

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 例				
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)

金元大家对痹病的贡献

李伟¹ 刘中勇² 王有洪³

(1 江西中医学院 2003 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006;
3 江西省横峰县卫生局 横峰 334300)

关键词: 张从正; 朱丹溪; 李杲; 痹病; 诊疗

中图分类号: R 255.6

文献标识码: A

文献编号: 1671-4040(2006)01- 0079-02

痹病作为中国医学的一个部分, 伴随着传统医学的进步而得以发展。随着《黄帝内经》、《神农本草经》等一系列医学典籍的出现, 中国医学的理论基础和药理学的基础得以奠定, 对于痹病的认识也在此时期初步形成。此后, 随着张仲景《伤寒杂病论》的问世、六经辨证论治体系的提出, 中国医学进入了科学的辨证论治时代, 痹病的辨证论治体系也在此时期开始了它自己治疗上的辨证时代。至金元时期战乱频繁, 人民生活动荡不安, 疾病流行, 痹病的发病率大为增加, 新的病理表现也层出不穷, 出现了金元四大家的学术争鸣局面, 痹病的治疗方法也相应地在此时期有了突破和发展^[1,2]。此时的医学文献中, 对痹病的病因、病机和临床治疗方面提出了新的理论与经验, 为指导医家治疗提供了宝贵的财富。

1 张氏治疗痹病用“攻下”的思想

力主祛邪的“攻下派”代表医家张从正首倡: “痹病以湿热为源, 风寒为兼, 三气杂合而为痹。”这是痹病治疗史上第一次提出痹病与湿热关系的论述。张从正治疗痹病善用汗、吐、下三法, 为后世攻逐邪气的痹病治疗方法提出了依据, 并且积累了实践经验^[3]。例如在运用汗、吐、下三法治疗痹病中, 他认为: 凡风寒邪气, 搏结于皮肤之间, 藏匿于经络之内, 留而不去或走注疼痛, 麻痹不仁以及四肢肿痒拘挛, 可用汗法; 倘风寒、宿食停滞胸膈上部, 可用吐法; 凡寒湿痼冷, 或热邪侵犯下焦, 则应采用泻下或利尿的方法。这些主张为痹病治

疗另辟了蹊径, 令人耳目一新。譬如: 他治验“陈下酒监魏德新, 因赴冬选, 犯寒而行, 真气元衰, 加之坐卧冷湿, 食饮失节, 以冬遇此, 遂作骨痹”一案中, “先以玲珑灶熨蒸数日, 次以苦剂上涌讫寒痰三二升……次以淡剂, 使白术除脾湿, 令茯苓养肾水, 责官桂伐风木……又刺肾俞、太溪二穴”, 前后一个月即“平复如故”。此案可谓运用汗、吐两法治疗痹证的范例。

此外, 张氏在《儒门事亲》中对风、痹、痿、厥四种类证进行了鉴别, 并指出了辨证要领: “夫风、痹、痿、厥四证本自不同, 而近世不能辨, 一概作风冷治之……夫四末之疾, 动而或劲者为风, 不仁或痛者为痹, 弱而不用者为痿, 逆而寒热者为厥, 此其状未尝同也, 故其本源又复大异。”这种与类证比较鉴别的论痹方法, 是痹病学术发展史上第一次有意义的探讨。

2 朱氏从痰浊瘀血论治痹病的思想

金元时期, 滋阴派代表医家朱丹溪, 在痹病的病因学、治疗学方面都有一定建树, 朱氏弃“痹证”、“历节病”、“白虎病”之名不用, 而另立“痛风”一门, 对后世影响颇大。《丹溪心法·痛风》论曰: “痛风者, 四肢百节走痛, 方书谓之白虎历节风证是也。大率有痰、风热、风湿、血虚。因于风者, 小续命汤; 因于湿者苍术、白术之类, 佐以竹沥; 因为痰者, 二陈汤加酒炒黄芩、羌活、苍术; 因于血虚者, 用芍归之类, 佐以红花、桃仁。”

(上接第 54 页)

表 2 2 组堵塞材料取出时鼻腔出血情况 例

组别	n	少量出血	中量出血	较多出血
Merocel 组	45	20	18	7
凡士林纱条组	45	3	27	15
合计	90	23	45	22

注: $\chi^2=17.27, P<0.01$ 。

3 讨论

鼻内窥镜手术后堵塞物的选择和应用, 是鼻内窥镜外科技术的重要组成部分。对堵塞物的要求包括无毒性、顺应性好、易于堵塞和抽取、止血效果佳、病人舒适度良好、经济、有助于黏膜上皮修复等。使用凡士林纱条堵塞, 其好处在于止血效果确切、经济, 可按术者需求塑型, 但堵塞后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, 甚至晕厥。鼻腔黏膜擦伤、糜烂以及术后长时间黏膜水肿也是凡士林纱条堵塞后所引起的问题。

Merocel 实质上是泡沫材料, 主要成分为聚乙烯缩醛或聚乙烯醇, 吸水后体积可膨胀 10 倍, 向四周均匀施压达到止血的作用, 可根据需要裁剪以适合术腔大小, 用于鼻腔、鼻窦

手术后止血, 效果良好, 且术腔堵塞所致的痛苦较小, 舒适度好。但 Merocel 由于吸水后具有不可逆性, 产生的压力无法调节, 故堵塞后仍可引起头痛; 对术中出血量大者止血效果差, 泡沫材料易黏附血凝块, 取出时可能再出血。Dowley 等^[2]报道用 Merocel 发生过敏导致鼻中隔穿孔及下鼻甲坏死, 本次尚未发现其他不良反应。但由于该并发症后果严重, 应引起临床医师的重视。经过临床观察, 我们认为 Merocel 用于鼻腔、鼻窦术后堵塞的止血效果确切, 副反应较小, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会, 中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会. 慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准(1997 年, 海口)[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1998, 33(3): 134
[2] Dowley AC, Strachan DR. Allergy to Merocel nasal packs causing septal perforation and inferior turbinate necrosis [J]. Laryngol Otol, 2001, 155: 735

(收稿日期: 2005-06-27)