

急诊肠梗阻的手术治疗方法选择及疗效

方志鹏

(福建医科大学附属第一医院 福州 350005)

关键词: 急诊; 肠梗阻; 手术; 疗效

中图分类号: R656.7

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.059

肠梗阻是我国常见的肠道疾病之一,指肠内容物不能正常运行、顺利通过肠道,临床表现为腹痛、呕吐、腹胀、停止排气排便,若不及时治疗,将直接威胁患者生命^[1]。近年来,随着我国老龄化步伐的加快,肠梗阻的发病率呈逐年上升趋势。手术是治疗肠梗阻的有效方法,部分患者由于病情较急且危重常采用急诊手术治疗。为探讨急诊手术治疗肠梗阻的手术方法及疗效,现回顾性分析我院 2012 年 2~8 月收治的 60 例急诊肠梗阻患者的临床资料。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 60 例肠梗阻患者,术前均经辅助检查明确诊断。其中男性 33 例,女性 27 例;年龄 23~86 岁,平均(55.2±11.5)岁;肠梗阻发生至手术时间 10~48 h;肠梗阻部位:降结肠梗阻 25 例,升结肠梗阻 25 例,横结肠梗阻 10 例;临床表现:腹胀腹痛 43 例,呕吐 21 例,肛门无排气排便 19 例,血便 4 例。腹部平片检查均报告肠袢扩张及气液平面,肠道扩张局限于 1~3 个象限;B 超显示机械性肠梗阻征象。腹部体征有腹肌紧张、压痛、反跳痛,听诊肠鸣音亢进,叩诊鼓音。将患者按照治疗方法的不同分为观察组和对照组,每组 30 例,两组患者的一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组:采用保守治疗。入院明确诊断后,禁止饮食、持续胃肠减压、清洁灌肠、纠正酸碱平衡紊乱、全身应用抗生素防治感染和中毒处理,经周围静脉营养纠正低蛋白血症,补充多种维生素。对血红蛋白低于 70 g/L 者输入红细胞悬液纠正贫血。若治疗后症状无改善则改行手术治疗。观察组:采用急诊手术治疗。术前胃肠减压、纠正酸碱平衡失调、抗感染治疗等,对于不完全肠梗阻的患者可进行适当的肠道准备。可选择粘连松解、扭转肠管复位、肠吻合及腹腔引流术。术中规范操作,遵循“宁伤腹壁,不伤肠管”的原则,肠管粗糙面的缝合处予以生物蛋白胶或透明质酸钠喷覆,吻合口附近留置引流管,术后维持水、电解质、酸碱平衡,维持稳定的血循环。

1.3 观察指标 比较两组患者的治疗效果及减压

效果。其中治疗效果分为治愈、好转和无效,具体评价指标见参考文献^[2]。减压效果记录两组患者在第 1 个 24 h 的胃肠减压量。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组总有效率为 93.3%,显著高于对照组(80.0%),差异有统计学意义($P<0.05$);观察组的减压效果显著优于对照组,差异显著($P<0.05$);对照组中途转手术 6 例,占 20.0%。见表 1。

组别	n	治愈	好转	无效	有效率(%)	减压量(mL)
观察组	30	25	3	2	93.3	925±254
对照组	30	19	5	6	80.0	536±275
P					<0.05	<0.05

3 讨论

肠梗阻是临床常见病、多发病,通常起病急,进展快,主要病因是疝、粘连、套叠等,临床上对肠梗阻的诊断较为容易,其在明确诊断后首要问题是选择合理的治疗方案。手术是解除梗阻、去除病因的根本方法,但不论采用何种治疗均首先纠正梗阻造成的水、电解质与酸碱紊乱,改善患者全身情况^[3]。随着科学的进步及手术技术、手术设备、麻醉技术的不断进步与发展,肠梗阻的手术指征也不断扩大。急性肠梗阻的治疗原则为一期手术,解除梗阻。手术可有效缓解患者症状,为患者免疫治疗和其他综合治疗争取机会,减少患者痛苦,缩短住院时间,改善患者的远期预后^[4]。虽有研究显示,急诊手术并发症的发生率要显著高于择期手术,但在特殊情况下,拯救患者的生命,缓解痛苦为首要任务。在手术的操作过程中,将清除肠腔内容物作为手术的关键,尽量将术中的污染减少到最低,手术器械的使用及手术操作的简化也至关重要。本研究结果显示,观察组的疗效显著优于对照组,胃肠减压显著好于对照组($P<0.05$)。综上所述,急诊手术治疗肠梗阻可获得满意效果,在手术指征确定的情况下应给予手术治疗。

参考文献

[1]林海,彭沛.急诊手术治疗老年肠梗阻患者 56 例[J].中国老年学杂

肱骨远端骨折治疗体会

黄平晖

(广西百色市田林县人民医院 百色 533300)

