

普外科胃术后出血的临床治疗对策探讨

廖安铭

(广东省梅州市中医医院外科 梅州 514011)

摘要:目的:探讨分析普外科胃术后出血的临床治疗对策。方法:选取我院 2013 年 3 月~2014 年 5 月收治的 60 例普外科胃术后出血患者进行临床治疗效果观察,随机分为手术治疗组和非手术治疗组,每组 30 例,两组患者分组前均统一采取非手术的保守治疗。手术治疗组患者在保守治疗的基础上采用手术治疗,非手术治疗组患者则继续采用药物治疗等保守治疗,对比分析两组患者的恢复情况。结果:手术治疗组治愈 24 例、未治愈 5 例、死亡 1 例,分别占 80.0%、16.7%及 3.3%;非手术治疗组治愈 23 例、未治愈 6 例、死亡 1 例,分别占 76.7%、20.0%及 3.3%;两种治疗方法的临床疗效差距不大,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:临床上治疗普外科胃术后出血症状,应当根据患者的实际情况采用合理的治疗手段,手术治疗以及非手术的保守治疗都是比较好的治疗方法。

关键词:术后出血;胃部手术;手术治疗;保守治疗

中图分类号:R656.61

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.040

术后胃出血乃是普通外科胃部手术的一种严重并发症,临床发生几率较大,并且一旦发生将会对患者的生命健康带来严重威胁^[1]。随着近几年来我国医疗科技的不断发展,虽然临床上对于普外科胃术后出血的治疗研究也取得了很重要成果,但还存在着许多难题未解,尤其是某些患者经常会在治疗成功后再次或者多次出血,对于此类患者其治疗难度相对就比较大。我院 2013 年 3 月~2014 年 5 月收治普外科胃术后出血患者 60 例,随机分组采取两种方法进行治疗,并对其发病原因与治疗效果等进行分析。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2013 年 3 月~2014 年 5 月收治的普外科胃术后出血患者 60 例,随机分为手术治疗组和非手术治疗组,每组 30 例。男性 33 例,年龄 23~70 岁,原发病:十二指肠溃疡 15 例、胆囊结石合并胃溃疡 7 例、胃窦癌 6 例、胃癌穿孔 5 例;分别进行了胃大部切除、胆囊切除加胃大部切除、胃窦癌根治术以及穿孔修补术等手术治疗;术后出血:遗漏病灶出血 10 例、吻合口出血 18 例、急性胃黏膜病变出血 5 例。女性 27 例,年龄 25~66 岁,原发病:十二指肠溃疡 12 例、胆囊结石合并胃溃疡 5 例、胃窦癌 6 例、胃癌穿孔 4 例;分别进行了胃大部切除、胆囊切除加胃大部切除、胃窦癌根治术以及穿孔修补术等手术治疗;术后出血:遗漏病灶出血 6 例、吻合口出血 15 例、急性胃黏膜病变出血 6 例。

1.2 治疗方法 两组患者分组前均统一采取非手术的保守治疗。分组后对手术治疗组患者在保守治疗的基础上采用手术治疗,对非手术治疗组患者则继续采用药物治疗等保守治疗。手术治疗组 30 例患者中,7 例进行了 2 次手术治疗,4 例进行了 3 次

手术治疗,19 例患者只进行了 1 次手术治疗。

1.3 疗效评价 治愈:治疗后胃出血状况完全消失;未治愈:治疗后胃出血状况没有消失或者没有完全消失;死亡:患者在经过抢救后仍旧没有挽回生命。

1.4 统计学分析 本研究数据均采用 SPSS26.0 统计学软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

1.5 治疗结果 两组治疗效果比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床治疗效果比较[例(%)]

组别	n	治愈	未治愈	死亡
手术治疗组	30	24(80.0)	5(16.7)	1(3.3)
非手术治疗组	30	23(76.7)	6(20.0)	1(3.3)

2 讨论

相关文献报道显示,普外科胃术后出血并发症的发生率为 1%~2%^[2-3],并且其发生后对患者的生命安全威胁极大。因此医护人员必须要积极对需要进行普外科胃部手术的患者做好预防工作,例如在术前做好各项指标检查,术中操作谨慎规范,尽量通过优质的护理以及科学的治疗将患者发生术后胃部出血的几率降到最低。

在临床普通外科中,比较常见的胃术后出血类型主要有胃部手术后吻合口出血、急性胃黏膜病变出血、胃部残端出血以及遗漏病灶出血等,其中胃部手术后吻合口出血是目前临床上最常见的一种普外科胃术后出血类型。胃部手术后吻合口出血以吻合口小弯侧出血最为常见,这主要是由于胃窦小弯侧距离胃左动脉较近、动脉血管压力较高以及其黏膜下血供丰富等原因造成的。当然,医生缝合技术差也是引发吻合口小弯侧出血的一大重要原因。因此,临床医师应当在手术过程中时刻注意 (下转第 70 页)

