

# 中西医结合预防术后肠粘连

韩树军

(浙江省桐乡市濮院中心医院 桐乡 314502)

关键词: 手术后并发症; 肠粘连; 中西医结合疗法; 预防; 中药内服; 中药保留灌肠; 肠功能恢复汤

中图分类号: R 619.9

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0052-02

及早恢复腹部手术后消化道功能及有效地防治术后并发症,以提高手术疗效,是临床医生最为重视的问题。在 70 年代后报道腹部手术后发生肠粘连高达 67%,其中发生肠梗阻者 45%。近年来我们应用自拟肠功能恢复汤对腹部手术后 78 例进行临床观察,收到满意效果。现报告如下:

## 1 一般资料

1.1 预防组 78 例,男 54 例,女 24 例;年龄 17~86 岁,平均 48 岁;手术种类:胃修补及胃大部切除 8 例,胆囊切除 28 例,小肠部分切除及修补 8 例,化脓性阑尾切除 26 例,右半结肠切除 8 例。

1.2 对照组 62 例,男 40 例,女 22 例;年龄 16~76 岁,平均 46.5 岁;手术种类:胃切除及胃修补术 6 例,肠切除吻合术 5 例,阑尾切除 32 例,胆囊切除及胆总管引流术 8 例,脾切除 4 例,子宫切除 7 例。

## 2 治疗方法

对照组常规术中及术后护理,预防组于手术后 8~12h 应用中药肠功能恢复汤。方剂组成:大黄 6g(后下),当归 10g,赤芍 15g,枳实 12g,桃仁 10g,玄胡 10g,木瓜 6g,金银花

一阶段适应证较严,如单纯性胆囊结石、无结石胆囊炎、胆囊良性息肉;第二阶段适应证扩大,包括了萎缩性胆囊炎、充满型胆石等;第三阶段完成有并发症的胆囊炎,如胆总管探查。术者应根据自身情况选择不同阶段适应证,循序渐进。虽然由于经验的逐渐积累,急性胆囊炎的 LC 治疗已不列为绝对禁忌证,但是有些腹腔镜专家仍把急性胆囊炎列为 LC 的相对禁忌<sup>[9]</sup>或相对适应证<sup>[4]</sup>。我们在实际操作中确实观察到,胆囊肿大、张力高往往使 Calot 三角暴露困难;胆囊充血、水肿使分离过程中渗血较多,影响视野;胆囊结石的嵌顿使 Calot 三角解剖结构不清;这些均可造成手术危险系数升高及术后并发症发生率增高。因此,急性胆囊炎行 LC 术对于手术医生经验、手术技巧的要求应当相当严格。本组病例均由 5 年以上 LC 手术经验医生实施,故降低了手术并发症的发生率。

2.2 手术时机的选择 传统的 OC 认为症状发作 72h 之内为最佳的手术时机。多数学者认为,急诊 LC 同传统的 OC 一样,最佳手术时间为 72h 之内。因急性发作已超过 72h,由于局部组织水肿严重,胆囊三角解剖不清,手术难度高,术后并发症多,故应尽可能行保守治疗,争取在炎症期过后的 6~12 周再择期手术。Abdelkader<sup>[5]</sup> 研究认为在急性胆囊炎发病 24~48h 内,胆囊壁只有水肿而无明显充血,急性胆囊炎病情控制后 4~6d 胆囊壁与周围组织虽有一定程度粘连,但粘连多较疏松,易于剥离。只要胆囊壁充血水肿轻,Calot 三角解剖结构清晰,有一定经验的外科医师仍可顺利完成。同时有

12g,浓煎 100~200mL。服药方法:内服或胃管注入者 58 例,内服加保留灌肠者 20 例。每日 1 剂,连续服用 3~5d,个别病例,方剂可随症加减。2 组均应做到:(1)手术中操作轻,腹腔止血彻底,腹腔污染者用盐水冲洗或灭滴液冲洗;(2)术后常规应用抗生素及对症治疗。

## 3 结果

预防组 78 例中,1 例术后 24d 发生肠粘连、不全性肠梗阻,经内服中药 5d 治愈。77 例腹部柔软见腹胀腹痛,肠鸣音正常。24h 内排气者 39 例,48h 内排气者 18 例,60h 内排气者 12 例;72h 内排气排便 8 例。X 光胸腹透视或腹部平片无积液及多量气体。对照组:62 例中 24h 排气 16 例,48h 排气 8 例,60h 排气 25 例,72h 排气 13 例;其中阑尾切除发生肠梗阻 2 例,胃大部切除及阑尾切除肠粘连各 2 例,均经中西医结合治愈。

