

粘连性肠梗阻的诊治体会

仇冬薇 韩彦华

(山东省费县中医院 费县 273400)

关键词 粘连性肠梗阻 ;中西医结合疗法 ;通腑饮 ;大承气汤 ;胃肠减压 ;保留灌肠 ;足三里穴 ;水针

中图分类号 R 574.2

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)06- 0052-02

肠梗阻作为一种腹部外科常见病症,不但可引起肠管本身解剖与功能上的改变,并可导致全身性生理上的紊乱。腹腔内粘连而形成肠梗阻,在临床上极为常见,除少数为腹腔内先天性粘连外,大多数为获得性。通过对近 6 年收治的近 70 余例肠梗阻病人的治疗观察,并结合相关资料,予以总结。

1 临床资料

自 1998 年至今,共收治 70 余例,其中 10 余例为肠肿瘤性肠梗阻,1 例为绞窄性肠梗阻,经手术治疗后治愈;其余为单纯性肠梗阻、粘连性肠梗阻。后者共 67 例,其中男性 41 例,女性 26 例,年龄在 18~45 岁之间;腹部外伤史 6 例,女性盆腔炎病史 2 例,腹部手术史 59 例(肠破裂 3 例,阑尾炎、上消化道穿孔 43 例,其他手术病人 13 例)。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 (1)纠正水、电解质紊乱,纠正酸碱失衡;(2)予以持续胃肠减压,可以有效改善肠胀气,降低肠腔内压力,并减少肠腔内细菌与毒素,改善肠壁血液循环;(3)应用有效抗生素防治感染与毒血症;(4)给予对症支持治疗,尤其注意止痛剂的应用指征,以免贻误病情。

2.2 中西药治疗 在以上基础治疗的同时,应用自拟中草药制剂通腑饮,为我院自拟中草药制剂。方剂为:赤芍 15g,桃仁

15g,川牛膝 10g,炒枳实 15g,厚朴 10g,槟榔 15g,木香 10g,生大黄 15g (后下),番泻叶 10g,炒莱菔子 15g,煎至 200mL,分 2 次胃肠减压管内注入,早晚各 1 次。夹闭胃肠减压管 30min 后,再行胃肠减压,防止通腑饮被吸出。同时配合大承气汤煎液 500mL 保留灌肠,新斯的明 1mg 封闭双侧足三里穴位。

2.3 手术治疗 2 例病人在保守治疗无效的情况下,病情加重,进而发展为腹膜炎,遂行手术探查,行粘连带松解,解除粘连症状。

2.4 疗效观察 67 例肠梗阻病例中,除 1 例病人行手术解除梗阻症状,另有 1 例病人在术中探查整个盆腔广泛致密粘连,术后效果较差外,其余 65 例均用保守疗法治愈或缓解。其中 61 例病人治愈,1~2 年内随访无复发,4 例病人 2 年后复发,经同样方法保守治疗后,症状缓解。

3 讨论

粘连性肠梗阻,是腹部外伤、腹部手术及腹腔炎性疾病的常见并发症。由于梗阻的存在,使肠管迅速扩张,肠壁变薄,肠腔压力升高,静脉回流受阻,使肠壁充血、水肿,组织缺氧,体液丧失,毒素吸收,甚至继发感染,如果发展成肠壁缺血坏死,就会危及病人生命。因此,尽快解除梗阻,缩短梗阻时间,

中药灌肠法治疗盆腔炎 128 例

胡冬梅¹ 胡继红²

(1 江西省高安市中医院 高安 330800;2 江西省高安市人民医院 高安 330800)

关键词 盆腔炎 ;中药灌肠 ;中医药疗法

中图分类号 R711.33

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)06- 0052-01

盆腔炎是妇科常见病,我院用中药保留灌肠方法治疗,取得很好疗效,达到满意效果。

1 一般资料

128 例门诊患者年龄在 20~45 岁。所有病例均有下腹痛,有的在劳累、性交后加重。妇科检查可见子宫压痛;活动受限或双侧附件区增厚压痛甚至触及包块。有的可见阴道分泌物为脓性。B 超检查:输卵管增粗甚至盆腔炎性包块。

