

腹部手术后早期肠梗阻 15 例诊治分析

胡耿东

(浙江省慈溪市第二人民医院 慈溪 315315)

关键词:腹部手术;炎性肠梗阻;诊断;治疗

中图分类号:R 619.9

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)04-0059-02

术后早期肠梗阻是腹部手术后较为常见的并发症,有多种类型,有时很难作出判断。各型在处理上又有所不同,需在观察治疗过程中早期作出诊断,掌握手术指征。诊治的延误,可使病情发展加重,甚至出现肠坏死、腹膜炎等严重情况。我院从 2001~2006 年在 750 例腹部手术后共诊治术后早期肠梗阻 15 例,现结合文献报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院从 2001~2006 年在 750 例腹部手术后共诊治术后早期肠梗阻 15 例,其中男性 9 例,女性 6 例,年龄 20~86 岁,平均年龄 48.5 岁。急性阑尾炎坏死穿孔腹膜炎术后 9 例,急性胃十二指肠溃疡穿孔修补术后 2 例,急性坏疽性胆囊炎行胆囊切除术后 1 例,小肠及系膜损伤术后 1 例,急性盆腔炎引流术后 2 例。术后 1 周内出现肠梗阻 12 例,术后 1~2 周出现肠梗阻 3 例。主要症状为腹胀 15 例,恶心呕吐 8 例,腹痛 10 例,肛门停止排便排气 13 例。腹部平片均显示肠管扩张、液平。腹部 CT 示肠壁水肿、增厚 11 例。

1.2 治疗方法 15 例患者开始均行保守治疗,予禁食、胃肠减压、抗感染、纠正水电解质平衡和肠外营养支持。保守治疗 24~48h 后出现典型机械性肠梗阻症状,腹部体征可见肠型及蠕动波,X 线片可见局部宽大液平,并较前加重,考虑为机械性肠梗阻,予中转手术治疗。保守治疗过程中,肠梗阻症状、

1.3 治疗方法 取足太阳经和足少阳经穴为主,取穴如下:肾俞,大肠俞,气海俞,腰俞,环跳,阳陵泉,委中,悬钟,阿是穴。按其所在部位的肌肉丰厚程度不同,选用 1.5~4 寸的 32 号针灸针,患者俯卧位,胸腹贴床卧平,使其腰部肌肉充分放松。穴位常规消毒后快速刺入,得气后接 D860 型电针用疏密波留针 30min,并配合穴位拔火罐,每次取 4 个不同的穴位。针刺每日 1 次,14 次为 1 个疗程。

1.4 疗效标准 参考 1994 年国家中医药管理局主编的《中医病证诊断疗效标准》,治愈:腰腿痛消失,直腿抬高 70° 以上,能恢复原来工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;未愈:症状体征无改善。

1.5 治疗结果 经治疗 1~2 个疗程,显效 40 例,占 69.0%;好转 14 例,占 24.1%;无效 4 例,占 6.9%。总有效率 93.1%。

2 讨论

本病属中医“腰痛、痹症”范畴。《灵枢》曰:“膀胱太阳之脉,夹脊抵腰,是动则病,脊痛腰以折。”可见该症以腰腿痛为标,肾虚为本。另外,腰腿痛与风寒湿邪侵入有关,多因腠理空虚,复感风寒湿,阻滞经络,经道痹阻,气血失调,或外力所伤,气血瘀滞于经脉,络瘀则痛。因此,针刺腰部肾俞、大肠俞、气海俞、腰俞配下肢环跳、阳陵泉、委中、悬钟等,可达通经活络、活血祛瘀、化痰止痛效果。拔罐以助针力扶正祛邪,行气活血,疏通经络,达到缩短疗程的目的^[2]。我们采用疏密波在电针治疗中不易产生适应性反应,对止痛的效果较好。

体征无明显加重,腹部 CT 示肠壁水肿、增厚为主,考虑为炎性肠梗阻,保守治疗,直至肠功能恢复。

2 结果

本组患者中 4 例保守治疗无好转,转手术治疗,术中见束带粘连内疝形成 2 例,后腹膜血肿压迫引起梗阻 1 例,盆腔炎症性包裹粘连引起小肠与盆腔粘连成角 1 例,均经手术处理后痊愈。考虑炎性肠梗阻 11 例,其中 2 例老年人急性坏疽性阑尾炎穿孔,弥漫性腹膜炎术后出现肠麻痹,临床表现为高度腹胀,肛门停止排便排气,X 线片示小肠广泛胀气,液平,经保守治疗后第 7 天恢复排气,症状缓解。9 例患者术后 2~4d 均有肛门排气,进食后又出现腹胀,肛门停止排气排便,腹痛相对较轻,X 线示小肠多个气液平面,CT 片示肠壁增厚、水肿,考虑炎性肠梗阻,经保守治疗,7 例在 8~14d 内缓解,2 例在 14~21d 缓解。

