

术后粘连性肠梗阻保守治疗 25 例

张红莲

(江苏省灌云县伊山镇中心卫生院 灌云 222200)

关键词:粘连性肠梗阻;胃肠减压;灌肠;中药

中图分类号:R 619.9

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.061

粘连性肠梗阻是腹部手术后常见的合并症,除给病人带来极大痛苦外,一旦处理不当再次手术更增加了再粘连的后果。我院 2008~2010 年治疗术后粘连性肠梗阻 25 例,非手术治愈 92%,手术治愈 8%。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 25 例,男 18 例,女 7 例;年龄最小 6 个月,最大 75 岁。发病至入院时间最短 2 h,最长 2 周,2~10 h 10 例,11~72 h 9 例,3 d 以上 6 例。粘连原因:继发于阑尾炎切除术后 6 例,胃大部切除术后 5 例,肠扭转术后 1 例,胆囊术后 4 例,肠癌术后 4 例,其他腹腔术后 5 例。腹痛腹胀 15 例,呕吐 20 例,停止排气排便 25 例,腹部有压痛 15 例,肌紧张 5 例,肠鸣音亢进 21 例,肠鸣音减弱 4 例。腹透有液平面 25 例,血常规 WBC $11 \times 10^{12}/L$ 以上的 19 例, $10 \times 10^{12}/L$ 以下的 6 例,中性粒细胞 79%以上 20 例,78%以下的 5 例。

成功率具有重要意义。

3.3 最佳 PEEP 在救治中的应用 PEEP 纠正低氧血症的作用机制是避免和防止小气道的闭合,减少肺泡萎陷,降低 Q_s/Q_t ,纠正由 Q_s/Q_t 增加所致的低氧血症;增加 FRC,有利于肺泡 - 毛细血管两侧气体的充分交换(O_2 与 CO_2);肺泡压升高,在 FiO_2 不变的前提下,能使 $D(A-a)O_2$ 升高,有利于氧向肺毛细血管内弥散;PEEP 使肺泡始终处于膨胀状态,能增加肺泡的弥散面积,也有助于氧的弥散;肺泡充气的改善,能使肺顺应性增加,在改善肺的通气、弥散、VA/Q 失调的同时,还可减少呼吸做功^[4]。我们早期即采用小潮气量 (6~8 mL/kg) + 最佳呼气末正压 (PEEP)(参数 5~15 cmH₂O) + 快频率 (25~30 次/min) 辅助呼吸,12 例患者均能较快地纠正低氧血症,治疗 1~3 d 脱机,双肺片状阴影 5~7 d 吸收,无迟发性肺水肿、呼吸窘迫综合征等并发症发生。

3.4 小潮气量快频率通气在救治中的作用 淹溺患者限制性通气障碍为主,并伴有弥散功能障碍,增大有效通气量不能纠正缺氧,慢频率使呼气时间相对延长,无疑又加重了心脏负担,而小潮气量、快频率则可减少正压通气对心脏的影响,并通过相对

1.2 治疗方法 本组 25 例,全部进行了保守治疗。予禁食、输液、纠正水电解质紊乱并适当应用抗生素。根据病人全身状况及临床表现,如呕吐次数、腹痛腹胀的程度、腹透、血象综合分析,分别采取胃肠减压、灌肠、服中药治疗。

1.2.1 胃肠减压 20 例,持续时间(至排气排便为止)最短的 6 h,最长的 8 d。6~47 h 12 例,48~72 h 6 例,73 h 以上 2 例。

1.2.2 灌肠 16 例,根据病人的全身状况,用生理盐水或肥皂水,每次 150~2 000 mL,小儿视年龄而定,灌肠的次数 1~3 次 12 例,4~6 次 4 例。

1.2.3 服中药 22 例,口服或胃管注入(注后闭管 2~3 h),200~300 mL,方剂为大承气汤加减,服药次数 1~3 次 15 例,4~6 次 7 例。服后肠鸣音增强者 20 例,肠鸣音无改变 2 例。

1.3 结果 本组非手术治疗术后粘连性肠梗阻 25 例,都采用了综合治疗方法。治愈率 92%,治疗时间

延长吸气时间使呼吸周期中肺泡保持较长时间的张开以改善弥散,得以较快地改善缺氧^[5]。在诊疗过程中,小潮气量快频率通气明显缓解了 PEEP 引起的胸腔内压力增高、回心血量减少,起到了积极作用,快速有效地纠正了低氧血症。

小潮气量 + 最佳 PEEP + 快频率机械通气可减少容积损伤和气压伤,减少机械通气并发症的发生,同时减少由于过度通气引起的血循环抑制障碍,减少对心脏的影响而提高救治的几率。早期机械通气救治淡水淹溺肺水肿疗效肯定,值得临床推广应用。

参考文献

[1]陆再英,钟南山,谢毅,等.内科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.970-972
[2]Locali RF,Almeida MD,Oliveira-Junior IS.Use of the histopathology in the differential diagnosis of drowning in fresh and salty water:an experimental model establishment in rats [J].Acta Cir Bras,2006,21 (4):203-296
[3]宋志芳.现代呼吸机治疗学[M].北京:人民军医出版社,2002.349-357
[4]郭晓东,刁俊龙.有创机械通气救治急性左心衰合并严重肺水肿的临床探讨 [J].中国急救医学,2006,26(12):953-954
[5]江耀广,周红,谢平畅.43 例淹溺急诊救治体会[J].中国中医急症,2010,19(5):871-872

