

芒硝 15g(冲)、炒莱菔子 30g、木香 15g、桃仁 10g、牛膝 10g，宽肠理气汤(适用于病情较轻者)：香附 9g、桃仁 9g、小茴香 9g、郁李仁 9g、当归 15g、肉苁蓉 30g。(4)足三里穴位注射新斯的明 0.25~0.5mg。(5)中药或肥皂水洗肠。

1.3 治疗效果 梗阻解除指征：自觉腹痛明显减轻或基本消失，通畅的排气排便，腹胀明显减轻或消失，高调肠鸣音消失，腹部平片显示气液平消失。结果 20 例中除 1 例并发绞窄性肠梗阻中转手术外，均取得满意疗效，总有效率 95%。

2 讨论

粘连性肠梗阻多为手术后引起，阑尾炎及胃肠道手术后多见，腹膜及肠管的炎症疾病，如结核性腹膜炎、肠系膜淋巴结核也是形成粘连的常见原因。中医学对此病早有记载，属于“关格”和“肠结”一类疾病，症见潮热、谵语、大便秘结、腹部胀满硬痛拒按或高热神昏，舌苔厚黄而干，脉沉实有力。中药治疗以通里攻下为主，辅以理气开郁及活血化瘀等法，使腹气通畅，则诸症可解。本院对症状较重者采用复方大承

气汤，方中大黄苦寒，泻热通便、荡涤肠胃为主药；辅以芒硝咸寒泻热、软坚通便，两热相伍，泻下除热；配伍枳实、厚朴消痞除满，破气散结，使气行便通。本方泻下药与行气药合用有峻下热结之功，使胃气承顺下方，但药力颇峻，对老弱病者及孕妇，当慎用或禁用。

若在治疗过程中发现有以下情况者即应考虑绞窄性肠梗阻，及时中转手术。(1)腹痛发作急骤，呈持续性加重，且伴有腰背痛，呕吐早而持续。(2)病情发展快，早期出现休克，抗休克治疗改善不明显。(3)有明显的腹膜刺激征，体温、脉搏、血白细胞计数逐渐上升。(4)腹胀不对称，腹部触及有压痛的肿块。(5)呕血，便血，直肠指诊指套有血，腹腔穿刺可抽出棕红色臭液。(6)胃肠减压后腹痛不减，经输液治疗后，缺水、血浓缩改善不明显。(7)X 线检查，腹部可见孤立、突出胀大肠袢不因时间而改变。

(收稿日期：2007-04-11)

经胃管注入“泛影葡胺注射液”X 线透视协助确定粘连性肠梗阻手术时机的临床分析 *

邱招涨 林进喜 欧世州 施昌村
(浙江省温州市苍南县第二人民医院 苍南 325802)

关键词：粘连性肠梗阻；泛影葡胺注射液；X 线透视
中图分类号：R 574.2 文献标识码：B 文献编号：1671-4040(2007)06-0074-01

肠梗阻临床上发病率较高，尤其是术后粘连性肠梗阻，占各类肠梗阻 20%~40%^[1]，其中 80%为手术后引起，是否手术、手术时机的选择，仍是一个较为困难的问题。我院自 2005~2006 年，对 50 名粘连性肠梗阻病人胃管注入“泛影葡胺注射液”，并 X 线跟踪 6~12h，从而选择手术时机，取得较满意的成果。现报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 36 例，女性 14 例；年龄 15~75 岁；就诊时间为发病后 1~5d。伴有不同程度脱水、离子紊乱者 20 例。经胃肠减压、补液、灌肠及中西医结合治疗不见好转，而行手术治疗 40 例，占 80%；非手术治疗 10 例，占 20%。

1.2 操作方法及结果 病人经胃肠减压后，充分吸出胃液及食物残渣。再将 60%~75%泛影葡胺注射液 60~80mL，经胃管缓慢注入胃内，夹住胃肠减压管，防止造影剂流出，让病人半卧位或离床活动 10~15min，约半小时后在 X 线下观察泛影葡胺达到的位置。以后每小时观察 1 次，一般 3h、6h、12h 各摄片一张。当药物出现在肠管内受阻后，仍需严密观察，并结合临床的症状和体征，如 6~12h 受阻药物完全不能通过或仅有极少部分通过梗阻部位，应手术治疗。如造影剂通过受阻部位缓慢，或大部分可以通过，仍可行中西医结合的非手术疗法。检查治疗结果见表 1。

2 讨论

粘连性肠梗阻的手术时机选择，应持有慎重态度，因为

表 1 造影前后 X 线透视协助确定手术时机效果

液平面位置 / 例		判断梗阻部位 / 例	术中梗阻部位 / 例	术前与术中相一致 / 例(%)
造影前	上腹部:15,中腹部:5,下腹部:20	空肠:15,回肠:25	空肠:19,回肠:21	32(80)
造影后	上腹部:15,中腹部:10,下腹部:15	空肠:19,回肠:21	空肠:19,回肠:21	40(100)

随着手术次数的增多，导致粘连性肠梗阻发病率也会增高，手术难度随着加大。所以粘连性肠梗阻的病人在临床上多采用禁食、胃肠减压、纠正水盐失调、灌肠、中药治疗等措施。并严密观察病情，结合造影前 X 线表现决定是否需要手术。但对一些老年、儿童、体弱及疼痛反应不甚敏感的病人或过度敏感的病人往往造成临床的假象，或出现不应采取的手术方法，或失去了早期手术时机，不但给手术造成了一定困难，同时也加重了病情，及术后并发症的发生。我院采用的“泛影葡胺注射液”经胃管注入，能在严密观察病人的生命指征和临床体征的同时，增加了一个客观指标，从而对病人是否手术及手术时机的选择，提供了可靠的依据。且此方法对病人无痛苦，操作方便，经济实惠，而且不影响病人的其他处置，特别是影像学上可以确定梗阻的部位^[2]，从而也可以帮助确定手术切口部位，对确定病人是否手术及手术时机的选择是可行的，值得推广。

参考文献

[1]吴在德,吴肇汉.粘连性肠梗阻[M].北京:人民卫生出版社,2003.480
[2]张小鹏,孙应实.影像技术在胃肠外科中的应用[J].中国实用外科杂志,2004,24(11):656

(收稿日期：2007-04-19)

* 浙江省苍南县科学技术局课题(编号:2005S32)