药也有待开发。

## 参考文献:

- [1] Carroll J, Alavi K. Pathogenesis and management of postoperative ileus [J]. Clin Colon Rectal Surg, 2009, 22:47-50.
- [2] Mythen MG. Postoperative gastrointestinal tract dysfunction: an overview of causes and management strategies [J]. Cleve Clin J Med, 2009, 76:S66-S71.
- [3] Vásquez W, Hernández AV, García-Sabrido JL. Is gum chewing useful for ileus after elective colorectal surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials [J]. J Gastrointest Surg, 2009, 13:649-656.
- [4] Story SK, Chamberlain RS. A comprehensive review of evidence-based strategies to prevent and treat postoperative ileus [J]. Dig Surg, 2009, 26:265-275.
- [6] 张文斌,冷尹,王云海,等. 生长抑素在肠梗阻治疗中的临床应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2009, 12:427.
- [7] Kehlet H. Postoperative ileus-an update on preventive techniques [J]. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol, 2008, 5:552-558.
- [8] Marret E, Rolin M, Beaussier M, et al. Meta-analysis of intravenous lidocaine and postoperative recovery after abdominal surgery [J]. Br J Surg, 2008, 95:1331-1338.
- [9] Becker G, Blum HE. Novel opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction and postoperative ileus [J]. Lancet, 2009, 373:1198-1206.
- [10] Holte K. Systemic prokinetic treatment of postoperative ileus following abdominal surgery. Assessment of a Cochrane review [J]. Ugeskr Laeger, 2010, 172:38-40.
- [11] Popescu I, Fleshner PR, Pezzullo JC, et al. The Ghrelin agonist TZP-101 for management of postoperative ileus after partial colectomy: a randomized, dose-ranging, placebo-controlled clinical trial [J]. Dis Colon Rectum, 2010, 53:126-134.