2 治疗方法

中药组成:红藤 20g、蒲公英 20g、紫花地丁 20g、败酱草 20g、桃仁 15g、丹参 10g、香附 10g、川楝子 10g,诸药浓煎成 100mL,药温为 39℃ 左右,侧卧位,行保留灌肠,每日 1 次,10 次为 1 个疗程,于月经干净 3d 开始。

3 治疗效果

治愈者为临床症状消失,妇科检查子宫、附件无压痛,未触及包块,阴道分泌物正常。好转为临床症状减轻,妇科检查为子宫、附件盆腔无压痛或轻压痛,B 超检查子宫、附件正常或炎性包块提前缩小。无效为临床症状无好转,妇科检查、B 超检查同治疗前一样。上述治疗后 70 例治愈;47 例好转,继用 1 个疗程后治愈;11 例无效;总有效率为 91.4%。

4 讨论

盆腔炎中医辨证多为热证、实证。治宜清热解毒,活血化瘀,兼以理气止痛。用红藤、蒲公英、紫花地丁、鱼腥草清热解毒,桃仁、丹参活血化瘀,用香附、川楝子行气止痛。诸药合理搭配,既合乎中医辨证又能取得良好疗效,操作简单,值得推广使用。

(收稿日期: 2004 -08-10)

急诊左半结肠Ⅰ期手术的治疗体会(附 83 例报道)

朱志斌

(江西省瑞金市人民医院 瑞金 342500)

关键词 急诊 结肠癌 左半结肠Ⅰ期手术 肠道灌洗

中图分类号 R 735.3+5

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)06- 0053-01

急性左半结肠梗阻行急诊Ⅰ期手术, 具有避免再次手术、提高病人 5 年生存率等优点。结合我院近年来 83 例左半结肠癌急诊Ⅰ期手术病人的治疗(均为完全性梗阻需急诊手术, 经保守治疗后症状缓解, 再经术前肠道准备而择期手术者不在此例), 谈谈笔者的体会。

1 临床资料

本组男 54 例, 女 29 例; 年龄 42~69 岁, 平均 64 岁; 均以腹痛、腹胀及不同程度的肠梗阻为共同临床表现, 病变部位基本相同; 依 Dukes 分期方法, B 期 22 例, C 期 59 例, D 期 2 例; 均行禁食、持续胃肠减压、抗感染补液等治疗无效后, 行急诊左半结肠Ⅰ期手术。结果 81 例恢复顺利, 无吻合口瘘; 2 例 DukesD 期病人腹腔广泛转移, 侵及邻近脏器无法切除, 行姑息性结肠造口; 无手术死亡病例。

2 讨论

左半结肠癌合并急性肠梗阻传统的方法为分期手术: (1)Ⅰ期梗阻近端结肠造口减压, Ⅱ期根治切除; (2)Ⅰ期切除癌肿, 远、近端造口或近侧造口, 远侧端缝闭, Ⅱ期结肠对端吻合。这主要是由于结肠内含有大量的细菌, 且病人多为高龄, 常伴有不同种类、不同程度的心肺疾病、糖尿病、高血压、低蛋白等, 而且左半结肠肠腔粪便稠厚, 腔内大肠杆菌数量与毒力均较其他肠段为高, 容易污染, 一旦发生吻合口瘘, 可引起致命性毒性腹膜炎; 加上并发梗阻的两端肠管口径差异大, Ⅰ期手术后发生吻合口瘘的危险性也大。但近年来, 随着大量的病例资料积累, 术中肠道准备技术的改进, 越来越多的学者主张Ⅰ期手术。有资料报道, 在充分的术前准备, 术中清洁肠道, 术后应用抗生素后, Ⅰ期切除吻合的安全性高, 吻合口瘘发生率并不增加^[1]。

