

腹部手术后并发急性阑尾炎 10 例报告

付荣明

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

关键词: 手术后并发症; 阑尾炎; 诊断; 治疗

中图分类号: R 656.8

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)05-0061-02

阑尾炎是普通外科常见病、多发病,但腹部手术后早期伴发急性阑尾炎并不多见,并且其临床表现与一般阑尾炎无明显差异,因此当腹部手术后出现阑尾炎相应的临床症状时,临床医生仍会过多地考虑原发病手术或其并发症而致延误诊断,或导致更加严重的并发症发生。我院于 2001 年 1 月~2007 年 8 月共治疗腹部手术后并发急性阑尾炎 10 例,均经外科手术治疗,效果满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 10 例中,男性 7 例,女性 3 例;年龄 15~68 岁。原发病手术:溃疡病穿孔胃大部切除术 1 例,胃癌根治手术 3 例,乙状结肠癌根治术 2 例,原发性肝癌左半肝切除术 1 例,粘连性肠梗阻粘连松解术 1 例,外伤致小肠破裂部分小肠切除吻合术 1 例,卵巢肿瘤切除术 1 例。

1.2 临床表现 原发病手术距阑尾炎手术时间间隔 7~15d,出现阑尾炎症状至阑尾切除术的时间为 4h~3d。10 例中发病时表现为转移性右下腹痛 1 例,局限性右下腹痛 6 例,全腹痛 3 例,发热 9 例,其中高热 3 例,恶心、呕吐 3 例。体征:10 例均有右下腹压痛,反跳痛 7 例,表现为右下腹局限性腹膜炎 4 例,弥漫性腹膜炎 2 例。白细胞计数均有不同程度的升高,超过 $15 \times 10^9/L$ 有 4 例。

1.3 治疗及效果 本组患者均采用手术治疗,证实均为急性阑尾炎。考虑急性化脓性或坏疽性阑尾炎,采用麦氏切口,坏疽穿孔性阑尾炎并腹膜炎的选用腹直肌旁切口,行剖腹探查切除阑尾,术后均(0.05),主要是因为老年人心血管应变能力减弱,心肌产生退行性改变,心肺代偿能力差,对于手术创伤、麻醉、失血等耐受力差。(2)术前心电图异常者心律失常发生率显著高于心电图正常者($P < 0.05$)。(3)肺功能减低的患者术后心律失常发生率略高于肺功能正常者,但差异无统计学意义($P > 0.05$),可能与入选患者均经过严格挑选,肺功能大多属于轻度减低有关。(4)手术时间 $\geq 4h$ 者发生心律失常的可能性显著增加($P < 0.01$)。Oka 等^[3]研究指出,手术后发生有威胁的心脏并发症,麻醉和手术时间过长是明显的危险因素。

肺切除术后心律失常的防治重点在于注重临

恢复良好,痊愈出院。7 例切口一期愈合,3 例因切口感染延迟愈合。术后病理检查确诊,化脓性阑尾炎 8 例,坏疽穿孔性阑尾炎 2 例。

2 讨论

术后急性阑尾炎是指因其他疾病手术后 1 个月内发生的急性阑尾炎,一般常见于首次手术后 10d 内,可见于胸部、颅脑或者血管手术后,但以腹部手术后发病多见^[1],我们统计的 10 例均发生于腹部手术后。虽然术后急性阑尾炎的发生率较低,但是因为该病的临床表现无特异性,且腹痛、发热、消化道症状等表现又常被原发病术后常见不适感所掩盖;术后抗生素的应用也可能掩盖阑尾炎的发热,抑制阑尾炎的炎症过程,临床上很易被忽略。结合我们的经验及相关文献报道,我们认为术后急性阑尾炎可能有以下几个方面的原因:有慢性阑尾炎病史,术后病人抵抗力下降^[2];术前合并腹膜不同程度炎症及腹腔积血,细菌可直接侵入阑尾壁;手术操作导致血源性或淋巴源性细菌播散或手术操作致阑尾组织副损伤,而引起阑尾炎症;手术后应激反应,阑尾肌层痉挛引起阑尾缺血继发细菌感染而致病^[3];术后肠蠕动减缓,粪便滞留时间延长,部分可进入阑尾腔造成阑尾梗阻而发病。

术后急性阑尾炎有以下临床特点:(1)发病率较低,且临床表现与一般阑尾炎相比,缺乏特异性,易受原发病手术的影响而被忽视。(2)术后继发性阑尾炎者多具有慢性阑尾炎病史。(3)继发性阑尾炎在做出明确诊断时多已经呈化脓性或坏疽性。床观察,早期防范,对于异常心电图要做出及时判断,对高危人群术前做细致的评价及围手术期处理,术后重点监护,心律失常高发期密切观察,降低诱发因素,从而有效控制心律失常的发生,使患者早日康复。

参考文献

- [1] 明明艳,刘锐.胸部外科手术后心律失常及预后[J].山西医药杂志,1997,26(5):409-410
- [2] 王彤,刘宝清.对胸外科术后发生快速心律失常诱因之探讨[J].中国药物与临床,2003,3(3):269-270
- [3] Oka T, Ozawa Y, Ohkubo Y. Thoracic epidural bupivacaine attenuates supraventricular tachyarrhythmias after pulmonary resection[J]. Anesth Analg, 2001, 93(2):253

(收稿日期: 2009-05-11)