## 4 讨论

腹部手术时,由于牵拉、钳夹止血、缝合及腹腔内炎症渗出、引流物刺激等,均会引起不同程度的肠粘连。对照组 62 例中 6 例发生粘连及梗阻,占 9.7%。中西医结合对术后肠粘

反复发作病史的急性胆囊炎患者,多有胆囊颈和胆囊管结石嵌顿或胆囊积脓,即使经抗生素治疗症状缓解后胆囊壁的炎症在很长时间内仍无改善,故抗炎后 3 个月进行手术值得商讨。我们认为急性胆囊炎 LC 的时机并无固定准则,要灵活掌握,遵循个体化原则。实际操作中观察到,超过 72h 手术病例手术难度及并发症的发生率与 72h 内手术并无明显差异,影响手术成功与否的关键因素是 Calot 三角的解剖结构是否清晰及手术医生的经验、手术技巧。而疾病发作时间只是作为手术时机选择的因素之一,不能机械孤立地看待。至于急性胆囊炎并发胆源性胰腺炎病例,首先应常规治疗胰腺炎,待缓解后 2~3 周,查 B 超及 MRCP 证实胆管无结石及扩张后行 LC 术,术中如怀疑胆管内有结石,可行胆道造影明确。

### 参考文献

[1] 巴明臣,毛静熙,陈训如,等.急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术方法[J].中华肝胆外科杂志,2000,6(5):388-389

[2] 陈训如.腹腔镜手术的并发症与决策[M].昆明:云南科技出版社,1997.36

[3] 苟祖武,黄志强.腹腔镜胆囊切除术的应用[A].见:黄志强.现代腹腔镜外科学[M].北京:人民军医出版社,1994.89

[4] 曹月敏.腹腔镜外科学[M].石家庄:河北科技出版社,1999.270

[5] Abdelkader H. Timing of laparoscopic cholecystectomy in acute chole-cystitis[J].Laparos Surg, 1994, 5: 305-309

(收稿日期: 2005-10-24)

# 术后早期炎性肠梗阻的非手术治疗

袁昊

(广东嘉应学院医学院 梅州 514031)

**摘要:**目的:探讨术后早期炎性肠梗阻的非手术治疗方法。方法:对 16 例术后早期炎性肠梗阻的临床资料进行回顾性分析。

**结果:**16 例术后早期炎性肠梗阻均经胃肠减压、应用生长抑素、肠外营养支持、激素等非手术疗法治疗全部治愈,平均治疗时间 7.6d。**结论:**术后早期炎性肠梗阻治疗首选非手术治疗,疗效满意。

**关键词:**术后早期;炎性肠梗阻;非手术治疗;生长抑素;TPN;激素类

**中图分类号:**R 574.2

**文献标识码:**B

**文献编号:**1671-4040(2006)01-0053-02

术后早期炎性肠梗阻 (early postoperative inflammatory small bowel obstruction EPISBO) 是腹部手术常见的并发症,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的一种机械性与动力性并存的粘连性肠梗阻<sup>[1]</sup>。由于发病机制及治疗有一定的特殊性,常因认识不足导致再次甚至多次手术,造成肠痿、短肠综合征等严重并发症,给患者带来一定的痛苦和经济负担。现将 2003 年 2 月~2005 年 1 月收治的 16 例术后早期炎性肠梗阻的非手术治疗情况结合文献报告如下:

## 1 临床资料

本组 16 例,男 11 例,女 5 例;年龄 19~65 岁,平均 49.8 岁;急性化脓性阑尾炎行阑尾切除术后 6 例,十二指肠溃疡穿孔行修补术后 2 例,胃溃疡穿孔行胃大部分切除术后 1 例,胃癌根治术后 1 例,小肠肿瘤切除术后 1 例,急性化脓性胆囊炎行胆囊切除术后 2 例,外伤性肝破裂行修补术后 1 例,剖腹产术后 2 例;肠梗阻出现时间为术后 3~16d,平均 8.7d。