(收稿日期:2012-03-22)

温和灸治疗肛肠疾病术后尿潴留临床观察

吴成成¹ 肖慧荣² 吴咏莉¹ 王慧¹ 谢昌营²

(1 江西中医学院 2010 级研究生 南昌 330004; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:温和灸;委中;关元;中极;肛肠疾病;尿潴留

中图分类号:R 619.9

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.03.062

尿潴留是肛门直肠手术后最常见的并发症之一,国外报道,肛门手术后尿潴留(排尿困难)的发病率为 30%~40%^[1],国内报道,其发生率高达 12%~52%^[2],发生原因可能与环境、心理因素、性别、年龄、疼痛刺激、手术处置和麻醉等有关^[3]。病人通常表现为有排尿感,但欲排而不出或排而不畅呈滴沥,患者坐卧不安,情绪烦躁,下腹坠胀难忍,十分痛苦。近年来笔者通过温和灸灸委中、关元、中极治疗肛肠疾病术后尿潴留疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究采用开放、随机对照的研究(指治疗开始至排气、排便为止)最短 6 h,最长 8 d,6~48 h 13 例,49~72 h 8 例,3 d 以上 2 例。非手术治疗失败中转手术 2 例。

2 讨论

粘连性肠梗阻是腹部外科的一种常见病、多发病。其中约 80%是手术后粘连所致,再次手术并不能消除粘连,相反再次手术必然要形成新的粘连。各型肠梗阻的发病率近年来有明显变化,粘连性肠梗阻跃升为首位,粘连性肠梗阻常因手术、腹腔感染、腹部外伤等引起,尤其是阑尾切除术或盆腔手术后,以结肠手术为最多,可能与腹膜的大面积缺失及肠壁浆膜损伤有关,胃与十二指肠、胆道等手术次之。另外,腹腔污染和炎症,牵拉钳夹肠管使其浆膜层受损,腹腔内异物如手套上的滑石粉、缝线、引流或遗留纱布及腹腔灌注化疗药物等均可引起手术后粘连性肠梗阻^[4]。粘连部位一般都发生在小肠。根据患者既往手术史、临床症状、体征与辅助检查,粘连性肠梗阻确诊并不困难,但需排除术后早期麻痹性或炎性肠梗阻,有时亦需排除占位等相关因素。对于非绞窄的单纯粘连性肠梗阻,大多数患者经非手术治疗可以缓解,这就避免和减少了再次手术增加粘连梗阻的机会^[5],故在临床上尽量采用非手术治疗。

笔者对于全身情况尚可、无明显肠绞窄征象、无典型腹膜炎表现的患者采取非手术治疗,包括禁食、胃肠减压、补液抗炎、纠正水电解质及酸碱失衡、肥皂水灌肠及对症治疗等。胃肠减压一般为

方法,随机数字表由 SPSS11.5 统计软件模拟产生。120 例病例均为我院肛肠科 2010 年 7 月~2011 年 7 月肛肠疾病术后尿潴留病人,分为治疗组、对照组两组。治疗组 60 例,男性 35 例,女性 25 例,年龄 20~65 岁,平均(32.03±8.70)岁;对照组 60 例,男性 39 例,女性 21 例,年龄 18~65 岁,平均(33.72±8.31)岁。两组患者性别、年龄、疾病类型、手术切口、术中术后护理均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组采用温和灸,患者取侧卧位,将艾条点燃同时置委中(双侧)、关元、中极穴上 2~4 d,本组病例在 6 h~8 d,保持胃肠减压通畅,在梗阻缓解、腹痛腹胀消失、肛门排气和(或)排便后夹管 12 h,无不适者拔除胃管;对腹胀不严重患者,我们应用生理盐水或肥皂水,采用低压缓慢、不保留灌肠;胃管注入中药,以通里攻下,辅以理气开郁及活血化瘀,如:炒莱菔子、厚朴、枳壳、川楝子、木香、桃仁、红花、郁金、赤芍、生大黄(后下)、芒硝(冲),浓煎后取 200~300 mL 分次注入胃管(温度在 20℃左右),注入后夹管 2~3 h,若患者出现腹痛加剧并呕吐者,开放胃管,一般情况下,在注药后 2 h 内出现腹痛稍加重,为刺激肠蠕动加强所致,可予以密切观察,在患者出现腹痛加剧并呕吐时,要注意腹部体征,防止并发症的出现及非粘连性肠梗阻的诊断。对有明显肠绞窄征象、典型腹膜炎表现、非手术治疗 48 h 症状未能缓解或加重的患者采取手术治疗,手术方式根据粘连不同类型和程度,分别采取粘连松解术、肠切除术等。结果表明,本组 23 例保守治疗痊愈出院,无死亡病例,疗效满意。总之,对于没有肠绞窄的粘连性肠梗阻患者可先行非手术治疗;对于非手术治疗无效或怀疑有绞窄性肠梗阻的患者,应把握手术时机,选择恰当术式进行治疗。

参考文献

[1]尹杰.肠梗阻 138 例病因分析[J].中国误诊学杂志,2010,10(16): 3 937-3 944
[2]沈魁.提高粘连性肠梗阻的治疗效果[J].实用外科杂志,1986,7(4): 169

(收稿日期:2012-02-14)