

中西医结合治疗术后炎性肠梗阻的临床观察

程进新 董应光 占仁开 方永红 赵锦河

(江西省婺源县中医院 婺源 333200)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗术后炎性肠梗阻的临床效果。方法:选择诊断病例 28 例,采用胃肠减压、抗炎、生长抑素(善宁)、地塞米松、纠正水电解质、酸碱平衡等方法并加服活血承气汤治疗。结果:28 例术后炎性肠梗阻病人均获治愈。治愈时间 3~10d,平均 6.5d。结论:术后炎性肠梗阻多发生在术后 4~10d,中西医结合治疗效果良好。

关键词:肠梗阻;中西医结合疗法;生长抑素;激素;活血承气汤

中图分类号:R 619.9

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0036-02

术后炎性肠梗阻是腹部术后并发肠梗阻中一种易被忽视的类型,有别于一般粘连性肠梗阻,系在腹部手术后早期由于手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出而形成的一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻,其发病率为 0.69%~14%^[1]。常见于手术范围大、肠管暴露时间长、腹腔污染重的病例,特别是术后未注意饮食,早期进食油腻荤类食品,如:鱼、蛋、猪肝等,使胃肠消化液分泌增加,肠壁水肿、渗出加重^[2],而使病人在肛门排气后再度梗阻,并且突发加重。我院自 2003~2008 年对腹部手术后发生炎性肠梗阻病人 28 例采取中西医结合的方法进行了非手术治疗,效果显著。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 28 例,其中男性 19 例,女性 9 例;年龄最大 78 岁,最小 10 岁,平均 48.2 岁。均有重要作用。但单纯的西医治疗效果并不理想。

通过胃镜向输出祥注气刺激了空肠蠕动功能的恢复可使病情好转,同时对胃壁也是一种适度的刺激,本组有 5 例单纯经 1~2 次胃镜检查后病情很快好转。此外,还可通过胃镜将营养管置入远端空肠行肠道营养支持,因此,胃镜不仅是检查方法,同时也是一种有效的治疗措施。中医认为,胃大部切除术后脾失健运,胃失和降,传导失司,食水停滞,加之脉络受损,气滞血瘀。方中党参、炙黄芪、焦白术、炙甘草健脾益气,促进胃肠功能恢复;半夏、枳实、厚朴、陈皮理气化湿,降逆止呕,调畅气机,促进胃肠蠕动功能;大黄、炒莱菔子、当归、三棱、莪术活血化瘀,恢复残胃和吻合口血供,改善微循环,促进吻合口炎症吸收和水肿消退^[3]。现代药理学研究证实黄芪能延长小肠峰电位和发放时间,促进十二指肠、空肠运动和紧张度^[4]。大黄能显著提高结肠带平滑肌细胞的电兴奋性,增加慢波和峰电位发放频率,从而促进其收缩运动^[5]。枳实通过调节小肠平滑肌钙离子浓度,既可降低胃肠平滑肌张力以达解痉作用,又可兴奋胃肠,增强逆蠕动^[6]。针刺穴位可调节

岁;阑尾穿孔、弥漫性腹膜炎行阑尾切除术 10 例,胃、十二指肠溃疡穿孔行修补术 8 例,胆源性胰腺炎、化脓性胆管炎手术 6 例,胃癌根治术 2 例,外伤性肠破裂肠修补术 2 例。

1.2 临床表现 本组病例术后炎性肠梗阻均发生于术后 4~10d,其临床症状以渐进性腹胀、肛门不排气和不排便为主,或肛门排气、排便后因进食不当,再次突发腹胀、腹痛,可满腹胀痛、压痛、腹肌紧张,甚至见肠型,X 线腹部摄片提示肠管不同程度的扩张,或有小的液平。