化大便、抗炎等对症治疗。观察组在常规治疗基础上加用热敏灸。具体如下：(1)消毒、清创：协助患者取俯卧位，充分暴露创面，用碘伏(0.5%)消毒创面以及周围皮肤，然后再用生理盐水进行清洗。(2)探查热敏点：点燃艾条，探查创面附近的穴位(艾条距患者皮肤约 3 cm)，施以回旋灸。探查过程中，详细询问患者感受，若探查时，患者突然感到艾热灌注入患者皮肤深处，出现传热、透热、扩热、表面不热但深部热、局部不热但远部热或者产生非热觉等传感现象，此处即为热敏点。(3)热敏灸：于热敏点行艾条悬灸，以患者传感现象消失为度。1 次/d，14 d 为 1 个疗程。两组患者均接受 2 个疗程的临床治疗。对比两组创面愈合时间及临床疗效情况。

1.4 疗效判定标准 痊愈：患者创面完全愈合，创面上皮覆盖良好；显效：患者创面愈合率大于 75%；有效：患者创面愈合率 50%~75%；无效：创面愈合率不足 50%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计学软件，计量数据均以($\bar{x} \pm s$)表示，组间对比采用 t 检验，计数资料比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 观察组痊愈率为 97.67%，明显高于对照组的 72.09% ($P<0.01$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比						
组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	痊愈率(%)
观察组	43	42	1	0	0	97.67
对照组	43	31	10	2	0	72.09
χ^2						40.935
P						0.000

2.2 两组创面愈合时间对比 观察组创面愈合时间为(10.01 ± 1.82) d，对照组创面愈合时间为(15.58 ± 1.92) d，观察组创面愈合时间更短($t=13.806$, $P=0.000$)。

3 讨论

肛瘻属临床常见肛肠科疾病，其发病率占我国肛门、直肠疾病的 1.67%~3.60%^[1]。肛瘻多见于

20~40 岁，男女比例约为 5:1^[2]。手术是肛瘻的主要治疗方法。然而，因肛门特殊的生理功能，极易污染，所以肛瘻术后一般不予缝合。肛瘻术后创面具有愈合时间长、愈合缓慢等特点，严重影响患者生活质量。中医理论认为肛瘻术后创面愈合不良的主要原因为^[3-4]：肛瘻术后气机不利、经络受损、气血运行不畅、血瘀气滞；或者创面热毒内聚、湿热未尽、气血瘀滞；气机不畅致使气血不可输送于腠理肌肤，创面失于荣养。如何缩短创面愈合时间是临床肛肠科医师关注的焦点。

热敏灸属新型艾灸疗法，其创新在于发现人体存在的热敏点。热敏点是人体重要的病理反应点，它对电、光、力等能量刺激不甚敏感，对艾热刺激十分敏感，是艾灸疗法的最佳区域。相关文献指出，热敏点与人体穴位并不完全符合，不同人群热敏点出现率也不尽相同，健康人热敏点出现概率为 5%，软组织损伤患者热敏点出现概率为 70%^[5]。在热敏点施灸，可有效激发患者腧穴热敏化，即出现传热、透热、扩热、表面不热但深部热、局部不热但远部热或者产生非热觉等传感现象。热敏灸具有消肿化瘀、止痛活血、去腐生肌的功效，可有效加快局部新陈代谢，促进创面血液循环。本文对照组采用常规疗法，观察组在此基础上实施热敏灸，结果观察组痊愈率为 97.67%，明显高于对照组的 72.09% ($P<0.01$)。此外，观察组愈合时间明显短于对照组 ($P<0.01$)。综上所述，热敏灸对促进肛瘻术后创面愈合、提高临床疗效具有重要意义，值得临床推广应用。

参考文献

[1]王玉凯,杨秀英.温和灸促进低位单纯性肛瘻术后创面愈合临床观察[J].中医药临床杂志,2013,25(6):520-521
[2]毛细云,张利容,王建民,白竭敬促进肛瘻术后创面愈合的临床研究[J].中医药临床杂志,2012,24(12):1183-1185
[3]曹雷,姚瑜洁,姜建昌,等.月白散(改良)对肛瘻术后创面愈合的疗效观察[J].中成药,2013,35(5):922-925
[4]董青军,孙彦辉,郭修田,等.温和灸促进肛瘻术后创面组织修复的实验研究[J].时珍国医国药,2011,22(7):1764-1766
[5]陈日新,陈明人,黄建华,等.热敏灸治疗椎动脉型颈椎病灸感与灸效关系的临床观察[J].江西中医药,2011,42(1):48-49

(收稿日期:2014-10-20)

(上接第 65 页)患者胃壁水肿的情况，认真对其吻合口边缘的黏膜下血管进行缝合，在缝合时针脚不能过松也不能过密，要注意适度。再者，胃残端出血也是临床中较为常见的一种普外科胃术后出血类型，它主要是由于术中残端器吻合过松引起黏膜坏死和滑脱而导致的^[4]。综上所述，临床治疗普外科胃术后出血症状时，应当根据患者的实际情况采用合理的治疗手段，手术治疗以及非手术保守治疗都是比较

好的治疗方法。

参考文献

[1]陈长春.浅谈普外科胃部术后出血患者的临床治疗[J].医学信息(中旬刊),2011,24(8):3601-3602
[2]高桥,段立国.普外科胃部术后出血的临床治疗[J].临床医学工程,2010,17(6):87-88
[3]武永明,孙利平.胃大部切除术后早期胃出血再手术 15 例临床分析[J].山西医药杂志(上半月),2008,37(2):165-166
[4]何春.胃切除术后残胃出血的防治[J].中国民族民间医药杂志,2010,19(20):77

(收稿日期:2014-10-27)