

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^[1]。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。

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^[1]。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

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。

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)

膨胀海绵在鼻内镜手术后的应用

赵金晓

(浙江省台州市中心医院 台州 318000)

关键词:鼻内镜手术后;膨胀海绵;鼻腔填塞

中图分类号:R 765.9

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0054-01

鼻腔、鼻窦手术后鼻腔填塞主要以凡士林纱条为主,但填塞后鼻黏膜反应重,患者常伴有鼻胀痛或头痛、眼部胀痛流泪、耳闷塞感等症状,抽纱条时鼻腔易出血,痛苦较大。近 2 年来,我科选用膨胀海绵用于鼻腔、鼻窦内窥镜手术后的填塞,并与凡士林填塞病例的填塞效果进行比较分析。现报告如下:

1 材料和方法

1.1 病例选择 慢性鼻窦炎患者 90 例,男 50 例,女 40 例;年龄 19~58 岁。按 1997 年海口标准^[1]分型分期,其中 I 型 3 期 30 例,II 型 3 期 40 例,III 型 20 例。术前均接受血常规、出凝血时间、肝肾功能检查,各项指标正常。

1.2 填塞材料及方法 鼻腔、鼻窦手术均在鼻内窥镜下进行,采用 Messerkinger 术式。90 例患者随机分为 2 组,各 45 例。患者术后分别以膨胀海绵(Merocel,XOMED 公司生产)及凡士林纱条填塞鼻腔,全身辅助抗感染、止血等对症治疗。2 种填塞材料均于 48h 内取出。

1.3 观察指标

1.3.1 局部疼痛情况 分别记录为无痛、轻度疼痛、重度疼痛。患者无任何疼痛或头鼻发胀为无痛;鼻腔和头部有轻微胀痛,但不影响睡眠,为轻度疼痛;鼻腔和头痛剧烈难忍,不

状随之缓解。究其实质主要是由于术后腹腔内无菌性炎症导致腹内广泛粘连以及肠壁水肿所致。

关于术后早期炎性肠梗阻的处理,黎介寿^[2]报道 62 例术后早期炎性肠梗阻均保守治疗 5~65d,平均 19.2d,无 1 例中转手术,60 例的症状完全消失。本组 16 例通过非手术治疗也全都治愈。华益慰^[3]报道 605 例肠外瘘中有 35 例是炎性肠梗阻造成,无 1 例在术时解除了梗阻。Bondarenko 等^[4]报道手术治疗 306 例炎性肠梗阻,其中 22 例进行了多次手术,结果死亡 90 例(29.4%)。如果为了缓解梗阻而手术治疗,常因腹腔广泛粘连而无法分离,同时手术中因肠壁水肿、脆弱而损伤肠管,导致术后肠瘘或因做广泛性肠切除而致短肠综合征、术后出血、感染等并发症。因此主张术后早期粘连性肠梗阻的治疗应首选非手术治疗。

根据术后早期炎性肠梗阻的特点及其实质,非手术治疗要重点注意 3 个问题:(1)减少胃肠分泌。在 EPISBO 早期,消化液大量分泌,积聚于肠腔内,加剧肠壁水肿和肠腔扩张,加重水电解质紊乱,影响肠功能恢复。本组 14 例应用善宁 0.1mg,8h 1 次,肌注,直至排气,平均治疗时间为 5.9d。另 2 例由于经济困难,未用生长抑素类药物,其余治疗同,平均治疗时间为 19.5d,治疗时间明显较长。生长抑素能降低胃肠液

能入睡,需用止痛药或镇静剂为重度疼痛。

1.3.2 取出填塞物时鼻腔出血情况 计为少量出血(小于 5mL)、中量出血(5~15mL)、较多出血(大于 15mL 或需重新填塞)。

2 结果

2.1 术后鼻腔填塞致鼻部、头部胀痛情况 见表 1。膨胀海绵组 46.7%无疼痛,42.2%为轻度疼痛,11.1%可出现重度疼痛,疼痛发生率为 53.3%;凡士林纱条组仅有 8.9%患者无明显疼痛,48.9%出现轻度疼痛,42.2%出现重度疼痛。经 χ^2 检验 2 组有显著性差异($P<0.01$),说明膨胀海绵术后填塞所致的痛苦较小,可明显缓解患者的不适感。

表 1 2 组填塞后局部疼痛情况				
组别	n	无痛	轻度疼痛	重度疼痛
Merocel 组	45	21	19	5
凡士林纱条组	45	4	22	19
合计	90	25	41	24

注: $\chi^2=144.06,P<0.01$ 。

2.2 术后取出鼻腔填塞材料时鼻出血情况 见表 2。膨胀海绵组 44.4%少量出血,40.0%为中量出血,15.6%多量出血;凡士林纱条组 6.7%少量出血,60.0%中量出血,33.3%患者取出凡士林纱条后多量出血。经 χ^2 检验 2 组有显著性差异($P<0.01$)。(下转第 79 页)

的分泌量,减轻肠腔内肠液的潴留,利于肠壁血循环的恢复,加速炎症的消退^[1],对减轻梗阻症状有比较明显的疗效。(2)促进炎症消退。EPISBO 是肠壁的一种无菌性炎症反应。应用肾上腺皮质激素不但能减轻肠壁炎症和水肿消退,还能改善循环,稳定内环境。本组病例应用地塞米松 10mg 静注,每天 2 次,连用 3~4d。短期应用并未见发生伤口裂开和应激性溃疡等并发症。(3)加强营养支持。营养支持改善病人的营养状况,纠正低蛋白血症,减轻肠壁水肿,促进伤口愈合。本组采用“全合一”3L 袋,右侧颈内静脉插管输入。有条件者每日静滴 25%白蛋白 20mL,维持到病人能够正常进食后才能逐渐停用。与文献资料对比,本疗法治疗时间短,疗效满意,但治疗费用偏高。

参考文献

[1]黎介寿.认识术后早期炎性肠梗阻的特性[J].中国实用外科杂志,1998,18(7):387~388
[2] 华益慰.浅谈术后早期炎性肠梗阻的诊治 [J].临床误诊误治,2000,13(6):401~402
[3]Bondarenko NM,Perets IV,Bondarenko IN.The immediate results of treating patients with acute early postoperative intestinal obstruction [J].Klin Khur,1993(4):20

(收稿日期:2005-09-06)