混合痔术后中药换药临床疗效观察

肖慧荣 赖志亨 谢昌营
(江西省中医院 南昌 330006)

关键词: 创面; 混合痔; 肛门洗剂坐浴; 中药换药

中图分类号: R 657.18

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)05-0062-02

2007 年 11 月~2008 年 9 月期间, 笔者对 170 例混合痔术后患者采用了肛门洗剂坐浴、九华丹栓剂塞肛、金黄膏外敷创面换药, 结果取得了较好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 按照 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》确定的混合痔患者 260 例, 并排除糖尿病基础病和 / 或同时进行其他肛肠病手术者, 均采用规范的外剥内扎术式治疗, 术后换药按照随机分组原则分为治疗组和对照组。治疗组 170 例, 其中男 91 例, 女 79 例; 年龄 18~72 岁, 平均(41.2± 5.1)岁; 痔切除数目: 1 颗 25 例, 2 颗 77 例, 3 颗 68 例。对照组 90 例, 其中男 54 例, 女 36 例; 年龄 19~68 岁, 平均(39.8± 6.5)岁; 痔切除数目: 1 颗 19 例, 2 颗 32 例, 3 颗 39 例。两组在性别、年龄及手术基本情况上无统计学差异, 具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 制备 (1)肛门洗剂: 五倍子 20g、黄柏 20g、荆芥 20g、芒硝 10g、白及 20g、桑寄生 30g、白矾 10g, 煎汁 1 000mL, 先熏后坐浴。(2)九华丹栓剂: 滑石 600g、月石 90g、龙骨 120g、川贝 18g、冰片 18g、朱砂 18g, 先制成膏, 再用棉栓做成栓剂, 塞肛用^[1]。(3)金黄膏: 大黄 2 500g、黄柏 2 500g、姜黄 2 500g、白芷 2 500g、南星 1 000g、陈皮 1 000g、苍术 1 000g、厚朴 1 000g、甘草 1 000g、天花粉 5 000g, 制成膏, 外敷肛门^[2]。(4)凡士林油纱条: 适量凡士林制成油纱条, 高压消毒备用。

1.2.2 换药方法 两组术后均取凡士林油纱条敷于创面, 无菌纱布覆盖, 包扎固定。治疗组术后每日

排便后用肛门洗剂先熏后坐浴, 生理盐水棉球清洗创口, 肛内塞九华丹栓, 金黄膏外敷。对照组排便后用 1: 5 000 的高锰酸钾溶液坐浴, 凡士林油纱条外敷。

1.3 结果 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》确定创面愈合时间。治疗组创面愈合时间为 11~15d, 平均 14.5d; 对照组为 17~43d, 平均 20.4d。经统计学处理, 两组对比 $P < 0.05$, 治疗组明显优于对照组。

2 讨论

肛肠病术后换药实际上是手术的延续, 适当的术后处理可以减少或杜绝术后并发症和继发症的发生, 支持手术获得预期的效果。混合痔外剥内扎手术是最常见的肛肠科手术, 创面不宜缝合, 面积较大, 又易受到粪便污染, 1:5 000 的高锰酸钾溶液坐浴, 凡士林油纱条创面换药, 虽能起到保护创面的作用, 却无促进创面愈合的功能。而外用中药换药治疗伤口, 伤口肉芽组织新鲜, 抗感染能力强, 愈合快, 愈后瘢痕挛缩轻^[2]。

混合痔术后创面, 中医学认为是先有创伤, 气滞血瘀, 继有湿、热邪毒侵袭, 湿、热、滞、瘀相与为病, 往往互为因果, 相互夹杂, 致使肛门局部气血运行受阻, 经络瘀滞, 秽邪留恋, 创面疼痛、渗出, 创面旁皮肤水肿有碍气血生化、上皮生长。肛门洗剂中五倍子味酸、涩, 性寒, 能收敛止血、清热; 黄柏味苦, 性寒, 能清热燥湿; 荆芥味辛性温, 能轻扬; 芒硝外用能破血行血, 散结消肿; 白及有消肿、止血、生肌之功; 明矾收敛止血、燥湿; 诸药合用, 药证合机, 相辅相成, 共奏清热燥湿、祛风散结、消肿止痛、收敛止血之功效。九华丹栓剂有消肿止痛、生肌润肤

(4)B 超检查对手术后继发阑尾炎的诊断价值较大。超声可反复动态观察阑尾炎, 不仅给临床医生提供了诊断依据, 还提供了鉴别诊断依据, 应为首选的辅助检查方法^[4]。

腹部手术后早期急性阑尾炎虽属少见, 但应引起重视, 本病重在诊断。临床医生根据临床表现, 详询病史, 同时借助 B 超、CT 等辅助检查, 多可作出正确诊断。因此对腹部手术后出现阑尾炎相关临床表

现的病人, 要积极处理, 尽快查明原因, 排除伴急性阑尾炎的情况, 如果诊断明确则应积极手术治疗。

参考文献

[1]王毓, 王敖. 腹部手术后急性阑尾炎 6 例分析[J]. 中国综合临床杂志, 2003, 19(5): 475
[2]张建民, 刘冬冬. 腹部手术后早期急性阑尾炎 6 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(1): 76
[3]李永国. 急腹症再手术问题[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(4): 196
[4]吴玉琴. B 型超声在急性阑尾炎诊断中的应用[J]. 医学理论与实践, 2007, 20(2): 217

(收稿日期: 2009-05-03)