1.3 治疗方法 本组 28 例术后炎性肠梗阻患者均经中西医结合非手术治疗。西医治疗:胃肠减压,抗炎,维持水、电解质、酸碱平衡,应用善宁、地塞米松以及胃肠外营养支持治疗。中医治疗:肠鸣音未恢复前给活血承气汤(大黄 10g、厚朴 10g、枳实 9g、党参 10g、桃仁 10g、红花 10g、血见愁 10g、泽兰叶 10g)以恢复胃肠功能。

本组胃大部分切除术后胃瘫在采用一般治疗的基础上,加用胃镜联合中医治疗,治愈时间最长 21d,平均 11d。胃镜联合中医治疗胃大部分切除术后胃瘫能明显提高疗效,且起效快,疗程短,副作用少,易于开展,值得临床上推广。

参考文献

[1]秦新裕.胃十二指肠溃疡外科治疗不同术式与胃肠动力的关系[J].中国实用外科杂志,1998,18(1):59-60
[2]蔡一亭,秦新裕.根治胃大部分切除术后胃瘫 15 例临床分析[J].中国实用外科杂志,1999,19(6):338-340
[3]陈世荣,林锋.胃术后胃瘫综合征 16 例诊断与治疗体会[J].实用医学杂志,2001,17(2):137-138
[4]Yeo CJ, Barry MK, Sauter PK, et al.Erythromycin accelerates gastric emptying after pancreatoduodenectomy. A prospective, randomized, placebo-controlled trial[J].Ann Surg,1993,218(3):229-237
[5]于庆生,张福忠,唐雄荣,等.中药小肠滴注对胃切除后残胃排空延迟的影响[J].中国中西医结合杂志,1995,15(1):31-32
[6]杨德治,毕庆和,丁露玲,等.黄芪对小肠电活动的影响[J].中国中西医结合杂志,1993,13(10):616-618
[7]杨文修,金正根,许文晓,等.大承气汤和大黄对豚鼠结肠带平滑肌细胞电活动的影响[J].中国中西医结合杂志,1993,13(1):34-46
[8]李岩,陈苏宁,陈少夫,等.柴胡枳实合剂对健康人胃排空、小肠推进功能及血中胃动素、胃泌素水平的影响[J].中国中西医结合杂志,1996,16(10):622

(收稿日期:2009-04-27)

同期治疗前列腺增生症合并腹股沟疝

王能斌 廖军 郭军
(武警水电二总队医院 江西新余 338000)

摘要:目的:探讨经尿道前列腺切除术(TURP 联合 TUVp)同时行无张力疝修补术治疗前列腺增生并腹股沟疝的效果。方法:22 例前列腺增生合并腹股沟疝患者在硬膜外麻醉下 TURP 联合 TUVp 同时行无张力疝修补术。结果:无切口感染,无尿失禁,术后最大尿流率均>15mL/s,IPSS 评分由术前平均 23.1 分降至术后均<8 分。随访 1~48 个月,平均 22 个月,无疝复发。结论:TURP 联合 TUVp+ 疝补片同期治疗 BPH 并腹股沟疝,疗效良好,可避免二次麻醉、二次手术的痛苦、风险以及经济负担,特别是对高龄 BPH 并腹股沟疝同时又并其他内科疾患的病人,更显示出其优越性和实用性。

关键词:前列腺增生症;腹股沟疝;经尿道前列腺切除术;无张力修补术

中图分类号:R 697.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0037-02

前列腺增生症(BPH)是男性老年人的常见病,由于长期依靠增加腹压帮助排尿,且老年患者腹壁比较薄弱、肌腱组织萎缩,故常并发腹股沟疝。我科自 2005 年 6 月~2009 年 5 月采用经尿道前列腺汽化切(TUVp)联合电切术(TURP)+ 疝补片同期治疗

BPH 并腹股沟疝 22 例,效果满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 22 例 BPH 病人,年龄 61~84 岁,平均 71.8 岁。疝均为可复位疝,其中斜疝 18 例,直疝 4 例;单侧 20 例,双侧 2 例。有尿潴留史者 12