3 讨论

术后早期肠梗阻是腹部手术后常见的并发症,一般是指术后 30d 内肠蠕动恢复后再次出现腹痛、呕吐及影像学存在肠梗阻的表现的一组临床综合征^[1]。术后早期肠梗阻可以由腹内疝、肠扭转、吻合口狭窄、肠壁血肿等机械因素造成;也可以是腹腔内炎症、广泛粘连形成的一种机械性与动力性同时存在的炎性肠梗阻,二者有时较难区别^[2]。如果误将炎性肠

腰椎间盘突出症术后局部组织缺血缺氧,形成无氧代谢环境,释放出糖蛋白及类组胺物质等,形成刺激,产生无菌性炎症,造成粘连,卡压神经根,致神经缺血,兴奋阈值降低,轻刺激即产生疼痛。现代医学研究表明,针刺对血管的舒缩功能和毛细血管的通透性有一定的调整作用,可以改变病灶的微循环和淋巴循环,促使炎性渗出物吸收;针刺还可以刺激神经,促进局部血液循环,解除局部肌肉痉挛,消除神经根部的肿胀,减轻椎间隙的压力,缓解神经根的压迫,进而清除无菌性炎症,使疼痛得到快速缓解^[3]。亦有学者认为,针灸治疗腰腿痛的机理与针刺的镇痛作用及通过促进外周炎性组织阿片肽的释放而发挥免疫调控作用有关。

治疗期间要求患者卧硬板床休息,注意腰部保暖,嘱患者平时加强腰肌的锻炼,以增强腰椎的稳定性,必要时佩带腰带保护,避免复发。综上所述,针刺结合拔罐是一种疗效较好的方法,具有镇痛快、症状改善明显、治疗方便、疗程短、无毒副作用等特点,值得临床推广。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 202
- [2] 聂丽华. 理疗配合针刺治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2006, 6(6): 69-70
- [3] 陈伟峰. 针灸治疗腰椎间盘突出症的研究[J]. 黑龙江中医药, 2006, 20(5): 35-37

(收稿日期: 2007-12-19)

消痔灵治疗坐骨结节囊肿 67 例疗效分析

石瑜 田斌 陈欣 王巍松 严光亮

(浙江省诸暨市红十字医院 诸暨 311800)

关键词:坐骨结节囊肿;消痔灵;治疗

中图分类号:R 681.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)04-0060-01

我们于 1998 年 1 月~2007 年 5 月,对 67 例坐骨结节囊肿采用消痔灵注射液囊腔内注射治疗,取得显著疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 67 例,男 41 例,女 26 例,年龄 51~82 岁,平均 63.5 岁。所有患者均根据临床症状、体征、B 超检查等确诊。囊肿直径 5~14cm,其中 >10cm 者 28 例,占 41.79%。病程 6 个月~14 年,平均 6 年。

1.2 治疗方法 患者取俯卧位,垫高会阴部及胸部,术野消毒,铺巾,用 1%利多卡因 2mL 于囊肿中心点作局部浸润麻醉,用左手拇指、食指固定囊肿,取 50mL 带 8 号针头的注射器进行穿刺,进入囊腔时常有明显的落空感,抽尽囊液,固定针头,取下注射器,吸取术前已配制好的 2:1:1 药液,即消痔灵 2 份、2%利多卡因 1 份、生理盐水 1 份反复冲洗,直至囊内冲洗液清晰为止。然后向囊腔内注入 2:1:0.5 之混合液(消痔灵 10mL,2%利多卡因 5mL,地塞米松 2.5mL),注入量为抽出囊腔内液体 1/5,但最多不超过 15mL。注药完毕拔出针头后轻压穿刺点 5min 左右,无菌纱布加压包扎,并嘱患者换体位,以使药液与囊壁充分接触。一般间隔 1 周,根据囊肿缩小情况重复治疗,直至治愈。