2.1 Ⅰ期手术病例要掌握指征 并不是主张所有梗阻性左半结肠癌行急诊Ⅰ期手术, 我们的指征是: (1)梗阻时间短, 一般应在 36h 内行Ⅰ期手术; (2)无中重度贫血和低蛋白血症及严重并存症; (3)中视梗阻近、远端结肠口径相差不是太远, 肠管色泽泽血远好, 炎症水肿轻, 要符合“上要空, 口要正, 下要通”的结肠吻合治疗原则, 这样可一次性解决肿瘤和

梗阻的问题, 避免遭受肠造瘘和二次手术的痛苦, 缩短住院时间, 节省病人的经济开支, 避免本可切除的肿瘤因延误时间而增加扩散, 变为不可切除的肿瘤, 延误治疗^[2]。

2.2 提倡术中肠道灌洗, 术中肠道灌洗的方法简单, 处理得当, 费时不多。方法是距癌肿 5~10cm 的近端切断肠管, 近段结肠腔内塞入 2.5cm 左右的洗衣机排水管, 接口用线绑紧, 排水管的另一端套入大塑料袋中并绑紧接口, 以免气体及粪便逸出, 于阑尾根部(应切除阑尾后)或回肠缝一荷包插入气囊尿管, 使尿管的气囊进入盲肠, 扎紧荷包, 气囊内注水 10mL, 轻轻提曳, 使水囊填住回盲瓣口。导尿管接灌洗液灌洗, 一般需灌洗 10 000mL 左右。直至流出液体基本无粪渣, 再灌入 0.5%甲硝唑 200mL 后拔管, 灌洗过程应谨慎操作, 严防污染腹腔。

2.3 纠正水电解质及酸碱平衡紊乱, 合理应用抗生素及营养支持(TPN)。急诊左半结肠梗阻病人由于回盲瓣的单向性常为闭袢型肠梗阻, 肠腔内大量消化液积聚造成低钾、低钠。因此, 首先应补充的是平衡氯化钠或 5%葡萄糖氯化钠液, 然后依病人的脱水程度、尿量、水电解质等生化检测结果来调整补液量, 补充电解质。另外, 低位梗阻常见代谢性酸中毒, 应适当补充碳酸氢钠。结肠梗阻时肠腔内的细菌迅速大量繁殖, 合理应用抗生素对预防吻合口瘘亦显重要, 我们认为应及早应用针对需氧及厌氧的抗生素, 常用的有氨基糖甙类、氨苄西林、头孢曲松钠、甲硝唑等。

2.4 术后早扩肛、早排气、早进食。术后扩肛可使肛门括约肌松弛, 有利于肠内容物顺利排除, 而不堆积在肠腔内, 降低结肠内压力, 有利于吻合口愈合。我们的做法是: 手术结束时, 在手术台上即扩肛 1 次, 术后每日 2~3 次, 直至肛门自行排气为止。

参考文献

[1]汪建平, 唐远志, 董文广. 结直肠癌并急性结肠梗阻的外科处理(附 225 例临床分析)[J]. 中国胃肠外科杂志, 1999, 2(2):19
[2]何维杰, 张永明. 左半结肠急诊Ⅰ期手术治疗体会[J]. 腹部外科, 1998, 11(6):268

(收稿日期: 2004-07-02)

显得尤为重要。在单纯应用西医疗法治疗肠梗阻时, 梗阻缓解慢, 容易错失良机, 改为手术治疗, 为下一次的粘连创造了机会。而在传统西医疗法的基础上, 加用中医疗法, 可有效缩短梗阻时间, 使粘连松解, 解除梗阻。

中草药制剂通腑饮及大承气汤, 具有通里攻下、行气散结之功, 能使机体六腑通畅, 行气通便, 胃气下顺而消腹胀, 有明显刺激肠蠕动的作用。双侧足三里穴位, 属中医胃经。刺

激双侧足三里, 也有明显刺激胃肠蠕动的作用。因此, 应用本中医疗法, 可以有效刺激胃肠蠕动, 从而有效的缩短了梗阻时间, 使粘连得到松解, 梗阻解除。

由此可见, 在常规西医疗法的基础上, 应用中医疗法治疗粘连性肠梗阻, 疗效满意。

(收稿日期: 2004-04-22)