10g) 150~200mL,灌肠,1d 2 次,肠鸣音恢复后胃管注入活血承气汤 100mL,闭管 2h,1d 2 次;中药渣打包外敷脐部,并加热水袋恒温热敷 4~6h。同时用血塞通 0.4g 加入 5%葡萄糖 250mL 中静脉点滴,1d 1 次。密切观察病情变化,尤其是腹部体征变化,若出现明显的机械性梗阻,或绞窄性梗阻征象,或腹部平片液平进一步增多、增大时应中转手术治疗。

1.4 结果 28 例患者均经保守治疗治愈,治疗时间最短 3d,最长 10d,平均 6.5d。

2 讨论

术后炎性肠梗阻主要因腹部手术的创伤或腹腔内炎症等因素而导致肠壁的广泛水肿以及炎性渗出形成一种机械性与动力性并存的粘连性肠梗阻,腹膜在受到手术或炎症刺激后,会发生一系列免疫反应,产生细胞坏死因子、转移因子、白三烯等,导致腹腔脏器的粘连^[3,4]。这是一种腹膜的防御反应,随着炎症的消退,渗出液的吸收,肠壁水肿也逐渐减轻,肠功能才能得以恢复,在肠蠕动肠功能恢复初阶段,应以清淡流质、软食为主,配合足三里注射 VB₁、VB₆ 可促进胃肠功能的恢复^[5,6]。

中医认为肠道为传化之腑,“以通为用、以降为顺”,术后肠道气机痞结、气滞血瘀,通降功能失调,导致肠内容物不能顺利通过而引起梗阻,以痞、满、燥、实、瘀为主证,临床治疗予活血承气汤,活血化瘀、通里攻下为主。方中桃仁、红花、血见愁活血化瘀、党参补气配合枳实以行气,气行血则行,从而促进了小承气的通里攻下作用,减少腹膜炎时肠道内细菌和毒素的移动,降低血液中细胞因子水平,升

高超氧化物歧化酶水平,促进腹腔的吸收功能,抑制其渗出,保护肠粘连通透性,改善肠黏膜屏障功能,改善小肠组织的血液灌流^[7]。该方能促进病肠功能恢复,排气排便,但不等于术后炎性肠梗阻就痊愈,腹腔炎症越重者,肠道功能完全恢复时间越长,甚至 2~3 个月,所以服用活血承气汤时间要长,使大便次数每天保持 2~3 次。食欲正常,舌苔不腻,无腹胀、腹痛为治愈,但仍要以清淡饮食为主,1~3 个月内禁荤食补品。

血塞通针剂主要成分为三七总皂苷,具有扩张血管、抑制血小板集聚、降低血液黏度、活血化瘀及消炎止痛等作用,早期应用能改善肠壁血液循环,降低通透性,从而减轻肠壁水肿,促进肠蠕动恢复。中西医结合治疗炎性肠梗阻简便易行,安全可靠,无毒副作用,最大程度减少中转手术机率。该方法应用越早,临床效果越好,对腹腔感染严重的腹部手术病人,可术后及时给予预防性用药。

参考文献

[1]黎介寿.熟悉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
[2]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
[3]蒋申战,高成绩.术后早期炎性肠梗阻 23 例临床分析[J].河北医学,2006,12(2):164
[4]张晓鹏.肠梗阻 CT 与螺旋 CT 诊断[J].中国实用外科杂志,2000,20(3):190
[5]Sajja SB, Schein M. Early postoperative small bowel obstruction[J]. Br J Surg, 2004, 91(6):683-691
[6]吴伟兵.中西医结合治疗肠梗阻[J].中国临床医生,2003,31(10):40
[7]朱维铭,李宁.术后早期炎症性肠梗阻的诊治[J].中国实用外科杂志,2000,20(8):456

(收稿日期:2009-05-04)