## 2 治疗方法

(1)禁食,持续胃肠减压。减轻肠壁水肿,促进肠管的血

液循环,防止电解质的丢失。(2)输液。维持水、电解质及酸碱平衡,预防和纠正体液失衡。(3)全胃肠外营养(TPN)。改善患者的营养状况,减轻肠壁水肿,纠正低蛋白血症,促进伤口的愈合。(4)早期、短期应用肾上腺皮质激素。减轻肠壁炎症及水肿,稳定内环境。(5)应用广谱抗生素及甲硝唑。(6)应用生长抑素。减少消化液的分泌,减轻液体的潴留。(7)胃管注入液体石蜡及 76%泛影葡胺各 60mL。稀释肠内容物,减轻局部水肿,润滑肠道,促进梗阻的缓解。

## 3 治疗结果

16 例经应用生长抑素、TPN、激素等非手术治疗后治愈,无 1 例再手术。本组除 2 例非手术疗法超过 14d 外,一般在 4d 以内均开始好转,治愈时间平均为 7.6d。治疗期间无 1 例出现并发症。随访至今无复发。

## 4 讨论

术后早期炎性肠梗阻是腹部手术后早期出现的一种机械性与动力性并存的粘连性肠梗阻,多在术后 2 周内起病。主要表现为术后肠蠕动一度恢复,复又出现梗阻症状,多表现为肛门停止排气、排便,明显腹胀,腹痛相对较轻,大多无呕吐,较少发生肠绞窄。主要特点为当炎症控制后肠梗阻症

不受影响,有利于腹腔渗液的吸收,降低纤维蛋白质黏合作用,减少或避免肠粘连。

连预防有显著效果,预防组 78 例,其中 1 例肠粘连,占 1.3%。  
4.1 通过临床观察,经对比分析中西医结合组与对照组,预防肠粘连性梗阻有显著差异<sup>[4]</sup>。实验研究文献报道:大白鼠中西医结合治疗组肠无粘连率 100%,而对照组无粘连率 0%;大白兔中西医结合组无粘连率 70%,而对照组无粘连率为 0%。从实验到临床应用观察总结均证明中西医结合对预防肠粘连,有极明显的效果。

4.2 祖国医学认为:“六腑以通为用”。而手术伤及血络,气滞血瘀,致使脏腑功能失调,表现为纳差、腹痛腹胀、腹内痞块等。治疗以活血化瘀、理气导滞为主。方中大黄破积导滞;桃仁、赤芍活血化瘀;当归补血活血;玄胡解痉止痛;枳实理气消积除痞,行气止痛;金银花除余毒。

4.3 现代药理研究认为,大黄能提高血管收缩力,降低毛细血管通透性,并提高血浆渗透压,从而改善肠局部微循环,减少浆肌膜损伤后的溶解、渗出及粘连,有利于肠功能的恢复。大黄所含的大黄酸、大黄素等还具有广谱抗菌作用。当归含挥发油、多种内酯及氨基酸成份,有扩张血管、抑制血小板聚集、抗菌消炎及镇痛作用。诸药合用能使气血行,导肠滞,瘀血散,腹痛止。大黄还能刺激肠管收缩,增强蠕动功能,肠蠕动功能越强,肠管压力减低,腹腔压力减低,呼吸运动功能亦

4.4 预防粘连在手术后时间上要掌握准,肠粘连形成的基础多在术后 8h 左右,1 周左右即可形成粘连及梗阻。我们采用术后 8~12h 最佳时间应用中药,坚持治疗 3~5d,并随症加减。

4.5 对于感染性疾病术后积极控制炎症也是预防肠粘连不可缺少的措施。(1)静脉输入足量的抗生素;(2)甲硝唑及环丙沙星静滴,不仅对厌氧菌而且对脆弱类杆菌均有效;(3)肾上腺皮质激素应用,可起到稳定间皮细胞膜,减少局部炎症反应,减少渗出和抑制纤维细胞增生的作用;(4)中药内服具有清热解毒消炎、抑制和杀灭细菌作用。

4.6 中西医结合应用可使胃肠道功能及早恢复,早期进食,增加营养,促进机体及早康复,提高疾病治愈率,减少术后并发症。通过中西医理论作指导,实验研究文献资料以及临床对比观察,说明中西医结合对术后肠粘连的预防有确切的效果。

## 参考文献

[1]丁庆标.中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻 26 例[J].中国中西医结合外科杂志,2004,10(2):80

(收稿日期:2005-05-12)