关键词: 肱骨远端骨折; 肱三头肌; 双柱固定; 体会

中图分类号: R683.41

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.060

一般情况下肱骨远端骨折受到损伤,尤其是关节面部位的骨折均属于粉碎性骨折^[1]。关节面受到严重碰击时,骨折部位因骨皮较薄、关节面结构复杂等特点,导致闭合复位恢复困难,严重时出现再次移位的情况,使得最终治疗无法获得满意效果。以往的治疗既缺乏有效的固定方式,也缺少理想的固定材料,导致患者早期活动受到限制,治疗后也会引起一些并发症,如愈合后关节畸形、受伤骨关节连结欠佳以及肘关节功能丧失等,给患者的日常生活带来不便,同时患者心理也会留下阴影。为研究肱骨远端骨折的治疗效果,我院选取 2011 年 1 月~2012 年 2 月收治的 23 例肱骨远端骨折患者,采用肱三头肌两侧入路双柱固定治疗,效果显著。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2011 年 1 月~2012 年 2 月收治的 23 例肱骨远端骨折患者,均属于闭合性骨折。其中男性 16 例,女性 7 例;年龄 19~70 岁,平均 31.2 岁;手术治疗时间受伤后 0.2~11.5 d,平均 3.8 d;骨折部位:左侧 13 例,右侧 10 例;导致受损的原因:高处坠落 2 例,车祸 10 例,摔伤 6 例,压砸伤 5 例;分型: I 型 11 例, II 型 8 例, III 型 4 例;合并尺神经损伤 6 例,合并桡神经损伤 1 例。

1.2 治疗方法 所有患者均采用肱三头肌两侧入路双柱固定治疗。首先药物麻醉处理,取侧卧位,将患肢与身体垂直放置于插手板,止血带作用下将需要手术的患肢皮肤切开,切口深入皮下组织和深筋膜,向两侧分离,将游离尺神经行解剖处理后用橡皮条缓慢分开尺神经沟,解剖深度约 10 cm。分离肱三头肌内侧与肱二头肌间隙及肱三头肌外侧与肱桡肌以及桡侧伸腕肌间隙,露出肱骨下端及髁间,使用骨折远端手术治疗。将肱骨小头移回原位,再使用克氏针固定,由此骨折已在髁上进行肱骨远端骨折复位。肱骨远端向前方向保持 30°,肱骨远端

外侧柱后缘以及内侧柱内缘骨脊分别采用重建钢板和解剖型重建钢板给予固定,若滑车骨折可以用 1 枚螺钉将其固定,常规处理尺神经,置于皮下脂肪区域内。手术结束后,经 X 线检查后,指导患者肘关节主动功能锻炼。所有患者均接受随访,随访时间为 5.8~35.2 个月,平均 18.7 个月。观察并记录随访效果。

1.3 判定标准 采用 Gassebaum 分级指标评价治疗后肘关节功能恢复效果。优:肘关节无症状,伸肘 15°,屈肘 130°;良:肘关节有主观不适症状,伸肘 30°,屈肘 120°;可:肘关节有轻微不适症状,伸肘 40°,屈肘 90~120°;差:关节功能受限,伸肘 40°,屈肘 <90°。

1.4 结果 23 例患者手术后未发生感染、内固定松动或断裂、骨化性肌炎等并发症;所有患者骨折均愈合,其中优 7 例,良 13 例,可 2 例,差 1 例,优良率为 87.0%。

2 讨论

肱骨远端骨折病情复杂且治疗困难^[2]。使用手术入路可以露出髁间区域,利于了解关节面的骨折情况,以及为解剖复位带来方便。选择从肱三头肌两侧入路,可以彻底避开肌肉间隙,在肘关节伸屈或者内外侧缓慢入路时,也可以将患肢肱骨髁间彻底暴露,甚至滑车也可完全暴露,充分达到髁间复位的要求,以保证牢固固定的条件。此外,采用肱三头肌两侧入路,除具有皮肤组织损伤面积变小和出血量降低的优点,还可以避免肱三头肌的不完整性,降低肘关节粘连发生率,以及减少出现骨化性肌炎的情况,手术结束后无需做外固定处理,指导患者肘关节早期锻炼,促进患肢恢复功能。

一般情况下,内固定均采用克氏针、螺钉等方法,但经调查后发现,此种固定方法治疗后偶有松动迹象,使其达不到固定效果,甚至有可能出现骨折异位的情况^[3]。对于这种情况采取的补救方法都

志,2011,31(24):4 929-4 930

[2]梁国刚,毕伟,张盛林,等.肠梗阻导管治疗肠梗阻-附 36 例报告[J].

中国中西医结合外科杂志,2006,12(3):191-193

[3]张志勇,何晓勇.急诊手术治疗肿瘤性肠梗阻 35 例临床分析[J].中

国医药导报,2009,6(30):144

[4]黄义明,任明扬.梗阻性左半结肠癌急诊手术的术式探讨[J].西部医

学,2010,22(5):833-834