1.3 疗效判断标准 以治疗前后囊肿大小的变化来判定疗效,囊肿缩小 1/3 为有效,缩小 2/3 为显效,囊肿消失为治愈。

1.4 疗效 一次注射后均达有效,有效率为 100%;显效 49 例(73.13%),治愈 16 例(23.88%)。二次注射后治愈 37 例(55.22%)。三次注射后治愈 11 例。3 例患者在反复穿刺注药治疗 5 次后,肿块虽明显缩小,但仍不能消失,故转手术切除,术中发现囊肿呈多房性,接受注药的囊壁组织已坏死,说梗阻诊断为机械性肠梗阻而再次手术,由于肠管脆性增大,极易受到损伤,可能使梗阻症状加重,甚至造成严重的手术并发症。反之,将机械性肠梗阻误认为炎性肠梗阻进行保守治疗,可能延误手术时机,同样造成严重的后果。所以,对术后早期肠梗阻判断出是炎性肠梗阻,还是机械性肠梗阻对下一步治疗显得尤为重要。术后早期肠梗阻 90%以上为炎性肠梗阻,而由肠粘连、肠扭转、内疝、局部压迫等所致机械性肠梗阻不足 10%^[3]。术后早期炎性肠梗阻发生的时间较为固定,多发生在术后 2 周内,这是由创伤后炎症反应的病理变化决定的。术后早期炎性肠梗阻因肠祥广泛粘连水肿,因此肠管扩张不明显,亦见不到肠型和蠕动波,触不到明显的肠祥或腹部包块,腹胀或膨隆不明显,叩诊多为实音,肠鸣音减弱、稀少甚至消失,更听不到气过水声或金属音。全腹 CT 对术后早期炎性肠梗阻诊断具有重要价值,CT 显示肠壁水肿、增厚粘连,肠腔积气,动态观察有助于了解病情进展情况^[4]。

笔者体会:术后早期肠梗阻多数是由于粘连与炎症引起的炎性肠梗阻,引起绞窄者较少见,治疗宜先行保守治疗。在

明多房囊腔影响治疗效果。

1.5 随访 67 例患者全部随访,随访时间 6 个月~8 年。随访患者均经触诊及 B 超检查,未见复发,亦未出现并发症。但其中 3 例患者由于年龄因素及患者其它疾病,分别于术后 3、4 和 6 年死亡。

2 讨论

坐骨结节囊肿又称坐骨结节滑囊炎,主要原因是长期的局部慢性刺激所致。由于滑囊较深,手术野距坐骨神经近,且接近肛门,容易污染,加上手术切口又在负重区,坐时瘢痕可有疼痛,一般多采用非手术疗法和预防措施,常用四环素、氯化可的松或无水酒精局部穿刺注药进行治疗,但疗效往往不确切。而本法治疗效果满意,无并发症,且操作简便,费用低廉,不失为一种新的治疗方法。

消痔灵注射液由五倍子和明矾组成,精制后的主要有效成分为鞣酸、硫酸钾铝和三氯叔丁醇^[1]。鞣酸具有较强的收缩性,能使蛋白质凝固,血管收缩,并对多种细菌有抑制作用;硫酸钾铝对局部组织产生较强的致炎作用,使组织产生轻、中度纤维化、囊腔粘连消失。利多卡因可减轻局部刺激性疼痛。地塞米松可抑制囊壁渗出,故三药合用可提高疗效。

手术操作时应注意以下两点:(1)操作仔细认真,注射消痔灵药液前,需确定针头在囊腔内,以免药液外漏致周围组织坏死;(2)注射治疗后,要密切观察囊肿情况,及时重复治疗,以求彻底治愈。

参考文献

[1]石瑜.消痔灵治疗甲状腺囊肿 15 例[J].中国中西医结合外科杂志,2000,6(5):349

(收稿日期:2007-12-29)

治疗过程中,动态观察病情变化,复查 X 线、CT,一旦出现体温持续升高,腹痛、腹胀进行性加剧或出现机械性肠梗阻及腹膜炎体征时,则应及时中转手术,避免肠管绞窄坏死。治疗炎性肠梗阻要有耐心,持续保守至少 2 周,同时应严密观察病情变化,掌握手术指征,以减少并发症的发生。保守治疗过程中,肠外营养支持(TNP)不但是一种支持手段,更是重要的治疗措施,促进肠壁水肿消退和梗阻缓解,营养支持一直要维持到病人能够正常进食后才能逐渐停用。

参考文献

[1]李幼生,黎介寿.再论术后早期炎性肠梗阻[J].中国实用外科杂志,2006,26(1):38-39
[2]Ellozy SH, Harris MT, Bauerj J,et al.Early postoperative small bowel obstruction: a prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations[J].Dis Colon Rectum, 2002,45(9): 1 214-1 217
[3]黎介寿.认识术后早期炎性肠梗阻的特征[J].中国实用外科杂志,1998,18(7):387
[4]吴介平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,1999.1 072

(收稿日期:2008-03-21)